

MODALIDADES TERAPEUTICAS EN LA ASISTENCIA A NIÑOS Y ADOLESCENTES: LAS DINAMICAS SUBYACENTES*

Eulàlia Torras de Beà**

La organización de servicios públicos de salud mental infantil y juvenil ha significado en nuestro país el inicio de una nueva época en la asistencia en psiquiatría y psicología del niño y el adolescente. En Cataluña, que es la zona que conozco, en los últimos 10 o 12 años se han ido desplegado diversas redes de centros de asistencia, sectorizados, a cargo de la Administración: los Servicios de Salud Mental Infantil y Juvenil, los Servicios de Atención Precoz, los Equipos de Atención Psicopedagógica, los EAIA (equipos de atención a los grupos de riesgo), etc. Este enorme progreso en la organización de la asistencia ha representado al mismo tiempo un cambio importante cualitativo y cuantitativo en la demanda. Como sabemos, la presión de la demanda es una dificultad para los equipos, especialmente si se une a la presión de las situaciones socialmente graves. Pero estos cambios han sido también estímulo de nuevos aprendizajes para los profesionales, para dar la respuesta adecuada. Por eso, entre las muchas cosas buenas

* Ponencia presentada en X Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (S.E.P.Y.P.N.A.) que bajo el título "Intervenciones psicoterapéuticas en la práctica clínica" tuvo lugar del 4 al 6 de octubre de 1996 en Santander.

** Psiquiatra y Psicoanalista. Servicio de psiquiatría de Niños y Adolescentes del Hospital Cruz Roja. Barcelona. Fundación Eulàlia Torras de Beà.

que nos ha aportado la organización de la asistencia pública está el estímulo a la creatividad dentro de la asistencia.

En estos años, al menos en algunos servicios, hemos pasado de unos modelos asistenciales por así decir clásicos, adecuados a la práctica privada, a otros flexibles y variados, imprescindibles en la asistencia pública, que buscan integrar el enfoque válido con el viable según el tipo de problema, las condiciones de la familia y los recursos de todo tipo con que contamos o que podemos desarrollar.

Decía que el modelo clásico era el adecuado a la práctica privada ya que cuando era la familia quien pagaba la asistencia, aunque fuera en un hospital y la cuota fuese módica, eran necesarias dos fases: la consulta diagnóstica y el tratamiento. La primera, además del diagnóstico y de la orientación terapéutica, debía dar idea de lo que representaría el tratamiento, especialmente en dinero y tiempo. Después del diagnóstico, la familia decidía si aceptaba la propuesta o no, si podían y querían pagarla, si dejarían pasar el tiempo, si realizarían otras consultas o lo que fuera.

En la consulta pública, en cambio, el hecho de que la familia pague la asistencia en forma indirecta a través de la Administración, libera al profesional de la cuestión económica y hasta cierto punto amplía sus posibilidades para poder trabajar como cree que debe hacerlo dentro de las condiciones que tiene. Estas condiciones o recursos mejoran cuando el enfoque es creativo, inventivo.

EVOLUCION DE LA TAREA EN LA ATENCION PÚBLICA

En síntesis diría que con la entrada en la asistencia pública nuestro trabajo ha evolucionado decididamente en las siguientes líneas:

1. Destacando la importancia de la focalización para conseguir que la asistencia sea estructurada. Toda nuestra actividad, para ser orientada, necesita tener en cuenta el foco del problema en cada momento.
2. Potenciando los elementos terapéuticos del trabajo diagnóstico y pronóstico. Como he dicho en otra parte (Torras, 1991) “el tratamiento comienza en la primera entrevista y la exploración y el diagnóstico terminan en la última entrevista, con el alta”. Por eso, utilizamos intervenciones terapéuticas ya en el período diagnóstico, como la intervención terapéutica desde la primera entrevista, grupos de inicio, intervención terapéutica durante la exploración por tests o por entrevistas...
3. Atendiendo antes –poco después que han pedido hora– con ambición contenida y finalidad exploratoria. La exploración continuada nos permitirá ajustar nuestras expectativas y propuestas terapéuticas a lo que vayamos observando.
4. Ofreciendo intervenciones terapéuticas con fuerte intencionalidad exploratoria. O sea, ofreciendo intervenciones cortas, a medida, decididas según lo que vamos encontrando, en forma de seguimiento psicoterapéutico, intervenciones breves o grupos cortos. Estas intervenciones no significan un compromiso largo para la familia ni para nosotros y nos permiten conocerles y que conozcan mejor lo que ofrecemos. Se trata de una forma terapéutica y exploratoria de comenzar el proceso, que según se vaya viendo permitirá decidir mejor los pasos y propuestas posteriores.
5. Diferenciando la orientación terapéutica para el presente, o sea, según lo que sucede ahora (situación emocional y carácter, situación familiar, amigos, escuela...) y la orientación terapéutica para el futuro. Todo esto sin hacer renuncias prematuras que podrían significar pérdidas innecesarias.

