

Abella, Adela
Ahijado Guzmán, Zulema
Blanco González, Almudena
Bilbao-Bilbao, Itziar
Buiza Aguado, Carlos
Cabot, Anna
Calavia Balduz, José M.
Calvete, Esther
Carmona, Marta
Cruz, Daniel
Delfa Álvarez, Alonso
Espigares Escudero, M^a José
Esteban Arroyo, Angélica
Fandiño-Pascual, Ricardo
Galán-Rodríguez, Antonio
Gámiz-Ruiz, Jesús
Gavaldà, Xènia
Gener, Manel
González-Serrano, Fernando
Gracia, Carme
Gude-Saiñas, Raquel
Hernanz-Ruiz, Manuel
Ibáñez-Ortiz, Guzmán
Jara-Segura, Ana Berta
Lanza-Castelli, Gustavo
López, Nuria
López-Quintela, Silvia
Mabres Boix, Mercè
Manzano, Juan
Mañosa-Mas, Maite
Martin-Gómez, Catalina
Noel Firpo-Rifici, Maria
Oller, Jaume
Ortega Rojo, Elena
Prados Arjona, José Ramón
Redondo, Iratxe
Requejo-Baez, Berta
Rodríguez Aznar, Paula
Rodríguez-Pousada, Vanesa
Rubio Plana, Amanda
Serrano Coello de Portugal, África
Solana, Begoña
Tarragó-Riverola, Remei
Torres-Gómez, Bárbara
Uria Rivero, Teodoro
Vaccari, Francisco
Villanueva, Rafael

N.º 57
1º semestre

2014

Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente

SEΨPNA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA Y
PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

ISSN: 1575-5967

Miembro de la International Association Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions
de la European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy in the Public Sector y
de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (F.E.A.P.)

Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente

La Revista Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente es una publicación semestral dirigida a profesionales de la Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia. Está especializada en las temáticas relacionadas con la psicología clínica, la psiquiatría y la psicoterapia de niños y adolescentes desde un punto de vista psicoanalítico.

La revista admite publicaciones presentadas en los Congresos anuales de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (S.E.P.Y.P.N.A.) así como las comunicaciones libres seleccionadas para su presentación en dichos congresos. También admite conferencias y aportaciones libres.

Su publicación es en castellano aunque permite la contribución original de trabajos en inglés.

Los editores no se hacen responsables de las opiniones vertidas en los artículos publicados.

CONSEJO DIRECCIÓN

Directora: Leire Iriarte Elejalde (Bilbao)

Director Adjunto: Francisco Vaccari Remolina (Bilbao)

COMITÉ EDITORIAL

Manuel Hernanz Ruiz (Bilbao)

Juan Manzano Garrido (Ginebra)

Fernando González Serrano (Bilbao)

Agustín Béjar Trancón (Badajoz)

María Dolores Gómez García (Sevilla)

Ainara González Villanueva (Bilbao)

Cristina Molins Garrido (Madrid)

Ángeles Torner Hernández (Madrid)

Alicia Sánchez Suárez (Madrid)

Aurelio J. Alvarez Fernández (Asturias)

COMITÉ ASESOR

Jaume Baró Universidad de Lleida (Lleida)

Michel Botbol Universidad de Bretaña Occidental (Paris)

Alain Braconnier Centro Alfre Binet (Paris)

M^a Luisa Castillo Asociación Psicoanalítica Madrid (Bilbao)

Miguel Cherro Aguerre Universidad del Desarrollo Montevideo

Ana Estevez Universidad de Deusto (Bilbao)

Graziela Fava Vizziello. Universidad Padova (Padova)

Marian Fernández Galindo (Madrid)

Oswaldo Frizzera Universidad UCES (Buenos Aires)

Pablo García Túnez (Granada)

Bernard Golse Univesidad Paris Descartes (Paris)

Carmen González Noguera (Las Palmas)

Susana Gorbeña Etxebarria Universidad Deusto (Bilbao)

Leticia Escario Rodríguez (Barcelona)

Philippe Jeammet Universidad Paris VI (Francia)

Beatriz Janin Universidad UCES (Buenos Aires)

Paulina F. Kernberg University Cornell (Nueva York) †

Otto Kernberg University Cornell (Nueva York)

Juan Larbán ADISAMEF (Ibiza)

Alberto Lasa Zulueta Universidad del País Vasco (Bilbao)

Ana Jiménez Pascual Unidad USMIJ(Alcázar de San Juan)

Mercè Mabres Fundación Eulàlia Torras (Barcelona)

Roger Misès (Paris)

Marie Rose Moro Univesidad Paris Descartes (Paris)

Francisco Palacio Espasa Universidad de Ginebra (Suiza)

Fátima Pegenaute Universitat Ramon LLull (Barcelona)

María Cristina Rojas Universidad UCES (Buenos Aires)

Rosa Silver (Universidad de Buenos Aires)

Mario Speranza Centro Hospitalario Versalles (Francia)

Remei Tarragò Riverola Fundación Eulàlia Torras (Barcelona)

Jorge Tizón García (Barcelona)

Xabier Tapia Lizeaga (San Sebastián)

Koldo Totorika Pagaldai Universidad del País Vasco (Bilbao)

Eulalia Torras Fundación Eulàlia Torras (Barcelona)

Mercedes Valle Trapero Hospital Clínica San Carlos (Madrid)

Francisco José Vaz Leal (Universidad de Extremadura)

INDICE:

