

El trastorno mental grave en la adolescencia. Una mirada grupal.

Serious Mental Disorder in Adolescence. A group overview.

Tina Sota Leiva. Psiquiatra. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil, Red de Salud Mental Extrahospitalaria de Álava. Osakidetza.

Tatiana Simal Galindo. Psiquiatra. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil, Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza.

Estibaliz Pérez Fernández de Landa. Psiquiatra. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil, Red de Salud Mental Extrahospitalaria de Álava. Osakidetza.

Resumen: El grupo es el ámbito natural de desarrollo del adolescente y, por lo tanto, es lógico pensar que el escenario grupal puede ser utilizado para abordar los conflictos psíquicos que presentan los adolescentes con o en riesgo de trastorno mental grave.

Consideraremos las dificultades a nivel diagnóstico que nos encontramos en el momento evolutivo de la adolescencia y reflexionaremos a lo largo del trabajo sobre las ventajas que aporta el escenario grupal respecto al abordaje individual en el marco de un dispositivo público ambulatorio de salud mental infanto-juvenil.

Nuestra propuesta consiste en priorizar la atención grupal como herramienta terapéutica central para el cambio, desde el modelo teórico de la psicoterapia de grupo de orientación psicoanalítica o grupoanálisis, puesto que consideramos este modelo como uno de los más adecuados para potenciar la creación de nuevos vínculos estructurantes y modelos relacionales más sanos.

Palabras clave: Adolescencia. Trastorno mental grave. Tratamiento grupal psicoterapéutico. Grupoanálisis.

Abstract: Since the group is the natural environment where the adolescent develops, it is logical to think that the group therapy can be used to deal with the mental conflicts suffered by adolescents with or without risk of serious mental disorder.

The difficulties at diagnosis related to the development level of adolescence will be considered. Throughout the research study, the advantages of carrying out group therapy instead of individual therapy inside the public outpatient mental health services for child and adolescents will be stressed.

It is suggested to give priority to the group attention as the main therapeutic tool for a change, from the theoretical model of group psychotherapy at a psychoanalytic approach or groupanalysis, since this model is considered as one of the most suitable ones to foster the creation of new structuring bonds and healthier relational models.

Keywords: Adolescence. Serious mental disorder. Group psychotherapy treatment. Groupanalysis.

Introducción

En el contexto actual de los dispositivos públicos de salud, con el acceso universal a la salud mental, se ha producido una creciente demanda asistencial con unas listas de espera cada vez más largas y menor frecuencia de sesiones que podemos ofrecer desde nuestras unidades infanto-juveniles, por lo que realizar intervenciones psicoterapéuticas de calidad, nos resulta complicado. Esta situación nos obliga a los profesionales a repensar nuestras intervenciones clínicas de cara a, sin perder eficacia, gestionar de forma más eficiente los escasos recursos de los que disponemos en los dispositivos públicos de salud mental en el ámbito infanto-juvenil. En este sentido, consideramos que los tratamientos grupales son intervenciones especialmente interesantes, por ser tanto eficaces como eficientes desde el punto de vista económico y por permitir un encuadre psicoterapéutico adecuado desde el punto de vista temporal, que sería imposible a nivel individual con cada participante del grupo, debido a la carga asistencial de nuestros dispositivos.

Por otro lado, teniendo en cuenta la población adolescente, este tipo de tratamiento psicológico, probablemente añade de forma general, especiales beneficios respecto al tratamiento individual, entre otros motivos porque es su ámbito natural de desarrollo y la expresión en grupo se facilita respecto a la relación terapéutica individual. En definitiva, consideramos que la intervención grupal tiene un enorme potencial en la atención de esta población adolescente, así como con sus familias, donde ofrece indudables beneficios.

El adolescente y su mundo.

¿Qué entendemos cuando hablamos de “adolescencia”?

La adolescencia, como expresa la etimología de la palabra, es la edad del cambio: “adolescere” significa en latín “crecer”. Es una época de transición entre la infancia y la edad adulta, por lo que es posible comprender que el proceso psíquico por el que atraviesa el adolescente constituye un período de cambios extremos.

Como sabemos, muchos autores se han dedicado a definir las características de la adolescencia,

pero en realidad, la noción de adolescencia no existe en todas las sociedades. En algunas, sólo se describen cuatro tipos de edades: el bebé, el niño, el adulto y el viejo. Por lo tanto, desde un enfoque cultural, marcado especialmente por los estudios de Margaret Mead (1), se puede constatar la tesis de que la adolescencia no es un fenómeno universal. De todos modos, teniendo en cuenta las características de las sociedades occidentales actuales, tal como afirma Bruner, la adolescencia en estas sociedades, constituye una especie de bisagra necesaria entre el mundo de los niños y el de los adultos, y puede “proponer nuevos estilos de vida mejor adaptados a lo que se perciben como circunstancias novedosas y cambiantes”. “Por primera vez, quizás en nuestra tradición cultural, se tiene en cuenta a una generación intermedia que obtiene así la posibilidad de proponer un modelo de conductas nuevas” (2).

En contraposición, sí podemos definir como fenómeno universal, la pubertad. Algunos autores no establecen diferenciación entre la pubertad y la adolescencia, pero compartimos la opinión de la gran mayoría, de considerar por un lado, la pubertad somática y por otro, la adolescencia como fenómeno mucho más complejo y que únicamente puede definirse a partir de un patrón psicológico (Laplane y cols). Por lo tanto, se considera la adolescencia como un fenómeno moderno, del mundo occidental, mientras que la pubertad siempre ha existido. Muchos autores definen la pubertad como un segundo nacimiento: cuando nacemos es para existir y este segundo nacimiento, la pubertad, es el momento de la definición sexual y de empezar a definir el lugar propio en la sociedad. Se trata del paso del grupo familiar a ocupar un lugar en el grupo social (3).

