

EL ADOLESCENTE ANTE LA CONSULTA PSIQUIATRICA —ALGUNOS TESTIMONIOS—

César Mella Mejías
Julio Ravelo Astacio

“Son egoístas, se consideran como el centro del universo, pero nunca como en esta época pueden revelar tanta capacidad de abnegación y sacrificio. Inician las más apasionadas relaciones amorosas y las interrumpen con la misma brusquedad con que las empezaron. Participan con entusiasmo de la vida social y, por otra parte, se sienten invenciblemente atraídos por la soledad. Oscilan entre una ciega sumisión al líder elegido por ellos y una obstinada rebeldía contra toda autoridad. Son ascetas que súbitamente se hunden en los placeres instintivos más primitivos. Su estado de ánimo fluctúa entre el optimismo más infundado y un pesimismo profundo. En ciertas ocasiones, trabajan con infatigable entusiasmo y en otras son perezosos y apáticos”. (1)

Las adolescencia es una etapa crucial del desarrollo de la personalidad del ser humano que generalmente marca las características ulteriores de toda la existencia psico-social.

Se estima que para el año 2000 el mundo tendrá 1,128 millones de adolescentes. (2)

Ha sido reconocido universalmente que la adolescencia es un período de crisis en nuestra civilización. En realidad, los puntos de vista biológicos, psicológicos y sociales constituyen una cadena y cada uno de ellos se encuentra en interacción con el otro, para determinar dialécticamente, fenómenos propios de esta etapa evolutiva.

Lo que los hombres jóvenes piensan y sienten, lo que ellos quieren y desean, cómo se conduce, está determinado por las relaciones de vida y las normas sociales. La posición que cada joven ocupa en una formación social determinada y en un período histórico-cultural, es determinante en su conducta ulterior. Las particularidades propias de cada edad, que si-

guen con el desarrollo del niño, son manifestaciones, por las condiciones sociales de la vida y la educación del mismo. (3)

Aunque no existe un acuerdo unánime de clasificación por fase etaria de comportamientos por períodos del adolescente, vamos a acogernos a la planteada por el colectivo de profesores de la Facultad de Psicología de La Habana, dentro de la Cátedra de Psicología Evolutiva. (4).

ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA

A). Primera Etapa.

Jóvenes entre los 11 y 14 años de edad. Existe en esta etapa un predominio de cambios corporales. Hay rápido crecimiento de los órganos sexuales que generalmente se produce primero en las hembras que en los varones. Predomina la inestabilidad emocional; hay mayor capacidad para las funciones mentales más abstractas y se dificulta en esta edad, la labor del maestro.

B). Segunda Etapa.

Jóvenes entre 14 y 16 años de edad. Existe un predominio de las funciones intelectuales y contradicciones agudas debido a la posición social intermedia, ya que en esta etapa es casi completa la maduración sexual. Existe una tendencia casi incontralable de la sexualidad, se hace significativa la autoeducación y existen altos rendimientos de reflexión abstracta.

C). Tercera Etapa.

Jóvenes entre 16 y 19 años de edad. En esta etapa ya existe la consolidación de la posición sexual, la cual se acerca cada vez más a la del adulto; ya las transformaciones corporales han concluido en su mayor parte; existe mayor control de los impulsos sexuales; poseen juicios mucho más objetivos, son menos inestables emocionalmente y la vida afectiva está más equilibrada.

No resulta fácil comunicar con brevedad, a la comunidad de estudiosos de la salud mental, los puntos de contacto más relevantes entre la práctica médica psiquiátrica y las problemáticas más frecuentes que el adolescente presenta en nuestro medio. Esto así, porque los puntos de referencias formales o explícitos, desde la esfera del Estado son inexistentes.

Metodológicamente, sería incorrecto hablar del adolescente dominicano "en abstracto", etiquetando las patologías clásicas, como si asumieran un perfil epidemiológico homogéneo por grupos sociales.

Esta situación se agrava por la pluralidad de instituciones que intervienen cuando un adolescente "da una voz de alarma", la escuela, la familia, la esfera laboral, etc.