La etiología y la etiopatogenia de los trastornos mentales	
<i>Juan Manzano</i>	9
Sugestión y seducción en la psicoterapia de adolescentes	
<i>Adela Abella</i>	17
El divorcio de los padres y su repercusión en los hijos	
<i>Mercè Mabres-Boix</i>	27
Aplicaciones clínicas en el tratamiento de niños prematuros	
<i>Remei Tarragó-Riverola y Maite Mañosa-Mas</i>	35
La intervención psicológica con la infancia en desprotección. Hacia intervenciones específicas	
<i>Antonio Galán-Rodríguez</i>	43
Uno para todos y todos para uno	
<i>Catalina Martín-Gómez</i>	57
Programa de soporte a los docentes de alumnos con TEA	
<i>Daniel Cruz, Rafael Villanueva, Xènia Gavalda, Manel Gener, Jaume Oller, Anna Cabot, Carme Gracia y Nuria López</i>	61
Método para la evaluación de la mentalización en el contexto interpersonal (MEMCI) aplicado a la relación parento-filial	
<i>Itziar Bilbao-Bilbao, Gustavo Lanza-Castelli, Iratxe Redondo, Bárbara Torres-Gómez y Esther Calvete</i>	69
Psicoanálisis multifamiliar. Una experiencia para pensar en la piel enferma	
<i>Berta Requejo-Baez</i>	79
La formación afectivo-sexual en los adolescentes: Conocerse desde la sensorialidad	
<i>Vanesa Rodríguez-Pousada</i>	85
Star Wars, en una terapia grupal infantil	
<i>Marta Carmona, Francisco Vaccari y Begoña Solana</i>	89
La prevención de la conducta antisocial del adolescente en su contexto: Programa de intervención socioeducativa con menores infractores de 12 a 14 años	
<i>Jesús Gámiz-Ruiz, Guzmán Ibáñez-Ortiz, Paula Rodríguez-Aznar y M^a José Espigares-Escudero</i>	95
La importancia del constructo Mind-Mindedness (mente-mentalizante) en el diseño de un programa de intervención como promoción de la salud mental infantil	
<i>María Noel Firpo-Rifici</i>	101
El niño herido del adulto con psicosis	
<i>Almudena Blanco-González</i>	107
La gestión emocional del profesional como elemento determinante en la intervención con adolescentes en conflicto	
<i>Ricardo Fandiño-Pascual y Raquel Gude-Saiñas</i>	111
Escuchando a los niños de hospital de día	
<i>Zulema Ahijado-Guzmán, Carlos Buiza-Aguado, José M^o Calavia-Balduz, Alonso Delfa-Álvarez, Elena Ortega-Rojo, José Ramón Prados-Arjona, Amanda Rubio-Plana, África Serrano-Coello de Portugal, Teodoro Uria-Rivero</i>	123
El alma del objeto: relaciones precoces y organización de la personalidad	
<i>Silvia López-Quintela, Ana Berta Jara-Segura, Manuel Hernanz-Ruiz y Fernando González-Serrano</i>	127
Intervenciones psicoterapéuticas en la institución pública. condiciones, condicionantes y posibilidades	
<i>Angélica Esteban-Arroyo</i>	131

Edición: Selene Editorial, S.L. C/ Jerez, 21 (28231) Las Rozas, Madrid.

Impresión: Sorles, Leon

E-mail de información y envío de artículos: publicaciones@sepyrna.com

Página Web: <http://www.sepyrna.com/revista-sepyrna/>

Depósito Legal: BI-1.383-95 / ISSN: 1575-5967

Periodicidad: semestral

Suscripción anual: 60 €

Precio por ejemplar: 35 €

La Revista **Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente** está incluida en los siguientes índices y bases de datos:

- LATINDEX: Sistema Regional de Información en línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. <http://www.latindex.unam.mx>
- PSICODOC: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. <http://www.psicodoc.org/acerca.htm>
- DIALNET: Portal bibliográfico sobre literatura científica hispana. Categoría B según los criterios de evaluación de revistas de CIRC (Clasificación Integrada de Revistas Científicas). <http://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=16139>
- ISOC: Base de datos de sumarios ISOC-CSIC. <http://www.cindoc.csic.es/servicios/isocinf.html>
- DULCINEA: Acceso abierto a la producción científica en España. <http://www.accesoabierto.net/dulcinea/consulta.php?directorio=ulcinea&campo=ID&texto=1980>
- FEAP: Anuario de publicaciones de Psicoterapia en Lengua Española. <http://www.feap.es/anuarios/2010/html/RevSP13.html>
- IBECs: Índice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud. <http://ibecs.isciii.es/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?!sisScript=iah/iah.xis&base=IBECs&lang=e>

Sistema de selección de los originales:

- Publicación de ponencias presentadas en los Congresos anuales de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (S.E.P.Y.P.N.A.)
- Selección de comunicaciones presentadas en los Congresos de S.E.P.Y.P.N.A.
- Conferencias.
- Aportaciones libres

Los Editores no se hacen responsables de las opiniones vertidas en los artículos publicados.

