

DESVELAR A LA FAMILIA Y PROTEGER AL NIÑO A TRAVÉS DE LA ATENCIÓN A LA DEMANDA DEL ADULTO. UN TRABAJO SIN ESTRIDENCIAS DESDE LA PREOCUPACIÓN TERAPÉUTICA*

Javier Ramos García**

Resumen: Se reflexiona acerca de la posibilidad de desarrollar, a partir de la atención a la demanda del adulto, un trabajo asistencial que pueda beneficiar a todo el grupo familiar y, en particular, a los niños y/o adolescentes pertenecientes a tal grupo. Se propone una visión ampliada de la demanda de cara a la consecución de una suerte de efecto mariposa terapéutico que permita trabajar para el niño sin designarlo como paciente.

Palabras clave: Paciente designado, trabajo con la demanda, simplicidad terapéutica.

Abstract: The possibility of developing, from the adult request's attention, a care that benefits the whole family group, and specially children and adolescents, is reflected on. A request's wide vision in order to achieve such a therapeutic butterfly effect that allows to work for children without being patients is proposed.

Key words: Designated patient, work with patient's request, therapeutic simplicity.

“Como si tuviéramos el tacto infecto, corrompemos al manosearlas las cosas que en sí mismas son hermosas y buenas. Podemos tornar en vicio la virtud si la abrazamos con deseo demasiado ávido y violento.”

Michel de Montaigne

* Comunicación libre presentada en el XVII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (SEYPNA) que bajo el título “Familias...”, se desarrolló en Madrid los días 1 y 2 de octubre de 2004.

** Psicólogo clínico.

PRESENTACIÓN

Me siento obligado a empezar con una confesión. No es ésta la primera vez en que tengo la osadía de presentarme ante Vds. siendo como soy un psicólogo clínico de adultos. Ya en otra ocasión tuve la desfachatez de colarme en un congreso de SEPYPNA de esta guisa. Es por ello que me siento más obligado de lo acostumbrado a justificar el porqué de esta comunicación.

El hecho de que éste sea el Año Internacional de la Familia y de que, supongo que no es casual, el congreso tome a la familia como tema central, me facilita la primera parte de esa justificación.

La familia es el pequeño gran universo en el que vive el niño. Pensar en la familia supone una explicitación de la importancia de observar y comprender al niño en su contexto, de tener una visión panorámica, abarcativa, en gran angular, de su hábitat natural.

Apreciaciones como las de Serge Lebovici inciden en este aspecto: “Los analistas actuales no sólo han de tener en cuenta el inconsciente, que domina nuestro funcionamiento intrasubjetivo, sino también el proceso de subjetivación y, por tanto, las relaciones intersubjetivas” (Lebovici, 2001).

Por otro lado, y tampoco es la primera vez que les doy la lata con esto, creo fundamental que el clínico tenga siempre presente que no es (sólo) la demanda manifiesta la que debe determinar su intervención. Creo que es más que evidente en los actuales tiempos de medicalización del malestar y de modos asistenciales exuberantes, que es mucha la demanda que si bien requiere una respuesta no justifica una psicoterapia. Del mismo modo que, en otras ocasiones, debemos construir una demanda inexistente. O reconducir y reformular la que se nos pone sobre la mesa.

Iré aquí un paso más allá al proponer la utilización de la demanda del adulto para indagar en la familia y desvelar, en algunos casos, necesidades reales o potenciales en los hijos

del que aparece como el paciente designado. Necesidades que quizás no justifican un abordaje directo ni se hacen acreedoras de un rótulo diagnóstico como tal, pero que sí han de alertarnos acerca de lo beneficioso de ampliar el foco de nuestra intervención. De tener siempre presente a lo largo de nuestro trabajo al niño, o al adolescente, como beneficiario subsidiario del abordaje acometido con su cuidador. Ya que, del mismo modo que es posible una comprensión y una actuación sistémica sin movilizar a toda una familia, así, considero posible una comprensión y una actuación destinada al niño aun cuando éste permanezca elíptico.

Convertir a un niño en paciente psiquiátrico o psicológico si éste ha tenido la suerte de que su familia resuelva los sufrimientos y conflictos propios sin echar mano de este frecuente recurso, esto es algo que el clínico no debe desaprovechar. Dado que tantas veces hemos de invertir ímprobos esfuerzos en desactivar tal maniobra, en devolver la patología a sus orígenes, en liberar al niño de esa carga. En efecto, mucha es la problemática de adultos o de parejas que emergen a través del niño.

Así, creo que, de ser posible, tales necesidades, inferidas en el trabajo con los adultos, y siempre que éstas no nos hagan pensar en psicopatología grave, han de ser detectadas y “tratadas” (subrayo las comillas) en silencio, a través del trabajo con el adulto que demanda para sí. Ello favorecerá la construcción de un medio facilitador para el niño al mejorar la calidad psicológica y relacional de su familia.