SENSIBILIDAD ESPECIAL DURANTE EL PERÍODO DIAGNÓSTICO

Entre las razones para este enfoque destacaría la sensibilidad especial del paciente y de la familia que caracteriza al período diagnóstico. La ansiedad y la esperanza en la consulta les mantiene a la expectativa y les hace más receptivos. Puede decirse que en ese primer período se encuentran entre la esperanza y la ilusión por una parte, y una posición ilusa por la otra. Se han decidido a consultar y están esperando nuestra respuesta: qué hallaremos, qué arreglaremos. Hay miedo, esperanza y en algún lugar, la expectativa mágica de que lo arreglemos todo sin que cueste nada.

Por supuesto, hay familias que llegan no solo con poca esperanza, sino con la idea defensiva de que lo que hagamos no servirá para nada, “no creen en la psicología”, “será hablar por hablar”... Pero según vaya la relación con nosotros estas familias pueden también interesarse y confiar.

Después del período diagnóstico, cuando hemos completado suficientemente la exploración y les hemos explicado nuestra forma de entender el problema y lo que recomendamos, o sea nuestra síntesis diagnóstica y el plan terapéutico, el tipo de atención y la forma de estar pendiente cambian. No se ha producido nada mágico, no hemos arreglado todo, no les damos el consejo definitivo sino que, por el contrario, les proponemos participar en una tarea, un esfuerzo: eso a veces produce decepción y desinterés. En ocasiones éstos se hacen manifiestos a través de olvidar entrevistas o sesiones, de llegar con retraso y de poner dificultades a lo que les proponemos o incluso abandonando. Por estas razones, nos parece válido aprovechar el período diagnóstico, que a veces será el único de que dispondremos –a veces solamente una primera, o unas pocas, entrevistas– para ofrecer elementos terapéuticos.

En realidad, nuestro objetivo y a la vez reto **es convertir en terapéutica toda nuestra tarea con la familia, todo lo que**

hacemos. Consideramos terapéuticos aquellos factores que promueven la evolución favorable del niño y de la familia, estimulan el desarrollo de los aspectos sanos, mejoran la capacidad de relacionarse y aprender. En síntesis, se trata de conseguir cambios hacia dinámicas evolutivas allí donde había círculos viciosos o estancamiento.

FUNDAMENTOS DE LA ASISTENCIA

Toda nuestra tarea asistencial desde la asistencia primaria al psicoanálisis –o también, desde la primera entrevista al psicoanálisis incluyendo tanto los tratamientos de tipo psicoanalítico como los de tipo reeducativo– se organiza alrededor de tres ejes fundamentales:

- 1) La relación significativa con el paciente y la familia.
- 2) Las funciones psicoterapéuticas básicas.
- 3) La atención al foco.

Desde el primer momento, cuando comenzamos a escuchar o incluso antes, cuando damos la hora, establecemos con el paciente y la familia una relación significativa, emocional, terapéutica y exploratoria. Significativa porque lo que sucede en ella tiene o va ganando significado para el paciente y para nosotros y además, porque en ella se crean o amplían elementos significativos. En esta relación influyen por un lado nuestras características personales y profesionales y por otro las características de la familia que recibimos.

Nuestras características personales y profesionales influyen a los distintos pacientes y familias de diferente manera. Hasta cierto punto, factores que pueden facilitar la tarea con una familia, como nuestro aspecto o carácter, pueden ser un obstáculo con otra. Pero algunos factores tienen importancia siempre, entre ellos nuestra formación y experiencia y la capacidad que tengamos de ejercer funciones psicoterapéuticas.