JUNTA DIRECTIVA DE SEPYRNA

Presidente:	Juan Manzano Garrido (Ginebra)
Vicepresidente-tesorera	Cristina Molins Garrido (Madrid)
Vicetesorero:	Fernando González Serrano (Bilbao)
Secretaria:	Alicia Sánchez Suárez (Madrid)
Vicesecretaria:	Angeles Torner Hernández (Madrid)
Vocales:	Leire Iriarte Elejalde (Bilbao)
	Daniel Cruz Martinez (Barcelona)
	Agustín Bejar Trancón (Badajoz)
	María Dolores Gómez Garcia (Sevilla)
	Aurelio J. Alvarez Fernández (Asturias)
Responsable de publicaciones:	Manuel Hernanz Ruiz (Bilbao)

Página web: www.sepypna.com

INDEX:

The etiology and etiopathogenesis of mental disorders	
<i>Juan Manzano</i>	9
Suggestion and seduction in psychotherapy with adolescents	
<i>Adela Abella</i>	17
Parents divorce and its impact on children	
<i>Mercè Mabres-Boix</i>	27
Clinical applications in the treatment of premature children	
<i>Remei Tarragó-Riverola y Maite Mañosa-Mas</i>	35
Psychological intervention with vulnerable children. Towards specific interventions	
<i>Antonio Galán-Rodríguez</i>	43
One for all and all for one	
<i>Catalina Martín-Gómez</i>	57
Program of support to teachers of students with ASD	
<i>Daniel Cruz, Rafael Villanueva, Xènia Gavaldà, Manel Gener, Jaume Oller, Anna Cabot, Carme Gracia y Nuria López</i>	61
Method for the assessment of the mentalization in the interpersonal context (MEMCI) Applied to the parent-child relationship	
<i>Itziar Bilbao-Bilbao, Gustavo Lanza-Castelli, Iratxe Redondo, Bárbara Torres-Gómez y Esther Calvete</i>	69
Multi-family psychoanalysis. a experience to think about the sick.skin	
<i>Berta Requejo-Baez</i>	79
The emotional-sexual education in adolescents: knowing oneself from the sensoriality	
<i>Vanessa Rodríguez-Pousada</i>	85
Star Wars in a child therapy group	
<i>Marta Carmona, Francisco Vaccari y Begoña Solana</i>	89
Prevention of anti-social behavior of adolescent in context: Social-educative intervention programm with juvenile offenders 12 to 14 years	
<i>Jesús Gámiz-Ruiz, Guzmán Ibáñez-Ortiz, Paula Rodríguez-Aznar y M^a José Espigares-Escudero</i>	95
The importance of the construct of mindmindedness in the design of an intervention programme to promote the infants' mental health	
<i>María Noel Firpo-Rifici</i>	101
The hurt child of the adult with psychosis	
<i>Almudena Blanco-González</i>	107
The professional's emotional management as a key element in the intervention with adolescents in conflict	
<i>Ricardo Fandiño-Pascual y Raquel Gude-Saiñas</i>	111
Listening to children in day-care hospital	
<i>Zulema Ahijado-Guzmán, Carlos Buiza-Aguado, José M^a Calavia-Balduz, Alonso Delfa-Álvarez, Elena Ortega-Rojo, José Ramón Prados-Arjona, Amanda Rubio-Plana, África Serrano-Coello de Portugal, Teodoro Uria-Rivero</i>	123
The soul of the object: early relations and organization of the personality	
<i>Silvia López-Quintela, Ana Berta Jara-Segura, Manuel Hernanz-Ruiz y Fernando González-Serrano</i>	127
Psychotherapeutic interventions in public institution. conditions, constraints and possibilities	
<i>Angélica Esteban-Arroyo</i>	131

INTERVENCIONES PSICOTERAPÉUTICAS EN LA INSTITUCIÓN PÚBLICA. CONDICIONES, CONDICIONANTES Y POSIBILIDADES*

PSYCHOTHERAPIC INTERVENTIONS IN PUBLIC INSTITUTION. CONDITIONS, CONSTRAINTS AND POSSIBILITIES.

Angélica Esteban Arroyo**

RESUMEN

Las intervenciones psicoterapéuticas en una institución sanitaria pública se van a realizar con la influencia de condicionantes que tienen que ver con el paciente, con el terapeuta y con la institución en la que se trabaja. De cada uno de estos elementos van a provenir demandas diferentes. Se realiza un análisis de algunas de las características de la demanda de los pacientes, del funcionamiento institucional y de aspectos del terapeuta que hay que articular en el trabajo profesional con los pacientes.

Palabras clave: Intervenciones psicoterapéuticas. Demanda. Institución sanitaria pública.

ABSTRACT

Psychotherapeutic interventions in a public health institution will be performed with the influence of the factors that are related to the patient, the therapists and

the institution in which they work. There will be different demands from each of these elements. An analysis will be carried out from some characteristics of the patients demands, from the institutional functioning and from the aspects of the therapists that must be articulated in the professional work with patients.

Key words: Psychotherapeutic interventions. Demand. Public health institution.

Realizaré una reflexión sobre las intervenciones psicoterapéuticas con niños y adolescentes en las consultas ambulatorias en la institución pública. Parto de una formulación en plural, porque en lo público no hay un modelo único de intervención psicoterapéutica (tampoco en el ámbito de la asistencia privada), pero en el trabajo en la institución sanitaria pública la relación terapéutica entre el paciente y el profesional, va a estar mediatizada por aspectos que tienen que ver con lo

* Comunicación presentada en el XXVI Congreso Nacional de SEPYPNA que bajo el título "Niños, adolescentes y su entorno. Intervenciones preventivas y psicoterapéuticas" tuvo lugar en Sevilla los días 4 y 5 de abril de 2014. Acreditado por la Dirección General de Calidad, Investigación, Desarrollo e Innovación de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de Andalucía.

** Psicóloga clínica, psicoterapeuta. Centro de Salud Mental de Villaverde. Unidad Funcional de Salud Mental de Niños y Adolescentes. AGC de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Universitario Doce de Octubre de Madrid. E-mail: angelicaeste3@hotmail.com

institucional y las posibles intervenciones se diversifican en función de diversos factores.