Como todos sabemos, la edad de la pubertad está mucho mejor definida ya que se caracteriza por un determinado número de datos visibles y debemos saber que, hace algunos siglos, el desarrollo puberal era mucho más tardío y prácticamente coincidía con el comienzo de la vida profesional. A título de ejemplo, tanto en Noruega como en Francia, el inicio de las primeras menstruaciones ha pasado, en poco más de un siglo, de los 17 a los 13 años. Esto significa que actualmente, mientras que la edad de la menarquía tiende a ser cada vez



más temprana, el comienzo de la vida profesional tiende a retrasarse cada vez más. Se podría afirmar incluso que el desarrollo fisiológico ha tomado la dirección opuesta a la evolución social, lo que ha llevado a una ampliación extrema del periodo de la adolescencia (4).

En resumen, podemos concluir teniendo en cuenta lo expuesto, que la adolescencia es un hecho individual, pero transcurre en un medio cultural, social e histórico determinado, que marca las características de cada adolescente.

Modelos teóricos de comprensión de la adolescencia

La adolescencia o el proceso adolescente, es un tema amplio, complejo y difícil. Como hemos visto, sólo el definirla es difícil. A veces la adolescencia se considera, un poco, como una enfermedad. Se dice “hay que pasarla”. ¿Es la adolescencia un periodo durante el cual ocurre algo?, ¿es un estadio de desarrollo?, ¿es una crisis?

Muchos autores han estudiado este tema y han intentado teorizar los cambios característicos de esta etapa de la vida. Estas teorías pueden agruparse en cuatro modelos diferentes: el modelo fisiológico, el modelo sociológico y medioambiental, el modelo psicoanalítico y los modelos cognitivo y educativo. De estos modelos consideramos que es el modelo psicoanalítico el que más nos ayuda en la comprensión del proceso adolescente. Asimismo, hay que tener en cuenta que el modelo psicoanalítico, aunque se trata de un modelo individual y endopsíquico, se encuentra condicionado en parte por los modelos fisiológico y sociológico.

La perspectiva psicoanalítica se basa en que es posible describir la adolescencia como un proceso psicológico relativamente homogéneo según el tipo de sociedad. Las aportaciones de Freud han obligado a reconocer la importancia de la pubertad y el papel fundamental que desempeña el acceso a la sexualidad. La adolescencia es un estado de resignificación del mundo infantil, un estado mental en el que se agregan elementos fundamentales como pueden ser la realización de la vida erótica y la capacidad de procreación. Otros muchísimos elementos caracterizan a la adolescencia y según los autores consultados,

el peso específico de cada uno de ellos variará. Por lo tanto el modelo psicoanalítico plantea los principales aspectos dinámicos de la adolescencia estudiados por diferentes autores y considerados como fundamentales en la comprensión de este proceso. Estos parámetros (predominio de las pulsiones, transformaciones corporales, proceso de duelo, reorganización de las defensas, reelaboración del narcisismo, sistema de idealización, búsqueda identificatoria, adhesión a un grupo y acceso a una nueva forma de pensamiento), parecen organizar las transformaciones psíquicas propias de la adolescencia (4).

Por otro lado, algunos autores han intentado unificar un concepto más global de la adolescencia, de manera que podemos encontrar dos tendencias. La primera plantea la adolescencia entendida como “crisis”, considerándola como un momento estructural crítico en el que la emergencia de una nueva organización psíquica convive con el riesgo de desorganización psicopatológica. Bion (5), entre otros, planteará el término de “cambio catastrófico”. La segunda tendencia, describe la adolescencia como “un segundo proceso de separación-individuación” o como una etapa fundamental en el proceso de subjetivación, y numerosos psicoanalistas especializados en la adolescencia, entre los que destacan P. Blos y J.F. Masterson, utilizando los conceptos de Margaret Mahler desarrollados a partir de estudios en los niños pequeños y el estudio de interacción madre-hijo, han comparado el proceso de la adolescencia, con el proceso de separación del niño pequeño, otorgando a la adolescencia un carácter predominantemente evolutivo y una relativa continuidad psicopatológica (4). El niño se separa de su madre mediante la internalización, mientras que el adolescente se separa de los objetos internalizados, amando objetos exteriores y extrafamiliares. Ya no puede ocupar el mismo lugar que cuando era niño y tiene que realizar todo un trabajo subjetivo para la búsqueda de su lugar: un lugar nuevo en su familia, en la sociedad y en su propio grupo social. Es muy importante para él, el poder tener su propia red social y las relaciones establecidas entre el adolescente y sus semejantes desempeñan un papel privilegiado en el proceso psíquico en curso.

Ambas tendencias, nos aportan formulaciones interesantes, a la hora de plantearnos cómo

definir la psicopatología del adolescente y la atención desde un abordaje grupal y nos hacen pensar en la adolescencia, como un momento privilegiado para poder abordar problemáticas no resueltas en la infancia.

El trastorno mental grave en la adolescencia. Lo normal y lo patológico

Diferenciar entre salud mental y patología mirando más allá de los síntomas, durante la crisis de la adolescencia nos parece complicado. ¿Cómo no “enloquecer” en esa época de máximo cambio y vulnerabilidad? La adolescencia implica momentos únicos para el desarrollo humano, momentos en donde “normalidad” y “patología” se tornan difíciles de distinguir. Meltzer (6), afirma: “La pubertad, desde el punto de vista psicoanalítico, es el momento de mayor locura en el desarrollo del individuo”.

Muchos autores han hablado del problema del diagnóstico psiquiátrico y todos conocemos las limitaciones de las clasificaciones que utilizamos para tal fin (CIE, DSM). Si nos planteamos el diagnóstico en la población adolescente, la tarea es aún más complicada y las clasificaciones existentes aún más incompletas.

García Badaracco (7) plantea los serios problemas epistemológicos de la nosología psiquiátrica, afirmando que “tenemos que aceptar que el aporte nosológico clasificatorio para la comprensión de la patología mental es todavía impreciso y relativo, porque las llamadas enfermedades mentales, por su esencia misma, no se avienen bien a ser clasificadas”.

