

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA EN TRASTORNOS GRAVES DE SALUD MENTAL EN UN MODELO RESIDENCIAL DE PROTECCIÓN DE MENORES

VERONA. MAYO DE 2023

Señoras y señores, la complejidad del modelo de intervención terapéutica que vamos a abordar en estos minutos nos obliga a ser sintéticos, quizás en extremo, pero esperamos que su comprensión pueda compensarse en parte por las dos intervenciones que el equipo clínico de CITAP desarrollará a lo largo de este Congreso.

Residencia Berzosa es un dispositivo residencial para menores de protección en situación de riesgo de salud mental, ubicado en la Sierra Norte de la Comunidad de Madrid (España), que combinan una situación de desamparo social con trastornos psiquiátricos.

Partimos para nuestro trabajo de menores en la etapa de segunda infancia-preadolescencia, cuya sintomatología se puede ubicar en el espectro de los trastornos vinculares, en los que buscamos la comunicación a nivel corporal, tomando como base del tratamiento todo el conocimiento y experiencia de las intervenciones de la psicomotricidad, tanto como la relajación terapéutica según la metodología de Jean Bergés.

Nuestro enfoque terapéutico, pues, se dirige al restablecimiento del vínculo, partiendo de lo más primario, la expresión y la comunicación a nivel del cuerpo, para llegar a la capacidad simbólica y el desarrollo de la mentalización y el lenguaje, base de la sociabilidad adulta.

De forma similar, se deduce que el papel de la psicofarmacología es totalmente secundario y limitado a facilitar operativamente, en la medida en que predominen los beneficios sobre los costes, el manejo práctico de cada caso. Nuestro objetivo es la estructura vincular y el desarrollo de esta, no las distorsiones del comportamiento o el mal funcionamiento, que se da por descontado

En relación con el diagnóstico, es importante diferenciar entre un diagnóstico fenomenológico, explícito, propio de la Psiquiatría, y que enfoca la superficie de los trastornos, del diagnóstico verdaderamente relevante, estructural y de raíz vincular. Éste último se refiere a las relaciones consigo mismo y con los otros, al desarrollo del propio aparato psíquico y de la capacidad de relación, que se percibe en la interacción terapéutica y que requiere de una elaboración teórica más o menos compleja. Fue sin duda Henri Wallon,

en relación con la problemática de los trastornos vinculares, el que nos situó frente a las raíces de su desarrollo disfuncional en el “*eje de la afectividad-emotividad y el eje del equilibrio tónico motor*”, que sin duda es una orientación terapéutica precisa para la intervención en los procesos del desarrollo pósturo-motriz y del diálogo tónico, que representa este un verdadero intercambio preverbal entre el niño y su entorno, y que ambos son de gran importancia en la motricidad precoz y los sistemas implicados en la gestualidad y la tonicidad.

Es desde esta base psicomotora que confirmamos el diagnóstico y comenzamos el tratamiento desde los mismos orígenes del trastorno. La psicomotricidad es sin ninguna duda el contexto más apropiado para evidenciar las peculiaridades del vínculo.

Permítannos, al respecto, esta larga cita de Bèrges en relación con la terapia psicomotriz: “*La psicomotricidad tiene en cuenta la demanda del sujeto, y de su deseo, de su situación en lo social, en la historia. Permite preservar, de disponer la relación intersubjetiva, en la medida en que ello implica, en su práctica misma, un vínculo entre terapeuta y paciente. Este lugar del psicomotricista es aquí fundamental*” ... “*En el campo de la terapia psicomotriz, no se trata solamente de evaluar y diagnosticar los déficit o desviaciones, sino de tener en cuenta la demanda del paciente y de la razón de ser del mismo psicomotricista; se trata de una terapia que no ambiciona solamente modificar la acción sino darle al sujeto las condiciones para realizar un acto.*”

Posteriormente se iniciará la psicoterapia, en función de la existencia o no de un mundo interno de representaciones suficientemente desarrollado.

En paralelo se desarrolla la terapia ecuestre, en la que se combinan psicomotricidad y relación con el animal, y que se inserta en el espacio de naturaleza, donde se da además una primera inserción en la cultura agraria y de trabajo en el sector primario. Tan sólo unas pocas palabras para situar nuestra concepción terapéutica de la relación del menor con el caballo en tres apuntes:

- Concepto: Equitación como actividad terapéutica, dirigida a movilizar factores de desarrollo psicológico transversales a cualquier aparato psíquico normal o patológico. La doma es entendida como una disposición psíquica a nivel corporal, no tanto como un amaestramiento a través de un código de señales más o menos arbitrario, sino como resultado del desarrollo, sobre una predisposición seleccionada a través de milenios de cría, de una compenetración corporal entre el hombre y el caballo en la que la vía de comunicación es la propia corporalidad (postura, tono, equilibrio) y en la que el resultado final es más que la suma de las partes: No es simplemente ir encima de un caballo que nos lleva y ajusta su movimiento a nuestra voluntad.
- Terapia psicomotora: Facilitación del desarrollo de la propia corporalidad y del

placer en el manejo del propio cuerpo. La equitación es una actividad fundamentalmente psicomotora: El cuerpo, el cuerpo propio y el del caballo, es el vehículo de comunicación a través de un código de tensión-distensión en el que se transmiten estados emocionales y voluntad de movimiento y control.