La ausencia de registros confiables que permitan extraer una muestra de adolescentes que sea representativa de la población dominicana, invalida los esfuerzos de tipo retrospectivos.

El poco desarrollo de la psicología y la psiquiatría del adolescente en nuestro medio, plantea incluso al nivel de la práctica privada, frecuentes distorsiones de enfoque y de manejo. Con mucha frecuencia el médico pediatra que ha venido siguiendo al sujeto desde su nacimiento, es el receptor habitual del trastorno de conducta del adolescente; cuando no, es el psicólogo que se mueve en el ámbito educativo el que interviene.

Es por ello, que los límites de esta comunicación quedan en lo netamente testimonial, intentando producir algunas reflexiones sobre el fenómeno salud-enfermedad mental del adolescente desde la perspectiva de la psiquiatría.

¿ADOLESCENCIA NORMAL?

Uno de los problemas que han obstaculizado más el desarrollo de la intervención en psicopatología del adolescente, es justamente la tendencia a atribuir excesivamente las conductas desviantes a "problemas transitorios de su edad", "esa es la tormenta de la adolescencia", y en fin, múltiples calificativos que provocan serios descuidos en la familia y daños irreparables al desarrollo ulterior de un ser social.

Masterson (1967) en un cuidadoso estudio de adultos con problemas psiquiátricos que habían debutado en la adolescencia, encontró que "las dificultades psiquiátricas de la adolescencia, tratadas o no, no desaparecían con el crecimiento sino que, por el contrario, se traducían en trastornos de diversas índole durante la edad adulta".

En países desarrollados, los problemas de la drogadicción y la delincuencia juvenil, están motivando estudios que diferencian bien claro, entre la existencia de patologías básicas del desarrollo de la personalidad y las llamadas crisis inadaptativas transitorias del adolescente.

En los Estados Unidos (Offer 1968), se propusieron estudiar un conjunto de adolescentes procedentes de las escuelas secundarias, y sin problemas manifiestos y encontraron:

- a). Que la adolescencia es un período menos tumultuoso que lo que el mito psiquiátrico atribuye.

- b). Que en el grupo estudiado, sólo una pequeña minoría presentó problemas que ameritaron intervención psiquiátrica.
- c). Que la mayoría dio muestras de un cierto malestar ulterior y una reorganización psicológica, que solía limitarse a producir un incremento de la ansiedad y una tendencia general hacia la melancolía, lo suficientemente importante como para llegar a la depresión.
- d). Que el estudio determinó como normal la tendencia del adolescente a “desafiar la autoridad”. La conducta rebelde fue más frecuente en los más jóvenes y sobre todo, en el sexo masculino.

*PROBLEMAS QUE CONFRONTA UN PSIQUIATRA
PARA EVALUAR ADECUADAMENTE
A UN ADOLESCENTE.*

Habitualmente, un relacionado nos dice: “Te voy a mandar a mi hijo, lo noto medio raro” “entró en los 15 años”. En otras oportunidades, procedentes de escuelas y colegios, llevan forzosamente un adolescente porque la dirección de esos centros educativos ha pedido “que lo viera un psiquiatra”.

Es de notar que por una distorsión, muchas veces de carácter comercial, la remisión al psiquiatra es indicativo de que “ya el asunto no es de psicólogos”, dando a entender que se trata de una situación de cierta gravedad.

Muchas son las dificultades que, a forma de pinceladas, señalaremos:

- a) El adolescente que “es llevado al psiquiatra”, tiene una resistencia a “contar” su verdadero problema. Actuar con sinceridad frente a un adulto, que además simboliza una figura de autoridad, que en sus fantasías el adolescente vincula al aparato coercitivo de la escuela o de la familia.

El psiquiatra tiene que buscar una rápida empatía con el muchacho, aislando en lo posible, a los padres, luego de recogida toda la información, mostrándosele como aliado, aceptándolo, responsabilizándolo de sus citas y confrontándolo lo menos posible en las fases iniciales.