Estas funciones psicoterapéuticas constituyen el segundo punto. Ellas comprenden nuestra receptividad, atención, interés, disponibilidad. Escuchamos y observamos siguiendo una especie de sistema de zoom: moviéndonos de lo general a los detalles y de estos nuevamente a una visión más panorámica. Lo que escuchamos evoca en nosotros asociaciones que nos inspiran líneas de exploración, hipótesis e interrogantes. Es también importante nuestra función de preguntar, de compartir con la familia estos interrogantes. Preguntamos para completar, verificar o corregir hipótesis. Nuestras preguntas dan a conocer al paciente y a la familia qué nos interesa, cómo relacionamos los datos y construimos hipótesis. Además, los estimula a observar, a fijarse en aspectos que les han pasado por alto y que pueden ser muy significativos. En algún momento de este proceso, comenzamos a verbalizar las hipótesis que hemos ido construyendo y así ofrecemos nuestra forma de entender lo que hemos ido escuchando y observando, nuestra forma de explicárnoslo. Para el paciente y la familia se trata, habitualmente, de un punto de vista nuevo. En síntesis, ejercemos funciones de contención e interpretación. Funciones similares han sido también llamadas “reverie”, por Bion, “anticipaciones maternas”, por Lebovici, “holding”, por Winnicott, aunque estos conceptos no se superponen del todo. En las diferentes modalidades terapéuticas las funciones psicoterápicas se combinan con otros elementos que son los que dan especificidad a la modalidad terapéutica.

En cuanto al tercer punto, entendemos por foco el núcleo del problema, la dinámica en círculo vicioso que lo produce y cronifica. En general el foco consiste en un trastorno de las relaciones interpersonales y de la comunicación y señala los objetivos de nuestra tarea terapéutica, lo que ha de modificarse para que la evolución pueda proseguir.

Es importante reconocer el foco desde la primera entrevista, cuando comenzamos a escuchar, para que nuestra tarea proceda orientada desde el principio. En realidad creo que

para que nuestra práctica clínica sea estructurada y no resulte divagante, ha de ser siempre “focalizada”, para saber tanto en la exploración como en el tratamiento, a donde vamos, cuál es nuestro objetivo.

Estos tres ejes descritos –relación significativa con el paciente y la familia, funciones psicoterapéuticas y foco– son las bases que sustentan todas nuestras intervenciones, tanto terapéuticas como exploratorias, individuales o en grupo, incluso por supuesto la intervención farmacológica. En esta matriz asistencial recibimos a la familia, cuyas características y recursos de toda índole son otro factor importante que determina nuestra tarea.

EL PACIENTE Y LA FAMILIA

Como sabemos, las familias son muy diferentes unas de otras, incluso contrapuestas en cuanto a sus recursos emocionales y mentales: interés por el hijo, contacto con la experiencia emocional, empatía, decisión de hacer algo, capacidad de esfuerzo y constancia, confianza... Desde las familias que consultan guiados por su propio contacto con el problema y su intuición, hasta, en el otro extremo, aquellas que vienen obligadas por la escuela o incluso por una orden judicial, se extienden sobre un amplio abanico de 180 grados.

En esquema, algunas familias tienen capacidad de plantearse un punto de vista nuevo y sus expectativas son suficientemente realistas como para establecer pronto un intercambio positivo. Otras familias en cambio manifiestan una tendencia idealizadora, poco realista, que si es muy marcada y poco modificable constituye un peligro para la continuidad de nuestra tarea debido al riesgo constante de que no puedan soportar la decepción y todo tome un giro negativo. Otro grupo lo constituyen las familias situadas en una marcada posi-

ción desconfiada y paranoide. Cuando esta posición es muy extremada podemos hablar de familias que creen vivir entre dioses y demonios. Sabemos hasta que punto es expuesto moverse en esta atmósfera.