Tomo como referencia el trabajo en un centro ambulatorio público de salud mental, donde se atienden las demandas de pacientes previamente valoradas por el pediatra o médico de familia. Se trabaja formando parte de un equipo multiprofesional formado por psicólogos clínicos, psiquiatras, trabajadores sociales y personal de enfermería, generalmente, de forma integrada en la red sociosanitaria, es decir, en coordinación con otros diferentes dispositivos sanitarios, educativos, sociales, judiciales y comunitarios diversos. Los centros de salud mental ambulatorios en Madrid suelen tener una alta presión asistencial, atendándose a un elevado número de pacientes, que en zonas determinadas, pueden tener problemáticas familiares y sociales complejas o graves: emigración, paro, conflictiva intrafamiliar, violencia, etc.

Las intervenciones realizadas en el contexto de una institución pública se van a realizar con la influencia de condicionantes que tienen que ver con el paciente, con el terapeuta y con la institución en la que se trabaja. De cada uno de estos elementos van a provenir demandas que hay que articular en el trabajo con los pacientes. Es decir, hay demandas que parten del paciente y su familia. Otras de la institución. Y por último están las demandas inherentes al propio profesional.

La demanda de atención en salud mental por parte del paciente o de los padres, como suele ser en el caso de niños y adolescentes, tiene varias peculiaridades que hay que tener en cuenta en la valoración general del caso y en el establecimiento de la posible respuesta terapéutica cuando se trabaja en una institución pública. El funcionamiento clínico más clásico con los pacientes conlleva la realización por parte del profesional de una historia clínica, valorando la posible psicopatología, los síntomas, su causa, el nivel de gravedad, etc, estableciendo un diagnóstico, un pronóstico y diseñando el tratamiento que se considera idóneo. Pero éste funcionamiento no contempla otros elementos que resultan fundamentales para que la intervención sea la adecuada, y que tienen que ver con la demanda en sí, más que con el funcionamiento psicopatológico del paciente. Un análisis de dicha demanda va a proporcionar elementos claves para la intervención. Veamos algunas de sus características.

Aunque solemos decir que los pacientes consultan, en realidad realizan una demanda, aunque a veces se suelen utilizar estos términos como sinónimos. La consulta tendría que ver más con una petición al profesional en su campo de trabajo y en relación a lo que le pasa

al paciente, a modo de opinión o determinación de un posible diagnóstico o tratamiento. Es un funcionamiento más frecuente en la asistencia sanitaria privada. El término “demanda” es más amplio y complejo, conllevando una petición manifiesta de ayuda, de asistencia sanitaria a la institución, esperándose una respuesta que puede ser diversa: un tratamiento, un consejo, un parte de baja, un informe, un ingreso, etc. Y puede implicar a diferentes personas distintas al paciente que consulta, o por el que se consulta. En la institución pública suele realizarse una valoración y abordaje más amplio de la situación del paciente que en el ámbito privado, pues las características sociales pueden ser también valoradas e integradas en la intervención. También se valoran aspectos preventivos y la institución se ocupa de atender a los pacientes más carenciados o disfuncionales a nivel personal, mental o social con una función similar a la parental: se les pone límites (como en el caso del maltrato infantil), en el trabajo coordinado con otros agentes sociosanitarios; se les puede proveer de cuidados personales y socioeducativos, con intervenciones tipo maternajes, por ejemplo, como las realizadas por el personal de enfermería y trabajo social de salud mental, etc.

La demanda de los pacientes suele integrar deseos conscientes y deseos inconscientes, diferentes a los que se expresan de forma manifiesta. En muchos casos las demandas son confusas o inadecuadas, porque los pacientes desconocen las posibilidades reales de intervención y el funcionamiento concreto del profesional y la institución. De hecho, los pacientes y sus familiares, van a hablar de aspectos personales con alguien a quien no conocen, y de quién tienen por única referencia su nombre y sexo. Generalmente no se elige al terapeuta, sino que éste suele venir designado por la institución, y se desconoce su forma de trabajar y lo que se puede esperar de su intervención. Pueden no ir predispuestos a hablar de lo que les pasa, a realizar una introspección, o al menos a participar activamente en el engranaje de las piezas que forman parte del puzzle de lo sintomático con una actitud activa y comprometida, como nos gustaría a muchos profesionales. Y con cierta frecuencia la demanda de salud mental se puede formular como otras demandas sanitarias: Se puede consultar por uno o varios síntomas o una situación concreta y se espera que el profesional pueda hacer algo para modificarlo, muchas veces con una formulación cercana a lo que se suele esperar de una consulta médica: el diagnóstico y el tratamiento en forma de receta, es decir, se puede esperar una solución casi mágica a modo de consejo o fármaco que resuelva el

síntoma. Otras veces las demandas son extremadamente complejas. Y todo ésto va a condicionar la intervención que pueda hacerse.

Hay que analizar las demandas teniendo en cuenta diversos aspectos como: Quién realiza la demanda; qué se demanda y la adecuación de la demanda; la implicación del paciente y/o la familia en la demanda y su actitud hacia la posible intervención; y la presencia o no de patología, sufrimiento o situación de riesgo. Y también hay que tener en cuenta las características del paciente y su funcionamiento psíquico, la familia, las dinámicas familiares y los acontecimientos implicados; la patología o nivel de riesgo, identificando los factores implicados en ello. Este análisis es fundamental para valorar y definir la respuesta terapéutica.