- b) Existe una tendencia a no aceptar el diagnóstico que se le formule, a no cumplir “al pie de la letra” los tratamientos prescritos, máximo si se trata de psicofármacos. Es difícil para el terapeuta mantener una relación emocional estable con su asesorado y al

mismo tiempo, una conducta terapéutica objetiva. El adolescente es sensible, necesitado casi siempre de un reforzamiento del yo y teme mucho a que "se le desmorone su castillo narcicista".

- c). *La flexibilidad* debe ser la principal característica del terapeuta. El adolescente suele sentirse menospreciado cuando entrevistamos primero a su padres y luego a él. En nuestra práctica, invertir el orden ha dado mejores resultados.
- d). Es muy raro que un trastorno de conducta en el adolescente no modifique su rendimiento escolar. De ahí la importancia de una adecuada recolección de datos sobre la esfera educativa y la necesidad de tener actualizada una evaluación de inteligencia y factores de personalidad.
- e). En el trinomio informativo adolescente-familia-escuela, es el primero en donde encontramos mejor información. Sus distorsiones, minimizaciones y actitudes a veces, pueden desesperar al terapeuta, toda vez que el adolescente suele poner en juego el estilo de autoridad que cotidianamente imponemos a los adultos en consulta y que incluso, imponemos a nuestros hijos adolescentes.

Balser Harris (5) dice "el tratamiento psicológico y psiquiátrico de los adolescentes es quizás la experiencia más desafiante, engañosa y evasiva, así como la que puede despertar más ansiedad en el psicoterapeuta".

¿QUE TIPO DE INTERVENCION PSIQUIATRICA ES FRECUENTE EN NUESTRO MEDIO?

Tratando de aproximarnos al sector público, revisamos el trabajo de Palacios y Col (1984), que intenta hacer un estudio de la psicopatología más frecuente en los adolescentes ingresados en el Hospital Psiquiátrico Padre Billini, quienes encontraron que el 70^{ob} de los 112 casos estudiados se trataban de psicosis en sus diferentes variedades. Este dato habla de que la población que se autoselecciona alrededor de este tipo de servicios, es aquella en que coinciden: la ausencia de recursos económicos y la aparatosidad de un caso inmanejable en el ámbito de la familia.

El litoral de la práctica privada, en su amplia gama de opciones, es muy difícil de medir con objetividad, en lo que sería un estudio de demanda de servicios por prevalencia o incidencia. Desde la comunidad psiquiátrica se observan algunos signos generales que son alentadores, como son:

- a). Mejor integración y comunicación alrededor de estudios de casos entre la comunidad científica de psicólogos y psiquiatras.
- b). Pérdida del miedo que amplios sectores de la población exhibían ante la intervención de un psiquiatra.
- c). Un mejor entendimiento de que el modelo médico y psicológico de intervención, se complementan y se expresan en la concepción biopsicosocial del hombre y en el trabajo integral, al interior del equipo de salud mental.

Desde la población que demanda el servicio, se observan algunos fenómenos de orden psicosocial, que sería conveniente mencionar:

- a). La drogadicción ha emergido en el último quinquenio como una problemática que está demandando asistencia urgente. No se trata del fumador "social de marihuana", sino de formas mayores de toxicomanías, como es el caso del consumo y adicción a la cocaína.

La existencia de una población móvil denominada "Dominicans—Yorks"; la eclosión de la droga como fenómeno socio-cultural tardío de la década de los 80 en Santo Domingo; junto a las limitaciones del Sector Formal de prevención y terapéutica anti-drogas (Hogares Crea, Casa Abierta, etc.), determinan un flujo importante de demandantes de asistencia hacia el sector privado. Generalmente se trata de pacientes en crisis de abstinencia; con trastornos mentales asociados o jóvenes que acuden llevados por su familia. En práctica privada el pronóstico siempre es de reservado a sombrío, por las limitaciones para intervenir en el micro-medio familiar y social en donde se desenvuelve el cliente. Las técnicas de carácter conductual en la fases de deshabitación funcionan y salvo un adecuado seguimiento o un caso de muchos soportes internos y externos, la "recaída" es la regla".