A la vertiente personal y emocional se añaden factores laborales, familiares, culturales, lugar geográfico de la familia en relación al centro, etc., que pueden ser definitivamente importantes a la hora de la viabilidad. Estos factores pueden ser facilitadores y permitir a la familia responder y colaborar o pueden ser un obstáculo que se lo haga incluso imposible. Por eso, por ejemplo, dos familias con características parecidas, pero con una situación laboral temporalmente desfavorable o con circunstancias familiares en ese momento complicadas necesitarán intervenciones terapéuticas diferentes.

Estas diferencias se reflejan también en la idea que la familia se hace del problema y de lo que nosotros debemos hacer. Cada paciente y familia, consciente o inconscientemente, llega con sus teorías respecto al problema que motiva la consulta y con sus expectativas respecto a lo que necesitan y a lo que nosotros debemos hacer. Está en juego precisamente lo que ellos buscan y lo que nosotros ofrecemos. Esto nos coloca a menudo, a la familia y a nosotros, en dos posiciones diferentes –por lo menos al principio– desde las que hemos de iniciar la colaboración. Estas posiciones son a veces tan alejadas que ellas constituyen el primer problema a atender para hacer posible la continuación de nuestra tarea.

Por todo esto, el punto de partida de nuestro trabajo puede ser muy diferente con unas familias y con otras. Algunas, cuando llegan, se han dado ya cuenta de aspectos de su funcionamiento o de las relaciones entre ellos y han tomado ciertas iniciativas, como apoyar al niño, darle tiempo, intentar “a las buenas”, etc. En cambio, éste podría ser el resultado al que estaríamos contentos de llegar con otras familias. En otras palabras, con algunas familias alcanzamos un punto

que es el comienzo de nuestro trabajo con otras. Como ejemplos: que los padres descubran algo de las necesidades de su hijo y conciben dudas acerca su posición normativa castigadora; que empiecen a venir por propio interés, en lugar de limitarse a cumplir la orden judicial o la presión de la escuela...

MODALIDADES TERAPEUTICAS CON ENCUADRE FLEXIBLE

De la conjunción de los elementos que nosotros aportamos –relación significativa, funciones psicoterapéuticas y atención al foco– y de los que aporta la familia emerge la intervención terapéutica que podemos proponer a cada familia *en este momento*. Deseo subrayar la idea de “en este momento” porque la misma gestión asistencial y terapéutica, si tiene éxito, contribuirá a generar recursos que harán indicados otros enfoques en otro momento.

En ocasiones recurrimos a modalidades terapéuticas por así decir ya diseñadas, con encuadre establecido desde el inicio –reeducación, psicoterapia, grupo...– pero en muchas otras hemos de “inventar” la intervención terapéutica para hacerla más a medida de las necesidades y recursos de la familia ahora. Como decía antes, se trata de hallar el punto de encuentro entre lo válido y lo viable, ya que la indicación, además de ser apropiada y de aportar algo útil, debe ser viable. No es solamente cuestión de conocer bien la psicopatología, de indicar a tal trastorno tal tratamiento, sino de un proceso de ir ofreciendo elementos terapéuticos mientras se precisa el diagnóstico y la indicación.

Es importante tener en cuenta qué pueden o quieren el paciente y la familia aceptar. El hecho de que necesiten un tratamiento no quiere decir que vayan a aceptarlo, lo puedan aprovechar o pueda indicarse. Según como sea la relación con el paciente y la familia, indicar un tratamiento que no acepta-

rán aumenta el riesgo de ruptura. Pero si por obediencia no se atreven a negarse o se hacen ilusiones respecto a su propia capacidad de comprometerse y luego lo abandonan, el resultado no es el mismo que si no hubiesen empezado o no lo hubiésemos indicado. El fracaso del tratamiento propicia otros fracasos. No equivale a no haberlo iniciado puesto que “quemar cartuchos” y tiene una repercusión negativa que prepara mal el camino para intervenciones posteriores. Aunque sea necesario, un tratamiento que no podrá realizarse o que no será aprovechado no es una indicación correcta, no es indicación.