La cuestión de lo normal y lo patológico en relación con la adolescencia se plantea mucho más frecuentemente que en cualquier otra etapa de la vida y lo observamos a diario en nuestras consultas. Se pone de manifiesto muy frecuentemente la superposición de la crisis adolescente y la patología borderline, lo cual puede llevar en ocasiones a un diagnóstico erróneo si nos precipitamos. Por presentar características similares, son frecuentes los jóvenes derivados a las unidades de psiquiatría infanto-juveniles desde los servicios de urgencias con un diagnóstico provisional de “Rasgos Borderline de Personalidad”.

Asimismo, los autores especializados en la adolescencia, tienden a utilizar una terminología procedente de la patología, para comprender el significado de la crisis adolescente, sirviendo la patología de referencia para todas las operaciones mentales propias de esta etapa, difuminando la separación nuevamente entre lo normal y lo patológico. Entre otros, “Winnicott compara ciertos elementos del proceso de la adolescencia con aspectos observados en el individuo psicótico e incluso en el delincuente. A. Freud, considera que la pubertad, al adoptar actitudes defensivas primarias, puede acercarse a los impulsos psicóticos, por lo que considera que lo único que distingue lo normal de lo patológico durante esta etapa sería la diferencia de intensidad económica” (4).

Por lo tanto, nuestra primera tarea es complicada y consiste en realizar un diagnóstico diferencial entre las transformaciones radicales provocadas por la adolescencia y una verdadera patología. Para ello es necesario evaluar el funcionamiento global de la personalidad, más allá de los síntomas y conductas evidentes que lleven al adolescente a nuestras consultas. Surgen en este contexto, varias preguntas para la reflexión: ¿Quién está en crisis: los adolescentes o la sociedad?; ¿Qué mundo les ofrecemos y cómo les acompañamos en su proceso de transformación?

Vivimos en una época marcada por la importancia del tiempo y de la velocidad, donde la satisfacción inmediata y el consumismo son ejes centrales. Se valora la imagen por encima de la palabra y nuestros modos de organización familiar llevan a cada vez menos momentos de encuentro con nuestros hijos que pasan a ser “cuidados” por terceras personas y/o instituciones varias, durante un mayor número de horas que una jornada laboral habitual. A esta situación, se añade la incertidumbre que se siente a nivel social provocada por la situación actual del mercado laboral, que también se relaciona con el aumento en las consultas de salud mental. ¿Cómo influye todo esto en el acompañamiento que podemos ofrecer a nuestros hijos durante su infancia y/o adolescencia?. La adolescencia de los hijos supone una crisis también para la organización familiar y en particular para los padres, que también deben realizar un duelo.



Psicopatología grave y adversidades en la infancia

El Trastorno Mental Grave (TMG) de inicio infantil o adolescente abre la posibilidad del tratamiento precoz, mediante el cual se podría evitar, en muchos casos, la cronicación de la patología. Pero, ¿cuáles son estos adolescentes y qué tienen en común?

El concepto de TMG, engloba multitud de diagnósticos clínicos en la población infanto-juvenil que, por su gravedad, ponen en riesgo el adecuado desarrollo y comprometen seriamente la evolución, el aprendizaje, el desarrollo personal y la inserción social y laboral. Los diagnósticos que pueden suponer un TMG son: el autismo, las psicosis infantiles, la esquizofrenia, los trastornos generalizados del desarrollo (diagnóstico que con mucha frecuencia evoluciona hacia una psicosis franca), los trastornos afectivos graves, los trastornos paranoides y los trastornos de la personalidad. Por otro lado, existe una sólida evidencia que demuestra que las adversidades en la infancia son experiencias extremadamente comunes en aquellas personas que desarrollan trastornos mentales graves y además existen muchos datos que confirman la hipótesis de la transmisión transgeneracional del trauma relacional (los progenitores a su vez, han sufrido adversidades en su infancia) (8).

Todos sabemos que las consecuencias sanitarias y sociales del maltrato infantil, van mucho más allá de la defunción y las lesiones, ya que abarcan también los casos graves de daño a la salud y al desarrollo físico y mental de las víctimas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) editó en 2009 una guía (9) en la que planteaba unos datos alarmantes sobre las estimaciones que hacen del maltrato infantil. La OMS afirma que todos los años, millones de niños son víctimas de abusos y desatenciones, llegando en algunos casos a la muerte del menor. En el año 2002 sobrevivieron 31.000 defunciones consideradas como homicidio en menores de 15 años, pero las muertes representan sólo una pequeña parte del problema del maltrato infantil. Diversos estudios realizados en todo el mundo indican también que aproximadamente un 20% de las mujeres y entre un 5% y un 10% de los varones declaran haber sido víctimas de abusos sexuales en su in-

fancia. Por otro lado, gran número de niños son objeto de abusos psicológicos y emocionales y de desatención, aunque se desconoce el alcance de estos comportamientos a nivel mundial. En algunos países por ejemplo, la desatención representa la mayor parte de los casos de maltrato infantil conocidos. Asimismo, una gran parte de la violencia física descargada sobre los niños responde a fines de castigo, y está aceptada tanto por los padres como por las normas sociales vigentes, e incluso en las legislaciones, como forma de disciplina adecuada.

Si nos centramos en Europa, los datos de la OMS en 2014 (8), siguen siendo alarmantes, ya que plantea que el 30 % de los menores en Europa en 2014, sufre algún tipo de maltrato (abuso sexual, maltrato físico, maltrato psicológico), sin contabilizar la negligencia parental que es siempre más elevada. 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.

Diferentes manifestaciones de esos “chicos dañados” pueden ser: trastornos de conducta, trastornos ansiosos-depresivos, conductas autolesivas, descompensación psicótica...Por lo tanto, el diagnóstico precoz de los factores de riesgo, señales de alarma y del tipo de vínculo que tiene con el otro, a partir de la estructura subjetiva, permite detectar también antes de que eclosionen la patología en su más grave expresión clínica, aquellas situaciones susceptibles de evolucionar hacia un trastorno mental grave. Con el tratamiento, se orientaría la evolución de la patología hacia formas más benignas y se prevendría su agravamiento y cronicación.