El primer aspecto a tener en cuenta es quién realmente realiza la demanda, si es el propio paciente o es un familiar, u otro profesional. En el caso de las intervenciones con niños y adolescentes, recojo algunas peculiaridades. La demanda suele ser compleja porque la conforman diferentes demandas. Con frecuencia la demanda parte de una tercera persona, que suelen ser los padres o familiares. Pero a veces proviene de otros profesionales, como el pediatra, el medio escolar o servicios sociales. De hecho no son raros los casos en que los padres o el paciente refieren que van a consultar por el deseo o la indicación de otro profesional. Cuando la demanda es de otros, hay que valorar la actitud del paciente ante esa demanda. Si el paciente o la familia no la hacen propia, es difícil de realizar una intervención más allá del análisis de lo que traen y con un diagnóstico de aquello por lo que consultan y una indicación que puede permitirles replantearse la situación o ir tomando conciencia de la misma y de la necesidad de un tratamiento. En estos casos los pacientes son portavoces de la demanda de otros, aunque ellos sean los objetos de la demanda, por lo que habría que responder a los que demandan.

En segundo lugar hay que analizar qué demandan los pacientes y la adecuación de su demanda a lo que se realmente se les puede dar en salud mental. Hay pacientes que buscan finalidades conscientes o inconscientes peculiares y que no tienen que ver con alteraciones psicopatológicas o personales relevantes. Por ejemplo, informes que les aporten beneficios económicos o sociales; o se busca una alianza con el profesional frente a un tercero, como puede ser conseguir un informe para lograr la tutela del hijo; o demandas no sanitarias, como las de padres que buscan consejos para educar al hijo, o para que apruebe los exámenes, etc. También puede

haber demandas irrealizables, aunque sean adecuadas, como las específicas de tratamiento psicoterapéutico, planteadas con una frecuencia concreta, a las que no se puede responder desde la institución, tal como podría desear el paciente y el propio profesional. Estos aspectos hay que hablarlos y aclararlos con los pacientes, pues si no se hace, podrían generar mucha frustración en ellos o en el propio profesional.

En relación a la actitud del paciente o la familia respecto a la intervención, es posible que el paciente la pueda rechazar, como ocurre en el caso de algunos adolescentes, por ejemplo, cuyos padres consultan sin que ellos estén de acuerdo. En este caso, habría que trabajar con los padres, que son los que solicitan la ayuda, analizando por ejemplo por qué el adolescente no demanda, si hay patología y en quienes, los vínculos y la dinámica familiar, y el momento personal de la familia y el chico en relación al motivo de consulta.

En otros casos es el médico de familia u otro profesional quien deriva para un tratamiento psicoterapéutico, por ejemplo, sin que el paciente lo haya solicitado, ni entienda su función. En estos casos el paciente suele ir a consulta, sin una implicación personal con la demanda, con la actitud de esperar que sea el terapeuta el que resuelva mágicamente sus síntomas, y el paciente o los padres pueden adoptar una actitud pasiva, dependiente, que no suele permitir cambios, y que desemboca en el fracaso de la intervención. La coordinación con los profesionales derivantes es esencial para que proporcionarles instrumentos que les permitan la comprensión de la importancia de estos aspectos para gestionarlos en la derivación de los pacientes, y así facilitar su implicación en la intervención. No se puede ni deben realizar intervenciones psicoterapéuticas con pacientes que no lo demandan activamente, porque resultarían intrusivas y suelen estar abocadas al fracaso.

Hay casos especiales y complejos, como el de los pacientes psicóticos u otros en situaciones de riesgo que no demandan, a los que se atiende teniendo en cuenta las características de su funcionamiento particular.

Y por último, hay que valorar la presencia o no de patología, sufrimiento o situación de riesgo actual o en la evolución del paciente. Si la situación por la que se consulta no entraña patología o riesgo para la evolución del paciente, hay que recogerlo así y aclararlo con los demandantes. El paciente podría ser derivado a consulta por una reacción adaptativa que provoca angustia en el médico o profesional derivante, o en los padres, por ejemplo. Es el caso de algunas demandas realizadas

tras acontecimientos impactantes en la vida del paciente y su familia, como la muerte reciente de familiares, accidentes, separaciones recientes de los padres u otros. Habría que valorar en estos casos si se trata de una reacción patológica o hay que dar tiempo a la persona para que asimile la situación con sus propios mecanismos y capacidades personales y la ayuda familiar. También sucede esto en el caso de crisis evolutivas. Hay consultas por pacientes adolescentes, respecto a cambios drásticos en su carácter, por ejemplo, en las que la intervención se centraría en realizar un análisis que posibilite la comprensión a los padres demandantes de lo que le está pasando al hijo, pese a lo peculiar que puedan resultar sus reacciones.

Aunque no hay que generalizar en relación a las reacciones adaptativas, pues en algunos pacientes conllevan funcionamientos psíquicos que van a evolucionar de forma patológica y a marcar la evolución personal si no son atendidos. Las intervenciones psicoterapéuticas con este tipo de pacientes son necesarias y productivas, y no suelen requerir de mucho tiempo. Pero no siempre es así, porque en ocasiones acontecimientos externos con valor traumático pueden complicar mucho el funcionamiento psíquico y la evolución de algunas personas.