Por esta razón es importante explorar y tratar con cuidado la disponibilidad del paciente y de la familia. A menudo es preferible dar por terminada nuestra intervención inicial después de unas primeras entrevistas que han aportado movilización y algún cambio –y que pueden resultar suficiente– que empeñarnos en conseguir modificaciones más amplias. Por mi parte, después de una intervención breve de este tipo, prefiero sin embargo despedirme dejando la relación abierta, quedando como punto de referencia y dando al paciente y a la familia la opción de volver cuando lo deseen –si lo desean– según su criterio, sin que la vuelta tenga que deberse a un retroceso y que aparezca como fracaso. Incluso prefiero facilitarles que vuelvan, sugerirles cuando podrían hacerlo, para reforzar esta posición de punto de referencia, vinculación y continuidad. Se debe a que, en mi opinión, las intervenciones de muy pocas entrevistas tienen mucho sentido *para empezar*, pero no creo que los problemas psicopatológicos y los círculos viciosos queden resueltos como para pensar en un alta real. Este resultado me parecería algo mágico. Sabemos que la compulsión de repetición dificulta estabilizar las primeras mejorías y que los cambios requieren un tiempo de elaboración y sedimentación para resultar duraderos.

Entre las modalidades terapéuticas de encuadre flexible que utilizamos regularmente citaré la que llamamos focaliza-

ción e intervención terapéutica desde la primera entrevista; las intervenciones terapéuticas durante la exploración; el seguimiento psicoterapéutico o entrevistas de seguimiento; los grupos cortos del período diagnóstico; las intervenciones con la familia, etc., etc. Pero no se trata de una lista ni de una cuestión cerrada. Aunque algunas intervenciones como los grupos necesitan una sistematización para ser viables, en general la intervención depende siempre del terapeuta, el paciente y la familia. Así, mañana mismo, según la situación clínica y las características de la familia, un terapeuta, gracias a su experiencia y capacidad creativa puede poner en marcha algo nuevo, una forma distinta de intervenir.

Para ilustrar estas intervenciones cortas de encuadre flexible presentaré a continuación una viñeta clínica de una intervención terapéutica en el período diagnóstico o sea durante la exploración, y luego me referiré al seguimiento psicoterapéutico o entrevistas de seguimiento.

VANESSA

En Diciembre llegan la madre y la hija de 7 años y medio. La familia no corresponde a nuestro sector, pero por alguna razón no desean ir donde les corresponde. La costumbre del Servicio en estos casos es recibirles y ver de qué se trata, pero lo más que podemos ofrecer es diagnóstico, orientación terapéutica y algunas entrevistas de seguimiento.

La madre lleva gafas de sol muy oscuras. Dice: “Hace dos meses se le escapa la caca. He tenido una nena hace dos meses. Pienso que puede tener relación”.

Antes de esto también le preocupaba el carácter de su hija, porque “es tímida, en la escuela no participa mucho, con la maestra no hay manera, es cerrada, reservada, le pasa algo y se lo traga, no dice nada, se ensucia y se cambia ella misma, tiene que ser muy gordo para que venga a mi y me pida que la

cambie. Cuando llueve se asusta de los truenos, cierra las ventanas, la cortina. Antes no podía ver el telediario, si se veía fuego se iba, pedía que lo quitaran, vomitaba. Ahora no”.

La niña tiene aspecto inteligente, viva. Me dirijo a ella para incluirla en el diálogo. Converso con ella sobre sus aficiones. Acepta papel y lápices y comienza a dibujar.

La madre no se ha quitado las gafas y noto que al lado del ojo izquierdo tiene lastimado. Me viene la fantasía de que su esposo la ha pegado. Su contacto es reservado, habla bajo, como de mantener a raya. Más tarde me dice que ella es tímida y su carácter la ha hecho sufrir mucho, lo ha pasado muy mal. Ella calla y traga, como su hija. También es estreñida, como su hija.

Le pregunto por el padre, si vendrá. Dice: “no creo, es camionero, reparte champagne y ahora tienen mucha faena”. Añade que no la ha acompañado nunca, “pero viene cada noche a casa”. Me queda la duda de si la madre quiere en realidad que el padre la acompañe.

La entrevista continúa y algo mas tarde pregunto datos de evolución. La madre dice que durante el embarazo había muchos problemas en el matrimonio.

Al terminar la entrevista me planteo las cosas de la siguiente manera:

- La madre es sensible y observadora. Está preocupada por su hija porque siente que se parece a ella y a ella su carácter la ha hecho sufrir, pero no se hasta qué punto la madre capta bien a su hija o la ve excesivamente a través de su propio sufrimiento y de sus temores. O sea, hasta que punto la relación padece por exceso de proyecciones maternas.
- A pesar de las dificultades, tanto la niña como la madre tienen recursos.