En resumen, nuestro objeto de tratamiento será el adolescente con o en riesgo de patología mental grave. Más allá de los síntomas que estos adolescentes manifiestan, muchos de ellos, presentan unas características comunes (8), que podríamos resumir en los siguientes puntos:

- Son adolescentes que han sufrido con frecuencia adversidades en la infancia.
- El contacto con las emociones y con la necesidad es catastrófico e intolerable (mundo interno poblado de objetos abandonados, negligentes).

- Acercarse a pensar es insoportable.
- Daños severos en la organización del pensamiento.
- El vacío vivido por los jóvenes en su infancia ha hecho que hayan sido poco capaces de introyectar e integrar una “presencia de mente” (impactos emocionales que no han podido ser transformados y digeridos).
- Utilizan su propio cuerpo y las sensaciones de su cuerpo como continente (necesidad de recuperar un cierto control frente a las ansiedades que les desbordan).

El Escenario Grupal como herramienta para el cambio. Abordaje grupal versus abordaje individual

En este apartado, se abordan las ventajas que aporta utilizar de forma prioritaria la técnica grupal, para la atención de los adolescentes y sus padres, en una unidad de salud mental de los servicios públicos de salud.

Desde sus inicios, los grupos terapéuticos han acreditado su eficacia en múltiples ocasiones. Como afirma I. Yalom (10) “en estudios de resultados múltiples se ha comprobado la eficacia del tratamiento grupal de un amplio abanico de problemas psicológicos y trastornos del comportamiento, que van desde el comportamiento interpersonal neurótico hasta la sociopatía, el abuso de sustancias y el trastorno mental grave”.

Numerosos estudios sostienen, que los tratamientos grupales son igualmente eficaces que los individuales. Como ejemplo citaremos a Burlingame y cols. (11) que realizaron en 1995, un estudio de meta análisis a partir de la literatura de los 12 años previos sobre terapia grupal de adultos (116 trabajos), y encontraron que, efectivamente, la terapia grupal, sí obtiene resultados positivos.

Centrándonos más en la población que nos ocupa, Hoag y Burlingame (12) en su trabajo en 1997, tomaron 56 estudios sobre terapia grupal con niños y adolescentes y realizaron un estudio de meta análisis, encontrando índices de eficacia similares a los hallados en adultos; en la mayoría de los estudios que revisaron, los pacientes me-

yoraban más en los grupos terapéuticos que en los controles, ya fueran listas de espera o grupos placebo. Igualmente, estos autores señalan que todos los diagnósticos investigados, se favorecerían del tratamiento grupal en el mismo grado. En este trabajo, también se afirma, la mayor eficacia de los grupos terapéuticos en contexto clínico, respecto aquellos grupos que se aplicaron en otros contextos. Este dato, tiene relevancia como argumento, a favor de la eficacia de los tratamientos grupales, ya que los sujetos incluidos en estudios efectuados en contextos clínicos, suelen presentar mayor patología que los tomados de otros contextos, a menudo muestras subclínicas.

Para finalizar, el abordaje grupal respecto a las terapias individuales, tiene aportaciones específicas en el proceso terapéutico de la población que nos ocupa: los adolescentes. Como ya hemos señalado, la adolescencia es un fenómeno natural de grupo. Es un momento de búsqueda de su propio grupo y de señas de identidad grupales. En un primer momento, el grupo avalará esas “señas” de cada participante (modos de vestir y de hablar...), para avalar posteriormente la necesidad de compartir la situación vital en la que todos se encuentran.

Entendemos el grupo terapéutico, como un lugar de crecimiento, donde van a crecer acompañados y también van a acompañar a otros, encontrándose con esos aspectos valiosos de sí mismos. También podemos considerar el grupo, como un espacio transicional entre la familia y la sociedad, donde poder ir ensayando y creando formas diferentes de funcionamiento relacional y de pensar. El adolescente ante tanto cambio, se refugia en posiciones narcisistas (“yo no necesito nada, yo paso de todo...”), y el grupo, respecto al abordaje individual, va a facilitar la salida de estas posiciones, ya que desde las partes comunes, los otros no van a vivirse tan amenazantes y con esa posibilidad de encuentro, se va a evitar conectar tan masivamente con la soledad y el vacío, que le llevarían de nuevo a esa posición narcisista. Asimismo, el grupo, como un todo que tiene entidad propia, va a proporcionar al adolescente sumido en constantes cambios vitales, una estabilidad objetal que necesita (13).

Otro proceso que tiene que realizar el adolescente, es la separación de sus padres y el inicio del



cuidado de sí mismo. Es un proceso complicado, que le va a ocasionar importantes sentimientos de culpa. Sin embargo, el grupo de iguales puede ayudar a reconocer, validar y reflexionar, para entender este proceso y las dificultades que presentan ambas partes, ellos mismos y sus padres, permitiendo así, mantener el vínculo con sus padres, pero posibilitando al mismo tiempo, el cambio y la salida del mundo infantil. En el modelo individual, supuestamente el que sabe es el terapeuta y desde ese punto, el adolescente se siente sometido a aceptar lo que viene de los adultos como bueno. Este es el modelo que tiene con los padres, de dependencia, pudiéndose vivir como sometimiento. En el crecimiento de los adolescentes es fundamental que pueda salir de esa dependencia, por lo tanto, ¿es conveniente darle el mismo modelo de relación del que tiene que salir? Consideramos que en grupo y con una posición diferente del conductor del grupo, tiene más posibilidades de encontrar su “sí mismo” y de crecer en sentido amplio.

En paralelo, atender en grupo también a los padres, sin colocarnos desde “el saber”, sino con nuestro papel de conductores del grupo, les ayuda a tolerar mejor sus sentimientos de culpa, que suelen bloquear los avances de ese complicado proceso para adaptarse a la nueva situación familiar. Se tienen que producir importantes cambios en las dinámicas familiares para que se siga avanzando en el crecimiento, que necesita ser también, un crecimiento de toda la familia.

Por lo tanto, el abordaje grupal, respecto al individual, destaca como una alternativa con importantes ventajas.