Algunos profesionales pueden dedicar mucho tiempo a hacer valoraciones psicodiagnósticas pormenorizadas o a recoger una información exhaustiva del paciente, con datos detallados y a veces totalmente innecesarios, como definir su funcionamiento personal, con sus conflictos conscientes e inconscientes, sus mecanismos, toda su historia personal, lo que dicen de él otras personas (como los profesores, por ejemplo), etc, cuando realmente la demanda que el paciente realiza y su situación clínica hacen que dichos datos no vayan a ser necesarios para la intervención con él. No tener en cuenta la adecuación entre fines y medios conlleva mucha pérdida de tiempo y esfuerzo y puede llevar a realizar un trabajo improductivo para el profesional y para el paciente. Hay peticiones, por ejemplo, de valoraciones psicodiagnósticas de aspectos del funcionamiento personal de los pacientes, realizadas por profesionales de otras especialidades a veces desde la confusión, a las que se puede responder haciendo lo que se solicita, pero sin tener en cuenta la relación entre lo que se pide y lo que el profesional demandante realmente necesita saber del paciente para poderlo ayudar. Abordar esta discrepancia contribuye a aclarar la confusión y a dar una respuesta profesional más adecuada para el demandante y para el paciente.

En algunas ocasiones puede haber un deseo (quizás paternalista o altruista) de ayudar tanto al paciente, que el profesional siempre se va a encontrar motivos para atenderlo y tratarlo, alargando innecesariamente su tratamiento, y perdiendo de vista la adecuación de la intervención, y los límites que marcan los objetivos y el funcionamiento de una institución pública.

El análisis de las características de la demanda, junto con la valoración clínica del paciente, permiten decidir la intervención terapéutica adecuada en cada caso. Esta intervención puede ser bien diferente a la que de forma idealizada se desearía tener con el paciente, sobre todo en psicoterapia. Pero no todos los pacientes piden, ni deben, ni las condiciones de trabajo lo permiten, ser tratados con métodos psicoterapéuticos.

Responder a las demandas buscando efectos psicoterapéuticos supone la creación de un espacio donde pueda expresarse lo personal, para poder trabajarlo, es decir, escucharlo, analizarlo, interpretarlo y devolverlo al paciente y la familia. La cuestión es cómo hacerlo desde una institución pública, muchas veces con intervenciones muy breves en el tiempo. Cada caso supone una valoración distinta en la que desde lo público ha de hacerse un espacio para lo privado, en el que los pacientes y las familias puedan expresar lo individual en el encuentro con un psicoterapeuta, que les ayude a la expresión y comprensión de lo emocional y al cambio psíquico y personal. Pero lo que el paciente dice en el espacio privado de la consulta, ha de quedar registrado con medios informáticos en su historia clínica y está a disposición de otros sanitarios que trabajan con el paciente, aunque no tengan nada que ver con la consulta de salud mental. Lo privado se convierte así en público escapando a la relación de confianza entre el paciente y el profesional. Un tema ético éste, que no está resuelto, y que supone importantes quebraderos de cabeza para muchos profesionales, al tener que elegir entre la disyuntiva de hacer potencialmente públicos aspectos privados del paciente, sobre todo en los procesos psicoterapéuticos, o no registrar dichos aspectos con el riesgo de olvidar datos necesarios para su tratamiento.

En relación a la institución, su demanda es clara: pide que se realice una intervención por parte del profesional sanitario, en función de sus competencias, es decir, que se atienda a los pacientes y se resuelva su demanda. Pide también otras cosas, como que a la vez se forme a otros profesionales, se realicen informes, etc. Y delimita el marco y las condiciones de trabajo, en cuanto a lugar,

tiempos y periodicidad. El profesional no define las condiciones que considera idóneas para trabajar con los pacientes, sino que tiene que manejarse en el encuadre que a él se le hace con las condiciones que marca la institución: Pacientes a atender y actividades a realizar cada día; tiempos y número de pacientes en primeras consultas y en las sucesivas; elaboración de una historia clínica que hay que ir completando utilizando un ordenador a la vez que se escucha al paciente; la presencia de terceras personas en la escena (residentes, estudiantes), etcétera. La institución define sus finalidades, y los medios (recursos) y las condiciones para conseguirlos. Si no hay una relación equilibrada entre estos tres aspectos, el trabajo profesional y la calidad asistencial se ven comprometidos.

Así, puede suceder que los medios puedan resultar insuficientes para atender los objetivos que se proponen, como por ejemplo, que haya menos profesionales de los que se requerirían para alcanzar los fines propuestos. O que las condiciones de trabajo, como un alto número de pacientes a atender o bien tiempos de consulta demasiado breves, supongan una dificultad importante para la actividad del profesional. Cuando esto sucede, los efectos en el trabajo pueden ser diversos. Una de las consecuencias suele ser la sobrecarga de casos que el terapeuta tiene que atender. En esta situación, los tiempos de las citas al paciente se dilatan en el tiempo, tanto que pueden no permitir intervenciones psicoterapéuticas (u otras) que resultarían eficaces para resolver la patología de los pacientes. La capacidad terapéutica del profesional quedaría mermada, así como otros aspectos como la adhesión al tratamiento, la alianza terapéutica, etc, se verían también afectados. Y los tratamientos se pueden dilatar en el tiempo. El número de abandonos suele aumentar, y con él, el número de retornos, pues las demandas no llegan a trabajarse y resolverse adecuadamente. Y el profesional tenderá también a forzar las altas, con el consiguiente riesgo a no atender las necesidades terapéuticas del paciente. Este es un problema muy extendido en las consultas ambulatorias de salud mental. Y es una situación improductiva a todos los niveles, y muy cara a nivel económico para los servicios de salud pública, porque los pacientes no mejoran y siguen consumiendo servicios y recursos. Como por ejemplo, se pueden utilizar adicionalmente tratamientos farmacológicos con estos pacientes, con el consiguiente gasto que supone, cuando su situación clínica podría resolverse con una intervención psicoterapéutica quizás no muy larga.