- La participación y el apoyo del padre están por ver. Mi impresión es de que siguen habiendo problemas.
- El síntoma desencadenante de la consulta, la encopresis, es reciente, parece más bien reactivo y poco establecido.
- No conozco la reacción de la maestra a la timidez de la niña, a que no se relacione con ella y no participe en clase, pero temo que el problema pueda desembocar en un círculo vicioso.
- Me parece preferible iniciar cuanto antes un trabajo con la niña, la madre y la escuela, para higienizar la situación en conjunto, pero se que por razones de sectorización cuento solamente con el período diagnóstico.

Con estas consideraciones en la mente me propongo, de momento, intervenir en tres líneas:

- Con la niña, poniendo en marcha una intervención terapéutica durante la exploración con tests y técnicas de expresión, para conocerla tanto en situación de trabajo reglado, más parecido a lo escolar, como en actividad libre, con más iniciativa propia. Se trata de que el psicólogo, a lo largo de la exploración, a medida que vaya viendo trabajar y conociendo a la niña le comente lo que observa en forma prudente y cuidadosa. Como foco, me parecía importante el reciente nacimiento de la hermanita y la encopresis, detonante de la consulta. Imaginé entre 6 y 8 sesiones.
- Con la madre, proponiéndole varias entrevistas –y a poder ser, que por lo menos alguna vez viniera el padre– para conversar su relación con la niña, su identificación con ella, su preocupación y los sentimientos de culpa relacionados. Veía dos líneas: explorar la relación entre las vivencias de la madre y los problemas de la niña, y diferenciar los problemas de una y otra.

- Con la escuela, pedir informe y proponer conversación telefónica para explicarles mi forma de entender esta dinámica. Con los datos de la primera entrevista solamente, imaginaba centrarme en la timidez de la niña y su necesidad de ayuda, para contrarrestar cualquier posible reacción recriminatoria de la maestra. Asimismo, destacar el valor del apoyo que le pudieran ofrecer en la escuela, para ayudar a Vanessa a hacer lo que de hecho es capaz de hacer.

Propuse la exploración e intervención a una psicóloga, cité de momento a la madre para una entrevista y como forma de iniciar un diálogo con la escuela, les pedí un informe.

En su intervención, la psicóloga observa que Vanessa tiene poca confianza en sus capacidades y cuando algo no le sale abandona pronto. Se muestra más tranquila cuando la relación se desarrolla a través de hacer cosas: pruebas, dibujo, etc., pero enseguida que se acercan a un terreno más personal su actitud cambia y se muestra muy tímida y reservada. Le es difícil expresar sentimientos, preferencias, impresiones. En su juego y dibujo expresa unas figuras parentales poco capaces de cuidar y unos niños muy necesitados.

Cuando ya conoce bastante a Vanessa, la psicóloga, con palabras asequibles comienza a explicarle lo que ha ido observando a lo largo del trabajo. Se basa en lo que han estado haciendo hasta ese momento. Por ejemplo, le habla de que la nota con temor a que las cosas no le salgan bien; le dice que observa que debido a esto a veces abandona pronto, aún con cosas que ya se ve que es capaz de hacer. En otro momento, comentando los dibujos le dice que quizá ella tiene también miedo a que los mayores no sepan suficientemente lo que a ella le hace falta y que esto la deje muy sola y lo pase mal. Con esto enlaza una conversación acerca de su hermanita.

A lo largo de las seis sesiones que tuvieron, Vanessa se vuelve algo más abierta y confiada. Se nota que aprecia la

atención que se le ofrece. No responde verbalmente a los comentarios, pero se muestra muy interesada, a veces asiente con la cabeza, parece entenderlo bien y resonar a lo que le dicen. Responde con otros dibujos.

Paralelamente tengo varias entrevistas con la madre, recibo informe de la escuela y tengo una conversación con la maestra que se muestra interesada y dispuesta a colaborar con nosotros en ayudar a la niña.