- b) *Psicosis funcionales*.— Dentro de este grupo, la Esquizofrenia Paranoide suele debutar en plena adolescencia. Se trata de un cuadro que altera el fenómeno perceptual cognoscitivo, produciendo alucinaciones y delirios. Se trata de un cuadro de larga evolución, donde la psicofarmacoterapia sigue jugando un rol protagónico dentro del armamentaje terapéutico.
- c) *Síndromes Cerebrales orgánicos crónicos*.—La epilepsia sigue siendo un cuadro de importante prevalencia en adolescentes. La connotación social del cuadro, popularmente llamada "la gota"; lo dramático de las crisis; junto a la incurabilidad en si misma, hace

la presencia de psiquiatras, neurólogos y psicólogos como imprescindible.

- d) *Trastornos de personalidad y afines.*— Sólo mencionaremos tres, dentro de la amplia gama:

La tendencia al aislamiento

La agresividad individual y grupal

La tendencia disocial en la Personalidad

El trastorno de personalidad esquizoide en crisis, puede ser el preludio de una esquizofrenia debutante o sencillamente un patrón de conducta arraigado que en la práctica es de difícil manejo.

La presencia de agresividad obliga al psiquiatra a descartar factores orgánicos intrínsecos, pero también, amerita una exploración integral de la familia. La agresividad de un adolescente bien canalizada hacia un deporte rudo o hacia la creación es un importante medio psicoterapéutico.

La delincuencia grupal tanto en sectores sub-alternos de la población, como en los círculos altos en la escala social, constituye un fenómeno más complejo que desborda la consulta individual.

El trastorno de personalidad antisocial y disocial, viene siendo incluido en todas las clasificaciones internacionales de trastornos mentales. En la práctica clínica la presencia de un supuesto "chico cruel" que ha sido expulsado de todos los colegios; con poca empatía afectiva y con antecedentes delictuales plantea serios problemas para el enfoque individual. Este trastorno puede tratarse como una crisis transitoria de tipo inadaptable, aunque una buena proporción de los casos persiste hasta la adultez como patrón nuclear establecido de conducta.

- e) *Trastornos Neuróticos.*— En el adolescente, al igual que en la población general, predomina la neurosis depresiva, asumiendo el cuadro una mezcla de elementos endógenos y reactivos, propios de las situaciones de incertidumbre de esta etapa. El pronóstico generalmente es favorable. Uno de los problemas a manejar con mayor cuidado son las ideas y tentativas de suicidio en el marco de la adolescencia, pues una buena cantidad de suicidios consumados ocurren en esta etapa.

- f) *Fracaso Escolar y Problemas Vocacionales.*— Constituye un motivo frecuente de consulta. Esta problemática generalmente pone de relieve una inteligencia fronteriza; a una familia problema o a un chico con problemas de identidad y perspectivas.
- g) *Trastornos psicósomáticos.*— La somatización de los conflictos emocionales del adolescente se manifiesta con frecuencia como:

asma broquial

trastornos de la piel presuntamente alérgicos

ulceras estomacales

obesidad, etc.

Suele ser desconcertante para los médicos, la ausencia de respuesta adecuada de estos padecimientos a los tratamientos “ad usum”. Cuando se recoge una adecuada historia clínica uno de los datos claves lo constituye el hecho de que estas enfermedades, “hacen crisis” coincidiendo con situaciones de sobrecarga para el adolescente Ej.: período de exámenes, divorcio de los padres etc.

- h) *Reacciones inadaptativas y situacionales.*— Sólo mencionaremos, por su alta prevalencia y sobre todo en el sexo femenino, las crisis histéricas. Se trata generalmente de una joven quinceañera que “hace crisis” que se caracteriza por pérdida del conocimiento o desmayos frecuentes. Injustamente son tildadas de simuladoras, a veces, son tratadas como epilépticas, otras desencadenan mecanismos de sobre protección familiar que agrava el cuadro.