Si la institución no contempla la adecuación de los tiempos que requieren los tratamientos, hará una demanda mágica al profesional, al pedirle que resuelva la patología del paciente en unas condiciones que no lo permiten. La presión a la que pueden verse sometidos los profesionales así es alta. Además, si la institución no marca condiciones mínimas adecuadas para atender a los pacientes, realiza una vanalización implícita de la patología de salud mental, al pretender que se resuelvan situaciones clínicas complejas en muy poco tiempo o sin apenas tratar al paciente. En estas condiciones, algunos pacientes pueden quedar expuestos a su evolución espontánea, y la institución no “trataría”, sino que desatendería las necesidades de los pacientes y de los profesionales.

Las presiones políticas y económicas pueden actuar como fuertes demandas para las instituciones y comprometer sus finalidades. En momentos de crisis económica, como el actual, los recursos se recortan y las demandas políticas o sociales pueden llevar a la institución a negar el efecto de dichos recortes y las limitaciones que conllevan. Y se puede proyectar esta limitación en los profesionales, planteando que la insuficiencia es de los mismos, porque quizás no hacen lo adecuado para resolver rápido las demandas. O en los pacientes, alegando que demandan demasiado o que utilizan mal los recursos. Estos mecanismos pueden impedir la autocrítica y la reflexión institucional, y por tanto los cambios institucionales que permitan regular la atención sanitaria a los pacientes.

Para el profesional, las demandas de la institución pueden convertirse en algo tan potente, que el paciente y sus necesidades pueden quedar supeditados a funcionamientos institucionales más centrados en objetivos de gestión que en lo terapéutico. Este riesgo es mayor cuando la situación laboral es precaria y cuando la competitividad entre profesionales se ve alimentada por los mecanismos institucionales. Pero si no se tiene en cuenta qué demanda la institución y sus condicionantes, no se puede gestionar adecuadamente la atención a los pacientes, y el profesional puede verse desbordado por la demanda asistencial.

Además, como un capítulo aparte, habría que tener presentes las dinámicas y mecanismos inconscientes que operan en los equipos de trabajo, y que tanto van a influir en los modos de intervención con el paciente. Las valiosas aportaciones de Manuela Utrilla, aportan mucha luz en relación al trabajo en la institución y a los fenómenos inconscientes en el profesional y en los

equipos terapéuticos.

Y por último hay que tener en cuenta deseos, las motivaciones y las satisfacciones personales que el terapeuta busca con su trabajo y que operan como demandas internas del profesional. Cada uno tiene un modelo formativo, una teoría para comprender el funcionamiento psíquico, el enfermar y cómo deben ser los tratamientos. Hay un deseo de ser consecuente con dicho modelo, para sentir que se trabaja adecuadamente, para poder estar satisfecho con lo que se hace. La falta de conocimientos profesionales o la ausencia de un modelo de trabajo da lugar a actuaciones improvisadas y caóticas por parte del profesional.

Las motivaciones personales conscientes e inconscientes del terapeuta en relación a su trabajo son el motor de su actitud ante el mismo. Los ideales personales y profesionales sufren desajustes cuando no se consigue un buen engranaje entre lo que se desea conseguir con el trabajo, lo que se considera que se debería hacer y las posibilidades reales de llevarlo a cabo.

Especialmente complicada es la gestión (interna y externa) de la presión asistencial. En el trabajo en la institución queda muy poco tiempo para la reflexión y casi todo se suele jugar en el intenso tiempo de la consulta. Todo un ejercicio que exige combinar conocimientos, experiencia y capacidad terapéutica. Lo público se convierte así en un complicado pero riquísimo medio de experiencia y aprendizaje profesional que impele al terapeuta a poner en juego todo su repertorio de recursos personales y profesionales en la relación con el paciente.

Pero el volumen de pacientes a atender puede ser tal, que es difícil “interiorizar al paciente”, es decir, subjetivarlo, registrar y acordarse de sus datos esenciales, de sus síntomas, sus conflictos, de las dinámicas familiares y del entorno, y de los avatares del proceso terapéutico. Por otra parte la interacción psicoterapéutica con los pacientes supone la movilización de aspectos personales activados por el funcionamiento inconsciente del propio terapeuta o por los vínculos inconscientes con que funcionan los pacientes, y que se repiten en la relación terapéutica, y que de forma contratransferencial pueden suscitar emociones intensas, inquietantes o complejas, no raramente angustiosas. La capacidad de escucha, contención e intervención con los pacientes, puede verse así excedida y la capacidad terapéutica comprometida.

Existen diversos riesgos en un intento de escamotear la angustia que esta situación puede provocar. Uno de ellos es la rigidez en las respuestas terapéuticas, la utilización de un modelo de trabajo mas o menos elaborado con

el que se intenta operar de igual forma con todos los pacientes. Se espera que ellos se acomoden a este modelo preestablecido en la cabeza del terapeuta, pudiéndose interpretar que son los pacientes o las familias los que fallan si no mejoran. El sometimiento acrítico a una teoría tiene más que ver con demandas internas del profesional de ser metafóricamente un “hijo ideal”, que con la maduración que supone poder cuestionar lo que se recibe y crear una identidad profesional propia, abierta a otros conocimientos. Cercano a esto está la protocolización de la intervención, es decir, tener intervenciones previamente definidas con grupos de pacientes con ciertas características a los que se atiende de igual forma, sin tener en cuenta la subjetividad de sus manifestaciones psicopatológicas (y no planteo que sea inadecuado tener en cuenta ciertos protocolos de actuación). Protocolizar la asistencia puede tranquilizar al tener la sensación de que se hace un trabajo pensado y especializado, poniendo a salvo la implicación de la subjetividad del profesional. Otro funcionamiento profesional defensivo puede ser la actuación rápida y escasamente meditada con los pacientes, diciéndoles lo que les pasa, y lo que razonablemente pueden o deben hacer o evitar, a modo de respuesta fóbica con la que el profesional intenta salvarse de la confrontación con su saber, o mejor dicho, con su falta de saber.