En la base de todo esto, el hecho de que si, a través del trabajo psicoterapéutico con el adulto, incrementamos la capacidad de mentalización de éste, fortaleceremos su función reflexiva, lo que conllevará consecuencias positivas para todo su entorno humano.

Tal y como plantea Fonagy: “la internalización de la preocupación del terapeuta por los estados mentales facilita la capacidad del paciente para una preocupación similar hacia su pro-

pia experiencia". Es muy posible que también hacia la experiencia de los otros.

A esta propuesta intencionalmente ecológica y preventiva, que persigue una suerte de efecto mariposa terapéutico, subyace una postura, ética y estética, de apología de la simplicidad y la austeridad formal, basada en que, francamente, creo que hay mucho que ahorrar si obramos de este modo.

Ahorrar al niño un diagnóstico y un tratamiento. Ahorrar al adulto la herida narcisista que supone que su hijo tenga que consultar en Salud Mental. Evitar las inclinaciones victimistas que se puedan desprender de la designación de un nuevo paciente en el grupo familiar. Ahorrar sufrimientos futuros al niño y a la familia. Ahorrar recursos terapéuticos que son escasos. Ahorrar movilizaciones y dilapidaciones asistenciales innecesarias. De terapeutas infantiles, de servicios sociales...

La posibilidad de que una perspectiva psicológica estuviese presente de un modo más extendido y verdadero en la escuela y las consultas de atención primaria (y no me refiero sólo a las pediátricas) creo ahorraría (otra vez) muchos pacientes en psiquiatría y psicología infanto-juvenil. Y creo también que a tal ahorro, que no es finalmente sino ahorro de sufrimiento y enfermedad, podríamos asimismo contribuir, humildemente, los clínicos de Salud Mental de adultos.

UN POCO MÁS DE CONCRECIÓN

Me baso fundamentalmente en los planteamientos de Peter Fonagy, aunque no sólo en los suyos; también en los de Daniel Stern y otros, como el mismo Winnicott, a la hora de elaborar mi planteamiento.

El concepto de función reflexiva de Fonagy me resulta especialmente relevante.

Y es que, si tal y como este autor plantea, toda psicoterapia, sea cual sea su forma, persigue la reactivación de la mentalización (Fonagy, 2000b), vale decir que son dificultades o caren-

cias en la función reflexiva aquello que está en la base de la patología de muchos de nuestros pacientes. Y si esto es así, y dado que la función reflexiva del cuidador predice la seguridad en el apego, lo que a su vez predice la adquisición de una teoría de la mente (Fonagy, 2000a) de efectos protectores para la salud mental del individuo; si todo esto es así, podemos concluir entonces que trabajar en la reactivación de la mentalización del cuidador tendrá efectos protectores para los niños (y también para los adolescentes, y los adultos) que con él convivan.

Creo que esto es algo que siempre ha de ser tenido en cuenta a la hora de trabajar con adultos. Y no sólo si lo hacemos en el seno de un dispositivo que forma parte de una red estructurada más amplia. Estructurada o no, la red existe siempre... Y la preocupación por la prevención en Salud Mental debería existir en nuestras mentes y en nuestras miradas clínicas, aun cuando no participásemos en un programa diseñado con esa finalidad.

Por otro lado, desde mi experiencia clínica, también los propios adultos, objeto de nuestra atención directa, tienen ganancias psicológicas en lo inmediato con esta forma de pensar la clínica. En efecto, la función reflexiva puede verse enriquecida y fortalecida si empleamos como estrategia el instar al paciente a un descentramiento que le permita salir de sí y ponerse en el lugar del otro. Exponer nuestra preocupación por los niños presentes en la familia como afectados positiva o negativamente por el modo de funcionar de sus padres o cuidadores, dirigir hacia este aspecto la atención del paciente puede ser de gran interés en el proceso terapéutico.

De este modo, una madre será un poco más capaz de otorgar un sentido a la rabia de su hijo, o a sus movimientos de separación-individuación, o a sus desaires retadores, como necesidades propias de aquél, sin verse invadida por la confusión, la ira o por una visión negativa de sí misma. O podrá vivir el crecimiento y la progresiva autonomía adolescentes más

como indicadores de un desarrollo exitoso que como traiciones imperdonables tras años de atenciones constantes. O percibirá la importancia de no hipotecar masivamente la vida propia por la de los hijos, haciendo que éstos contraigan de tal modo una deuda inasumible. Etcétera.

ILUSTRACIONES CLÍNICAS

Quisiera apoyarme en algunos retazos clínicos para arrojar un poco más de luz a lo que trato de transmitirles.