La identificación de las conflictivas que están detonando mecanismos de defensas inconcientes es la clave de una buena terapéutica. El hecho de que el paciente comprenda y acepte los rasgos universales de la personalidad histérica también es un paso de avance.

- i) *Situaciones relacionadas con la orientación sexual.*— Por el carácter proteiforme de la sexualidad del adolescente, que es un curioso e incansable explorador de una sexualidad en vías de consolidación e identificación final, el terapeuta debe ser cauto y flexible. En nuestro medio debemos señalar como situaciones que demandan de frecuente orientación:

El afeminamiento

Masculinización y Lesbianismo en las hembras

Homo y Bi-sexualidad en el varón.

La exploración de la psicodinamia de identificación sexual en los primeros años es esencial. La identificación de las reales preferencias del adolescente con el auxilio de las Evaluaciones estandarizadas de personalidad es un auxilio valioso. En nuestro medio las situaciones que derivan de los trastornos de identificación sexual son mal aceptadas por el círculo familiar.

Algunas inquietudes finales.-

- a) Los servicios de salud mental escolar dirigidos al adolescente son una vital importancia y aún poco desarrollados en nuestro medio. La ley orgánica de educación debería contemplarlos como obligatorios.
- b) La psicoterapia familiar y la de grupo en general son recursos de una trascendente importancia en el adolescente y de escaso desarrollo en nuestro medio. En la formación del psicólogo y del psiquiatra son herramientas imprescindibles.
- c) La necesidad de un Centro Nacional de Orientación al Adolescente debe ser un recurso de la población, donde la Universidad del Estado debe jugar un papel de primer orden.
- e) El trabajo de psicología comunitaria que afecta la clínica de la conducta del departamento de psicología, puede hacer una evaluación de la demanda oculta de atención primaria y secundaria en salud mental en una muestra de adolescentes de la capital.

CITAS

- 1) Freud, Ana: "El yo y sus mecanismos de defensa".
- 2) Gómez Cristóbal: "Clínica Psiquiátrica Infantil". Cap. IX Adolescencia. Página 129. 1ra edición - Editora André Voisín, Cuba 1976.
- 3) Fiedrich, W. Kossakowski, A: "Psicología de la Edad Juvenil". Edit. Universitaria, Habana, Cuba, 1965.
- 4) Colectivo Prof. U.H.: "Conferencias de Psicología Evolutiva". Edit. Universitaria, Habana, Cuba, 1975.
- 5) Balser Harris, B: "Psicoterapia del Adolescente", Editorial Paidós, Buenos Aires, 1972.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Pérez Villar, Dr. José: *"Etapas del Desarrollo y Trastornos Emocionales del Niño"*. Editora Revolucionaria. I.C.L. La Habana, 1970. 2da. edición Página 107
2. Pou, C., Amaro G. y Mella, C: *"Caracterización Psicológica del Adolescente"*. *Rev. del Hospital Psiquiátrico de La Habana, Vol. XX No. 2, páginas (323-332). Cuba 1979.*
3. DSM-III, *"Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales"*, Asociación Psiquiátrica Americana - Edit. Toray Masson. 1983, Barcelona.
4. Palacio, Br. Secundino: *"Modalidades de Trastornos Psicóticos en Menores de 16 años en el HPPB"*. Tesis de grado - UASD- 1984.
5. Freedman, Kaplan y Sadock: *"Tratado de Psiquiatría"*. 2da. edición - Tomo II, Pág. 2346-2500. Salvat, Editores Barcelona, 1982.
6. Bozhovich y Blagonadizhina: *"Estudio de la Motivación de la Conducta de los Niños y Adolescentes"* Edit. Progreso, Moscú, 1978.
7. Erickson, Erick h. *"Sociedad y Adolescencia"*, 5ta. Edición Siglo XXI, Edit. México, D. F. 1979.
8. González Rey, Fernando: *"Motivación Profesional en Adolescentes y Jóvenes"* 1ra. edición, Edit. Ciencias Sociales, La Habana, Cuba, 1983.