La escasez de tiempo y la elevada demanda, puede llevar al profesional a quemarse profesionalmente (el llamado “Síndrome del burnout”), a sentirse desbordado por la tarea, y a terminar pensando que la actuación profesional no vale, ni se puede ayudar a los pacientes en esas condiciones de trabajo. La dificultad en integrar los deseos (a veces omnipotentes) de ayudar a todos los pacientes como se desearía de forma ideal, con unas condiciones de trabajo que no lo permiten, puede llevar a la sensación de impotencia, como respuesta depresiva, o a proyectar la frustración y rabia en la institución en forma de quejas repetitivas o a somatizaciones, como consecuencias más frecuentes.

Un aspecto del que los terapeutas pueden ser poco conscientes es la actitud que se adopta con los pacientes, la manera en que se les habla y se les trata. El profesional tiene su propio modelo interno inconsciente para relacionarse y vincularse con los pacientes, en función de su funcionamiento consciente e inconsciente. Cuando se trabaja con familias y con aspectos infantiles, sobre todo, pero también con adultos, se pueden movilizar fantasías e identificaciones personales propias del terapeuta. Hay un estilo personal de hablar a los pacientes en el que

puede primar no tanto lo que se les dice (donde opera lo consciente), sino cómo se les dice (con mayor influencia del inconsciente del terapeuta). Esto exige una profunda reflexión y análisis de los propios modelos vinculares, pero también supone un aprendizaje para facilitar la toma de conciencia de lo emocional y movilizar cambios psíquicos en los pacientes y sus padres, sin resultar, por ejemplo, invasivos, dominantes, culpabilizadores, paternalistas, etc. Este aspecto es tremendamente importante y facilitador u obstaculizador de las alianzas terapéuticas, especialmente cuando se trabaja con los padres. Y es difícil de manejar con dinámicas desestructuradas y especialmente alteradas o perversas, porque desorganizan o confunden al terapeuta respecto a su función.

No puede haber un modelo único de intervención en la institución pública. La falta de tiempo real es un condicionante que no permite realizar intervenciones psicoterapéuticas con muchos pacientes que podrían beneficiarse mucho de ellas. Se priorizan casos para estas intervenciones en función de la gravedad de la patología, el riesgo en la evolución u otros factores. Pero tampoco una intervención psicoterapéutica reglada sería la modalidad de trabajo más adecuada con muchos pacientes. El trabajo coordinado con otros profesionales de la red asistencial permite promover intervenciones necesarias para los pacientes, sean adultos o los niños y sus familias. Como por ejemplo las intervenciones que llevan a cabo profesionales de recursos especializados, intermedios, de educación, servicios sociales y ONGs. Es fundamental contar con la posibilidad de que se realicen intervenciones sociales dirigidas, por ejemplo, a regular condiciones de crianza más normalizadas en los casos de problemáticas sociales severas, que frenen los efectos de las dinámicas familiares patologizantes o inadecuadas, con efectos altamente dañinos en los pacientes y especialmente en niños y adolescentes.

Hay un gran abanico de intervenciones posibles que tienen efectos potenciadores de cambios psíquicos en los pacientes y su entorno y que contribuyen a una evolución emocional más sana. Resultan muy interesantes y útiles las intervenciones psicoterapéuticas con los padres, y con los vínculos y las dinámicas familiares, así como

otras modalidades de trabajo, como la grupal.

Las tres demandas, la de la institución, la del paciente y la del profesional tienen que estar elaboradas por el terapeuta para evitar efectos disfuncionales con los pacientes o en uno mismo. El reto es poder diseñar y aplicar diferentes tipos y niveles de intervenciones terapéuticas según las características de cada caso y siempre teniendo en cuenta la organización de la institución. Hay que conjugar las tres demandas y aplicarlas a la posibilidad de crear un espacio de encuentro con el paciente y su familia donde se pueda recoger y trabajar su demanda y su subjetividad.

Por último, y como respuesta a las demandas institucionales, habría que continuar mostrando que se necesitan condiciones acordes con el trabajo que se realiza y que las intervenciones psicoterapéuticas son posibles en la institución pública, rentables para la institución, para la sociedad y para el paciente, y necesarias en el trabajo en salud mental.

BIBLIOGRAFÍA

- Bordignon, A., Calveyra, G. y Ricciardi, M. (2000). *Salud Mental: Época y subjetividad*. Rosario: Homo Sapiens Ediciones.
- Guimón, J. (2002). ¿Se puede hablar de una Psicopatología institucional? *Avances en salud mental relacional. (Revista Internacional On-line) Vol I*, num. 1.
- Lasa, A. (2011). Psicoterapia en los servicios públicos: utopía o realidad. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 51/52, 41-54.
- Mannoni, M. (1992). *El síntoma y el saber*. Barcelona: Gedisa (Orig 1983).
- Schust, J., Contreras, M., Bersten, M., Carrara, P. y Parral, J. (1999). *Redes, vínculos y subjetividad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Taborda, R. A. y Sosa, G. H. (2005). La institución, el equipo de trabajo y la psicoterapia de grupos. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 39/40, 131-157.
- Utrilla, M. (1998). *¿Son posibles las terapias en las instituciones?* Madrid: Biblioteca Nueva.