Modelo Teórico: Psicoterapia de Grupo de Orientación Psicoanalítica (Grupoanálisis)

El abordaje terapéutico grupal que planteamos en este artículo, como herramienta terapéutica principal para estos adolescentes con o en riesgo de TMG, es el grupoanálisis, entendido como una forma de psicoterapia y no como una forma de psicoanálisis y presenta diferentes enfoques. En nuestra práctica clínica vamos a utilizar el enfoque planteado por Foulkes (14).

En este modelo, reuniremos a varios adolescentes, entre seis y ocho, cuidadosamente seleccio-

nados teniendo en cuenta su funcionamiento y con un compromiso terapéutico, para vivir una experiencia, bajo la guía de uno o dos conductores, con el propósito de ayudarse unos a otros a efectuar cambios, utilizando fundamentalmente la palabra. Se trata de grupos no estructurados, en los que se pide a los participantes, que expresen aquello que llegue a sus mentes evitando en lo posible la censura. Como objetivo de fondo, en nuestros grupos terapéuticos con adolescentes, nos plantearemos el que puedan llegar a ser “ellos mismos”, ya que en la adolescencia, como ya vimos, el “sí mismo” es todavía un proceso incipiente. La tarea manifiesta, es procurar la curación a través de la expresión verbal de los conflictos y el análisis del aquí y ahora. Los conductores, deben sobre todo no entorpecer los procesos dentro del grupo y dejar que el grupo funcione, como decía Winnicott, como una madre suficientemente buena. Se centran en el campo de la interacción total, en la matriz, para abordar el grupo en su conjunto (14). Se describe la matriz, como la red de todos los procesos mentales, el medio psicológico en el cual se encuentran, se comunican e interactúan. El grupo es considerado como un todo y como un lugar de encuentro que proporciona espacios mentales para poder pensar. El grupoanálisis sitúa en el centro al grupo y a la situación grupal. Hace hincapié en el presente inmediato, en las transacciones terapéuticas (el “aquí y ahora”) y tiene un efecto más directo en la situación de la vida actual del paciente y su conducta, realizando un análisis horizontal. Para Foulkes, en concreto, el grupo puede ser analizado en su totalidad, pero en él cabe la interpretación del individuo. Considera que la psicoterapia grupoanalítica es la que se realiza en el grupo y por el grupo.

Como vemos, en este tipo de intervenciones, el vínculo adquiere un papel fundamental. Todo ser humano existe por la existencia de un vínculo y se sostiene en él (el bebé se apoya y existe gracias a sus figuras de referencia y a través de esa relación podrá ir accediendo al mundo). La patología no es individual, sino que tendremos que leerla en términos interpersonales, ya que tiene que ver con el tipo de vínculo que realizamos cada uno. Compartimos la opinión de las escuelas modernas de psicoterapia dinámica, que subrayan, que el tratamiento psiquiátrico

tiene que estar dirigido hacia la comprensión y la corrección de las distorsiones interpersonales. Desde lo grupal, se entiende la patología psiquiátrica como un conjunto de fenómenos que, sin negar un sustrato físico o genético (sobre todo en algunas entidades nosológicas), tienen su base en conflictos interpersonales, por lo tanto, de relación, ya sean comprobables en la realidad o en la fantasía del sujeto o del grupo. La ausencia de relaciones constructivas y amorosas, impide el establecimiento de vínculos “sanos” y el crecimiento y desarrollo adecuado a nivel psicológico, originando conflictos intrapsíquicos y dejando a la persona en posiciones de indefensión. Por lo tanto, el síntoma que manifiesta el paciente, no es el trastorno que le trae hasta la consulta y es a través del grupo, donde podrá realizar nuevos vínculos estructurantes. El adolescente en su proceso de reubicación psíquica, va a necesitar de una reubicación de los vínculos que ha utilizado hasta ese momento, y fundamentalmente de los vínculos familiares. En el escenario del grupo, hay una selección más variada de relaciones y un campo interpersonal mayor y potencialmente más poderoso, que en el abordaje individual, lo cual apoya el objetivo terapéutico que consiste en poder ir realizando nuevos vínculos estructurantes, que sustituyan los vínculos de interdependencia primaria y patógena (13).

Viñeta clínica:

Creciendo juntos en un grupo terapéutico

En este apartado reflexionaremos sobre lo que puede aportar el grupo terapéutico, a la hora de abordar la patología mental grave en la adolescencia, partiendo de la experiencia vivida por los cinco participantes de un grupo terapéutico, desarrollado en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Álava, de forma quincenal y durante un curso escolar, acompañado de reuniones de los padres de forma mensual.

NEREA es una adolescente de 16 años de edad que consulta por primera vez en Salud Mental con 7 años de edad “porque se evadía y tenía dificultades relacionales”. Recibe tratamiento farmacológico durante 6 años por clínica compatible con TDAH con respuesta parcial. Tras un alta

por mejoría, a los 16 años, reinicia de nuevo las consultas por presentar “ansiedad, ánimo bajo, cortes, amenaza con tirarse por la ventana, aislamiento...”. Los padres describen esta situación tras varios suspensos a nivel escolar (posible herida narcisista que origina la descompensación). Nerea describe sensaciones paranoicas, se siente vigilada por sus padres y su hermano menor y amenaza con tirarse por la ventana en situación de enfado. Se siente juzgada “por el mundo en general” y persiste la necesidad de estar sola. Se observan cada vez de forma más intensa, rasgos esquizoides de personalidad.

El grupo terapéutico aportó a Nerea una experiencia muy enriquecedora y nueva: pertenecer a un grupo siendo ella misma. Tiene la ocasión de aprender cómo el resto de compañeros la percibe, ampliando la comprensión de sí misma y reconociendo lo valioso de su participación. Comienza a sentirse más tranquila con sus gustos y sus necesidades. Asimismo, su padre acude a las reuniones mensuales de padres.