- Elaboración del miedo: El miedo es una experiencia fundamental del ser vivo, mediada por sistemas neurobiológicos de alarma filogenéticamente adquiridos que cumplen una tarea fundamental en la autoconservación. También, y en conexión con la experiencia de la agresividad propia y ajena, juega un papel en el desarrollo del psiquismo. El miedo es un elemento inhibitorio de la propia impulsión vital y de la propia creatividad, y el desarrollo adecuado de una tolerancia al mismo permite conjugar atrevimiento con prudencia, y espontaneidad con respeto a las normas.

Transversalmente a ambas tareas existe siempre el manejo residencial educativo, que debe formar parte de una tarea de equipo en la que el trabajo de reelaboración de los materiales del niño debe fluir en ambas direcciones, del espacio terapéutico al espacio residencial y al revés. Aquí aparecen tres elementos clave: la vida residencial comunitaria como factor de normalización, el educador como figura parental de referencia, y el protocolo de contención corporal para los fenómenos disruptivos. Es éste un procedimiento original de Residencia Berzosa en el que se fusiona lo educativo con lo terapéutico (el único procedimiento terapéutico que compete al educador) y en el que se persigue el uso del cuerpo del educador como continente de la impulsividad del menor.

Es esta realimentación constante dentro del equipo de Residencia Berzosa la que asegura la dirección del proceso, de lo corporal a lo mental y a lo social. Nuestra experiencia nos indica que solo así se obtiene el máximo rendimiento del trabajo psicomotor. El énfasis está puesto en la relación terapéutica, que se establece tanto en la terapia psicomotora como en la propiamente psicoterapéutica, y en el trabajo en equipo, que permite un funcionamiento residencial que es más que la suma de las partes, a través de la comunicación entre educadores y terapeutas. En última instancia, es el trabajo mental de todos ellos el que estimula el desarrollo de los menores.

Cuando las cosas van bien, se percibe un sentimiento de pertenencia a la residencia, que impregna a niños, a educadores y a terapeutas. Se percibe un progreso que va de lo corporal a lo simbólico, a la formación de estructuras psíquicas que incluyen el cuerpo, y al desarrollo de capacidad social productiva. Y sobre todo el niño se aleja del campo de la salud mental, que característicamente se difumina y aparece como irrelevante, más que producir un fenómeno de “curación” en el sentido habitual del término.

Por el contrario, si los resultados no son los esperables, vemos que la psiquiatría toma el protagonismo. A veces existe una carencia de potencialidades básicas, a nivel intelectual y psíquico general. Otras veces existen patologías prepsicóticas latentes. Y por último existen también malas evoluciones a nivel puramente dinámico, hacia la inestabilidad afectiva

crónica, de tipo *borderline* o bipolar, o hacia lo disocial. Aquí nos enfrentamos al eterno dilema de lo difícil que es mantener el tono necesario para seguir siendo eficaces.

En la sociedad actual, la terapia psicomotriz se encuentra confrontada a un callejón sin salida si se deja llevar por la tendencia a sobrevalorar la sensación y emotividad, retardando o impidiendo el proceso competencial, que asegura una permanencia del yo y de lo propia identidad en relación con el otro. Por ello el riesgo mayor está en la pérdida de conexión entre los miembros del equipo y en el más que posible ensimismamiento de la psicomotricidad en torno a la etapa sensoriomotora, que conduce a la pérdida de eficacia terapéutica y en última instancia al desgaste del propio profesional, especialmente, como apuntamos más arriba, en entornos tan adversos como los actuales, que pueden conducir a los psicomotricistas a elementos tan relevantes a tener en cuenta como son, por un lado, la propensión a entrar en un bucle regresivo en el que se magnifica el placer primario inherente a lo corporal y se invierte la dirección natural del proceso desde el cuerpo hacia la mente; por otro, la dificultad natural de poner en palabras las sensaciones corporales, y la pérdida que inevitablemente se produce en el trasiego de la información en el equipo terapéutico. Frustraciones todas que pueden facilitar la tentación del aislamiento defensivo, en el que el terapeuta pierde la función de puente entre lo corporal y lo simbólico que entendemos que es esencial en el proceso terapéutico.

Referencias:

Ajuriaguerra J. de (1973). Manual de Psiquiatría infantil. Ed. Toray Masson.

Bèrges, J.

Bowlby J. (1985-1990). Trilogía: El vínculo afectivo (1990), La separación afectiva (1985) y La pérdida afectiva (1990). Barcelona: Ed. Paidós.

García Badaracco, J. (1990). Comunidad terapéutica psicoanalítica de estructura multifamiliar. Tecnipublicaciones.

Freud, S. (1930). El malestar en la cultura. Alianza Editorial, 2010.

Mahler M. S. (1972). Simbiosis humana: las vicisitudes de la individuación. Ed. Planeta (1986)

Marrone M. (2001). La teoría del apego. Un enfoque actual. Ed. Psimática(2009).

Piaget J. (1975). La formación del símbolo en el niño. Ed. F.C.E.

Winnicott D. W. (1965). Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Ed. Paidós (1993).

Lorenzo Ortega Trujillo, Psiquiatra.
Juan Antonio García Núñez, Psicomotricista.