Una mujer de poco más de cuarenta años acude a mi consulta, remitida por su psiquiatra, para una primer entrevista de evaluación. Al salir a buscarla, me sorprende al verla acompañada de un niño pequeño, de unos cinco años. De pie, en la sala de espera, le explico que debería haber venido sin el niño... Ella se excusa, “no tenía con quien dejarlo...”. “Pero no hay problema.” Y dirigiéndose al niño: “me esperas aquí, ¿vale?”. Yo no salgo de mi asombro, pero acepto todo esto, turbado. Una vez en mi despacho, ella, con una sonrisa un tanto descompuesta: “espero que no se escape...”.

Lo que refiere a partir de ahí es una vida absolutamente caótica narrada de un modo desconcertante y, por ello, tremendamente irritante.

Totalmente desubicada, parece incapaz de hacerse cargo de su propia vida; menos aún de la de su hijo. De baja desde agosto de 2003, pasa en cama la mayor parte del día. Consume alcohol de un modo ocasional pero compulsivo, y refiere un llamativa promiscuidad, que resulta escandalosa en la pequeña localidad en la que vive. Se separó hace dos años del padre de su hijo, pero vive de nuevo con él desde hace unos meses “ya que él no tiene ahora dónde vivir”. Pese a todo, a su manera, por lo que después he podido indagar, constituyen un grupo familiar que funciona sin demasiado ruido.

Su discurso resulta enloquecedor, lo que quizás explique en parte el desahogo con el que su psiquiatra la evacúa, derivándola a nuestra Unidad y desentendiéndose de ella.

Ni que decir tiene que la soledad del niño en la sala de espera determina absolutamente el modo en que escucho a la paciente, el hecho de que la preocupación se imponga a la irritación.

Mi actuación en un primer momento es básicamente de gestión de recursos. Me comprometo a concertarle una cita con un psiquiatra de nuestro equipo, me intereso por el apoyo social que pueda necesitar. Sólo después podrá plantearse un trabajo psicoterapéutico cuyo futuro resulta aún incierto...

Un hombre de treinta y cinco años me llega remitido por el coordinador de mi equipo. Lo que mi compañero me transmite es que cree que es un caso imposible. Presenta rasgos antisociales, abusa del alcohol, se encuentra acomodado desde hace años en una baja laboral (es funcionario público). “No cree que haya nada que hacer”, me dice, “pero es que el día que le vi, vino con su mujer... Ella pasó luego y me pintaba un panorama terrible. Y la verdad es que yo a ella la vi muy desesperada, allí con la niña pequeña también, porque venía con una niña... Que, en fin, a ver que ves tú.”

Ya en esta misma derivación, tan coloquial, antes de ver al paciente, hay mucho de lo que les intento transmitir. En mi compañero, sin que se llegue a explicitar, hay toda una actitud y toda una filosofía de trabajo teniendo en cuenta a la familia, de labor preventiva, y de práctica profesional poco tendente a lo espectacular y sí muy acotada a la preocupación clínica.

El paciente, que habla de un padre terrible y de un madre sometida, impresiona de importantes alteraciones en el apego y de dramáticas carencias narcisistas. Su mujer, a la que yo conocí tiempo después, es un personaje tierno y enternecedor, aunque también sólido. Tuvieron un niño que murió a los dieciséis días de nacer, y ese duelo está aún muy lejos de haberse resuelto. Han tenido después dos hijas, una de cuatro años y otra de nueve meses en el momento actual.

Mi trabajo con este paciente, al que puedo ver cada tres semanas, se basa fundamentalmente en la oferta de una base

segura y en un lento profundizar en su función reflexiva. Los objetivos son muy poco ambiciosos, como ven. Y, sin embargo, yo valoro mucho los beneficios que puede obtener tanto él como su familia, sus hijos pequeños.

En ocasiones le he explicitado cariñosamente, ya que es desesperante con frecuencia, que sigo viéndole por su mujer y por sus hijos mucho más que por él. Mi impresión es que comentarios de este tipo, con un tono de calidez y complicidad, sirven para que él pueda sentir más claramente mi preocupación por él y por su grupo familiar; y para que él mismo pueda salir de su ensimismamiento narcisista y libidinizar aunque sea mínimamente el cuidado de los suyos.

Su constancia en el tratamiento, el esfuerzo para venir relativamente temprano desde una población que dista más de cuarenta kilómetros de mi consulta me lleva a pensar que también para él la preocupación que percibe en un terapeuta varón es algo muy valioso.

Me gustaría pensar que en ambos casos, como en tantos otros, este trabajo está presidido por el respeto por el paciente, por la mente del paciente. En la esperanza de que, como plantea Peter Fonagy, “el respeto por la mente genere respeto por el self, respeto por los demás y, en último término, respeto por la comunidad humana.” (Fonagy, 2000 b).