En el seguimiento individual postgrupo, Nerea plantea nuevos objetivos: poder aumentar las relaciones interpersonales y el ocio. Lo describe como necesidades propias y no como cambios para satisfacer a sus padres. Relata experiencias con iguales en su infancia que describe como traumáticas y que relaciona con sus dificultades actuales de intimar con iguales. Se plantea estar más presente y “dar sentido a mi presencia”. Comienza a generalizar de forma más intensa, sus experiencias en el ámbito extragrupal, sintiéndose cada vez más segura. No precisó tratamiento farmacológico.

LORENA es una adolescente de 16 años que consulta por primera vez a la edad de 10 años, manteniendo un seguimiento irregular. En su infancia era buena estudiante y había presentado siempre dificultades para la integración con iguales en el colegio. Se refugiaba en la lectura, llegando a evadirse y vivir para ella. La relación de Lorena con su madre era complicada y no conocía ni sabía quién era su padre biológico. La crianza en la infancia fue llevada a cabo en gran parte por la abuela materna. A los 15 años reinicia de nuevo las consultas derivadas por presentar “cefalea tensional”. Mantenía muy pocas relaciones



con iguales, excepto de forma virtual. Realiza un seguimiento irregular hasta el inicio del grupo terapéutico.

Para Lorena, el grupo fue un lugar de encuentro, donde tolerar las relaciones de grupo, ya que su modelo relacional no había pasado de las relaciones duales. Aumenta la comprensión de sí misma a través de la exploración de las interacciones interpersonales en las sesiones grupales. La despedida (ir tolerando la separación, sin vivirlo como un abandono) fue un momento difícil, presentando cortes en la última sesión. La madre acudió a las reuniones paralelas de padres.

En el seguimiento individual postgrupo, se encontraba más estable, pudiendo relacionarse más en grupo de iguales y teniendo menores necesidades de relaciones de exclusividad, aunque el sentimiento de exclusión se disparaba con facilidad. Tras unos meses, reaparecieron los síntomas ansiosos, acompañándose de rascado con autolesiones, poco cuidado personal y encopresis. En consulta individual, Lorena pudo verbalizar la existencia en los últimos meses, de abusos sexuales intrafamiliares, lo que permitió actuar de forma adecuada para protegerla. Asimismo, consideramos que Lorena va asumiendo su propio cuidado, a veces incluso en oposición de las opiniones de su abuela y su madre, en este largo camino que lleva a responsabilizarse de su existencia.

JORGE es un adolescente de 15 años. Inició consultas a la edad de 6 años, por recomendación del colegio (los padres tardan varios años en solicitar consulta y acuden a un centro de altas capacidades). En el colegio describen dificultades importantes para seguir las dinámicas escolares, se evade, dificultades de atención y en las relaciones interpersonales. Presenta poca autonomía y cuidado personal a lo largo de su infancia y es su madre quien tiene que estar siempre acompañándole y guiándole. También en el ámbito familiar hay conflictos relacionales (vive con sus padres y su hermano). Tanto su madre como su hermano acuden a consultas en Salud Mental. Jorge presenta un Síndrome de Asperger y es el más joven del grupo. Es un chico que no crece y con aspecto infantil. En consulta individual se observan dificultades en el

proceso de mentalización a la hora de abordar sus dificultades.

Acordamos que participe en el grupo terapéutico aunque con dudas, dadas sus características personales. Al grupo llega tarde por sistema pero no falta a ninguna sesión. El grupo le ofrece la posibilidad de conocerse mejor y de apreciar cómo los otros le perciben y reaccionan ante la presentación que realiza de sí mismo. Asimismo, es capaz de mostrar progresivamente, sus partes más sanas y adecuadas, que en el formato individual no se podían ni observar ni potenciar. Va pasando de su rol pasivo a un rol más activo, tanto dentro como fuera del grupo.

En el seguimiento individual postgrupo, tras las vacaciones del verano, Jorge presentó un cambio físico importante, tanto a nivel de altura y signos puberales, como en el autocuidado personal (usa ropa más adolescente y lentillas). Como objetivo se plantea trabajar “mi imagen de despistado”. Curiosamente cuando comienza a querer-se conectar al mundo, es diagnosticado de una enfermedad degenerativa por la que precisa usar audífonos y en un primer momento prefiere que en el colegio piensen que es despistado a que es sordo. Seguimos trabajando su imagen personal y puede progresivamente tolerar el uso de los audífonos. En el instituto, pasa desapercibido y mantiene una relación cada vez más amplia con iguales. A nivel familiar, se siguen trabajando los conflictos relacionales, participando Jorge de forma muy activa en el proceso.

ANTONIO es un adolescente de 15 años. Acude por primera vez a los 4 años de edad por presentar “rasgos de impulsividad, déficit de atención, hiperactividad motora...”. Describían problemas de integración en el colegio. Realizó tratamiento a nivel privado y consulta de nuevo a los 7 años de edad, por recomendación del colegio ya que “vive en su mundo de fantasía, de princesas...”. Los padres se muestran muy preocupados por los antecedentes familiares paternos de varias enfermedades mentales. Su funcionamiento mental y síntomas presentes, corresponden con un diagnóstico de disarmonía psicótica. Presenta en su infancia dificultades para interpretar la realidad y en especial las relaciones interpersonales, con tendencia al desbordamiento del

pensamiento por los afectos (mediante defensas obsesivas se protege de los riesgos de desorganización). Durante 3 años precisa tratamiento farmacológico (antipsicótico a dosis bajas) con buena respuesta. Un año y medio después de la suspensión del tratamiento farmacológico por mejoría y coincidiendo con un cambio de compañeros a nivel escolar, se produce una reaparición de la sintomatología presentando Antonio una actitud suspicaz e hipervigilante en el colegio. Se reinicia de nuevo tratamiento farmacológico y posteriormente se le propone participar en un grupo terapéutico.

El grupo aporta a Antonio un espacio para fortalecer su propia identidad y la oportunidad de observarse en grupo y ampliar el conocimiento de sí mismo. Va tolerando el espacio grupal de forma progresiva y pueden observarse las partes más sanas de Antonio. Ambos padres acudieron a las reuniones de padres, implicándose y participando de forma muy adecuada.

En el seguimiento postgrupo se trabaja en la identificación de los síntomas previos a una posible descompensación y va pudiendo trabajar su grupo familiar primario. Por otro lado, su integración en el instituto es muy adecuada y presenta una importante mejoría en el mundo relacional, también observada por los profesores.

IRATI es una adolescente de 16 años de edad. Consulta por primera vez a los 6 años de edad, por “problemas escolares”. En su infancia, mantiene una relación muy dependiente y casi fusional con su madre e intensa rivalidad con su hermano pequeño que se mantiene incluso en la adolescencia. Su madre padece esclerosis múltiple con brotes importantes durante la infancia de Irati (“quiero aprovechar el tiempo con ellos”). Irati no puede tolerar que su madre “descanse”, manifestando alteraciones conductuales para “llamar la atención”. Presenta varios reinicios en la Unidad y teniendo en cuenta su funcionamiento mental y sintomatología, podríamos considerar un diagnóstico de organización neurótica de la personalidad con aspectos histeriformes. Por otro lado, el pediatra, pautó tratamiento con metilfenidato con mejoría a nivel de atención y resultados escolares. El último motivo de consulta que originó el reinicio en la

unidad, previo al inicio del grupo terapéutico, tenía que ver con la presencia de ideación autolítica y “ataques de histeria y agresividad” en el contexto familiar.

El grupo ofrece a Irati la posibilidad de trabajar el segundo momento de separación-individuación y la búsqueda de nuevas relaciones con sus padres. Vive el grupo como identidad, donde no están los padres. Su madre paralelamente acude a las reuniones mensuales de los padres, manifestando también esa necesidad de separación que tanto les estaba costando a ambas.

En el seguimiento individual postgrupo, verbaliza el deseo de pensamiento propio y diferenciado del de su madre y la culpa ante ese deseo de mantener este espacio separado de la madre. Puede incluir más a su padre en su mundo relacional y va realizando el duelo por la pérdida de las relaciones familiares infantiles. A la vez, se produce un aumento y normalización de las relaciones con iguales, con buen afrontamiento cuando se producen situaciones de acoso en el instituto.

Discusión

Como hemos podido observar en la viñeta clínica presentada, varios de las participantes en el grupo terapéutico consultaron en la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil cuando tenían 6 o 7 años (edad propia del primer movimiento de separación-individuación) o tuvieron dificultades en este momento del desarrollo y en el grupo pueden trabajar, ya en la adolescencia, ese segundo proceso de separación-individuación, de manera que pueden abordar problemáticas no resueltas en la infancia y se observa un movimiento desde el grupo familiar a ocupar un lugar en el grupo social. Comienzan esa búsqueda de su lugar en el mundo, más allá de sus lugares propios de su infancia. Al finalizar la experiencia grupal, se observa sobre todo un cambio cualitativo y aunque todos los participantes continúan su seguimiento en la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil, su implicación en el propio tratamiento y los cambios conseguidos, nos hacen pensar en una evolución de la patología hacia formas más benignas, previniendo así de su cronificación y agravamiento de sus síntomas en la etapa adolescente y posteriormente como adultos.



La experiencia grupal aporta un escenario privilegiado tanto en niños como en adolescentes, ya que desde sus primeros años de vida, los niños pertenecen a distintos grupos: el grupo de juegos en la guardería, la clase, el grupo de natación, el grupo familiar... Asimismo, durante la adolescencia, van “persiguiendo” pertenecer a su propio grupo y en ese recorrido los padres tienen que hacer su propio camino, por lo que el grupo paralelo de padres siempre será necesario para el acompañamiento en los cambios de los adolescentes.

En realidad, podríamos plantearnos que la terapia individual es una situación excepcional, en el sentido de que el niño y/o adolescente es separado y aislado de su grupo de compañeros y su grupo familiar. Desde el psicoanálisis, muchos de los autores que han estudiado la adolescencia, han puntualizado las dificultades que el adolescente presenta al analista. Anna Freud (15), en 1958, señalaba como características típicas de los adolescentes en terapia: las necesidades apremiantes, la intolerancia a la frustración y la tendencia a utilizar todo tipo de relación, incluida la relación terapéutica, como un medio para la satisfacción de sus deseos, más que como fuente de comprensión y esclarecimiento. Estas dificultades están íntimamente ligadas con su proceso psíquico en curso: la reactivación de su organización narcisista, su conflictividad edípica, la eclosión de su sexualidad, la pérdida de su cuerpo infantil y el duelo por los padres de la infancia. Desde nuestra experiencia, también hemos podido constatar las dificultades a la hora de intentar establecer una relación terapéutica adecuada tanto con los adolescentes como con sus padres, ya que es muy frecuente que se coloquen en una especie de “papel de arbitraje” entre ambas partes, más que como una ayuda para poder esclarecer lo que puede estar sucediendo.

Como hemos planteado, los servicios públicos de salud se encuentran cada vez con más dificultades para aportar una asistencia psicoterapéutica adecuada, dado el número de usuarios cada vez mayor y el reducido número de profesionales existentes. En términos económicos, el abordaje grupal, supone menos costes tanto en tiempo como en especialistas y por lo tanto una utilización eficiente de los recursos. Podríamos pensar,

que dadas estas características a nivel económico, es una herramienta que se debería utilizar con mucha más frecuencia en los servicios públicos de salud, pero las últimas tendencias, más en la línea de la medicalización y la búsqueda de causas biológicas de las enfermedades mentales, han hecho que la tendencia actual tanto en la formación de los profesionales como en el manejo de los pacientes con enfermedad mental, siga también esa misma línea, relegando otras herramientas con demostrada eficacia clínica, como el abordaje grupal. En las manos de los profesionales está dejar de lado este enfoque reduccionista y emplear un abordaje más integrador, utilizando todas las herramientas disponibles para ayudar a nuestros pacientes.

Conclusiones

El periodo de la adolescencia y juventud, supone un proceso gradual de maduración y aporta una contribución específica y esencial en la construcción del yo. Los trastornos psíquicos en este periodo, además de plantear un reto en cuanto al diagnóstico, deben entenderse de una manera diferente a los que se presentan en la infancia y la vida adulta. Asimismo, hemos planteado en este trabajo cómo la adolescencia constituye un momento privilegiado para abordar las problemáticas no resueltas de la infancia, protegiendo también del enquistamiento o empeoramiento patológico en la etapa adulta.

Hemos repasado de forma extensa, como en este grupo de edad, la psicoterapia grupal ofrece ventajas indiscutibles frente a los abordajes individuales. Partiendo de la base de que el grupo es el lugar natural de desarrollo de los adolescentes, a nivel clínico también se observan las ventajas de este enfoque, al acceder de forma más rápida los adolescentes a diferentes problemáticas, como la ligada a las identificaciones o los conflictos procedentes de las relaciones precoces con las imágenes parentales entre otras. El grupoanálisis en especial, aporta un escenario grupal que fomenta el cambio y la formación de nuevos vínculos estructurantes fundamentales en los adolescentes. Para estos adolescentes, el grupo terapéutico es vivido como un lugar de apoyo, encuentro, pertenencia y si es necesario, de contención. Pueden expresar sus dificultades en este proceso y sus

vivencias de soledad, ansiedad, inseguridad y miedo al fracaso. Verbalizan sus dificultades, en el afrontamiento de la realidad de la vida adulta. El tratamiento en grupo además, ayuda a disminuir la autoexigencia y facilita la comprensión de conflictos no resueltos, que influyen en su desarrollo actual y futuro. Se favorece la introspección y la posibilidad de compartir con los demás sus experiencias, incrementando el sentimiento de seguridad y aceptación por parte del grupo. Es un lugar de apoyo al que poder acudir, pero también abandonar, para desarrollar sus propias experiencias y proyectos personales como adultos.

En nuestros dispositivos públicos de salud mental infanto-juvenil, nos preocupa sobre todo cómo intensificar el tratamiento en los pacientes con trastorno mental grave o en riesgo de padecerlo. Hemos visto, como la psicoterapia analítica grupal es un modelo que ha resultado ser muy beneficioso en el trabajo con estos adolescentes y de forma paralela con sus padres. Consideramos que constituye una modalidad de psicoterapia, cuyas características permiten que pueda ser llevada a cabo de forma reglada en un servicio público de salud mental, siendo una modalidad tanto eficaz como eficiente, por lo que podría ser esa herramienta terapéutica para intensificar el tratamiento en la patología mental grave del adolescente.

Sin embargo, en nuestro trabajo diario, también nos encontramos con diferentes factores que dificultan que sigamos avanzando y mejorando la calidad de la atención de nuestros pacientes en nuestros servicios públicos de salud mental. Todos conocemos por ejemplo, las propias resistencias al cambio que tenemos en ocasiones como profesionales o la falta de tiempo para atender a nuestros pacientes o para pararnos a pensar en nuestro quehacer diario, así como la excesiva burocratización asistencial. Todos ellos, son factores que nos podrían hacer caer en el inmovilismo, al igual que ocurre muchas veces en nuestras instituciones.

Consideramos fundamental y necesario, que sigamos formándonos como profesionales y que no dejemos de hacernos preguntas, para así poder también nosotros “crecer” y poder realizar el acompañamiento de nuestros pacientes adolescentes en la búsqueda de su propio camino, de forma más eficaz y eficiente. Como decía Albert Einstein (1879-1955):

“La vida es como montar en bicicleta. Para mantener el equilibrio hay que seguir pedaleando” (...) “Si buscas resultados distintos, no hagas siempre lo mismo”.

Contacto

Tina Sota Leiva • tina.sotaleiva@osakidetza.eus

Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil, Red de Salud Mental Extrahospitalaria de Álava.
Osakidetza. Edificio Delegación de Sanidad • Santiago 11 • 01002 Vitoria-Gasteiz

Bibliografía

1. Mead, M. *Le fossé des générations*. Denoël, París; 1972.
2. Bruner, J.S. *Le Développement de l'enfant: Savoir faire, savoir dire*. París: PUF. 1983.1 vol.
3. Rousseau, J.J. Emilio, O. *De la educación*. Alianza. 2005.
4. Marcelli, D. y Braconnier, A. *Psicopatología del adolescente*. Barcelona: Masson; 2005.
5. Bion, W.R. Catastrophic Change. *Bulletin British Psychoanal. Soc.* Nº5. 1966.
6. Meltzer, D. Teoría Psicoanalítica dell'Adolescenza. *Cuaderni de Psicoterapia Infantile*, 1: 15-32. Borla. Roma. 1980.



7. García Badaracco, J.E. *Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de Estructura Multifamiliar*. Madrid: Tecnipublicaciones. 1990.
8. Dangerfield, M. 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*, 2017; 63, 29-47.
9. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Prevención del Maltrato Infantil: qué hacer, y cómo obtener evidencias*. Ediciones de la OMS. 2009.
10. Yalom, I. y Vinogradon, S. *Guía breve de psicoterapia de grupo*. Ed. Paidós. 1996.
11. Burlingame, G.M. et al. *Group psychotherapy Efficacy: a Meta-analytic Review*, en Furrman, A., *Group Psychotherapy Efficacy: a Meta-analytic Perspective*, Simposio de la Asociación Psicológica Americana, Nueva York, 1995.
12. Hoag, M.J.; Burlingame, G.M. Evaluating the Effectiveness of Child and Adolescent Group Treatment: a Meta-analytic Review, *Journal of Clinical Child Psychology*, 26, 1997, pp. 234-246.
13. Blajakis, M.I. y López Atienza, J.L. Tratamiento Multigrupal de la adolescencia (integración del grupo pequeño y el grupo multifamiliar). *Boletín APAG* 2002. nº 27.
14. Foulkes, S.H. y Anthony, E.J. *Psicoterapia de grupo*. Barcelona: Gráficas Rey. 2007.
15. Freud, A. Adolescence. *Psycho-Analytic Study Child*, 1958, XIII: 255-278.

- Recibido: 23/4/2018.
- Aceptado: 6/6/2018.