En las entrevistas, la madre habla de ella misma, de su infancia, y lo relaciona con la situación de su hija. Aprecia la atención y se interesa por lo que le explico. La encopresis va desapareciendo en las tres primeras semanas. La madre observa otros progresos: ve a Vanessa más abierta y que se atreve a cosas que antes no era capaz de hacer como ir a comprar a la tienda o hacer preguntas. Observo que a medida que la niña progresa, la madre mejora también. En una entrevista dice que ella está menos estreñida y que Vanessa también lo está menos. La ve muy pendiente de cuando la hermanita hace caca y contenta cuando ella hace normalmente.

Al terminar la intervención nos despedimos de Vanessa y de su madre proponiendo una entrevista con cada una para el siguiente trimestre. Cuando vuelven, tanto la psicóloga como yo observamos nuevos progresos. En el informe que manda, la escuela también los refleja. Proponemos que vuelvan, si lo desean, en el primer trimestre del siguiente curso.

EL SEGUIMIENTO PSICOTERAPEUTICO

Otra modalidad terapéutica de encuadre flexible es el seguimiento psicoterapéutico o entrevistas de seguimiento que también han sido llamadas consulta terapéutica. En él, además de la función psicoterapéutica realizamos otras tareas, por ejemplo, revisamos la evolución, pedimos exploraciones complementarias como tests, exploración del pediatra, oculista,

otorrino, ortopedista, ortodoncista... Nos ponemos en contacto con la escuela, les pedimos informes, orientamos sobre cuestiones escolares, deportivas, profesionales. Recomendamos ayuda pedagógica, tratamiento psicológico, reeducativo o prescribimos un fármaco.

Mi técnica en este tipo de intervención es como sigue: cuando en la primera o una de las primeras entrevistas considero indicado un seguimiento psicoterapéutico, propongo continuar con otras sin precisar el número, y explico los objetivos. Si el paciente o familia están de acuerdo trato de sentar el marco de trabajo: buscamos los horarios para las tres o cuatro siguientes, exponiendo la idea de que a lo largo de ellas conversaremos e iremos decidiendo la forma de continuar, las veces que vendrán, que pueden ser menos o más de las primeramente acordadas.

En esas entrevistas comienzo escuchando lo que el paciente o familia explican espontáneamente –sus asociaciones libres– y en algún momento expongo, más bien interrogativamente, las hipótesis que me van sugiriendo, para compartir con ellos mi forma de interpretar lo que me exponen y observo, para explorar su capacidad de utilizarlo y para suscitar más asociaciones. Cuando comienza a agotarse esta primera fase, propongo preguntas para tratar de precisar y continuar relacionando los datos. En un tercer momento repaso mis notas de entrevistas anteriores –en general más bien las últimas– para hacer presente el proceso y continuar elaborándolo. De tanto en tanto o cuando hay que tomar alguna decisión como cambiar de escuela, decidir sobre futuros estudios o trabajo, iniciar o terminar un tratamiento, espaciar el seguimiento o decidir el alta, repaso todas las notas desde el principio, para tener y ofrecer a la familia una visión panorámica de la evolución. A menudo se sorprenden ante síntomas o etapas (fobias, enuresis, conductas difíciles...) que habían olvidado.

Este tipo de trabajo puede continuar como seguimiento a lo largo de toda la relación profesional con la familia, paralela-

mente a tratamientos que pueda en algún momento recomendar a alguno de sus miembros, o puede quedar como intervención corta, tratamiento breve por ejemplo semanal, que continuará después con un seguimiento más espaciado, o de la forma que parezca adecuada.

En el seguimiento con el paciente y la familia –especialmente con los padres– es importante que tengamos en cuenta el nivel a que se debe situar la intervención para que pueda ser aprovechada. En otras palabras, es importante captar qué objeto –en la relación de objeto– necesitan que asumamos para que nuestra intervención pueda servirles.

NIVEL DE INTERVENCIÓN

Nuestra relación con los padres nos da idea del nivel en que hemos de situar nuestra intervención según sus recursos personales y mentales: intercambio elaborativo o asumir la dependencia regresiva. Generalmente comenzamos la tarea intentando un intercambio elaborativo o con ánimo de desarrollar capacidades elaborativas. Pero cuando los padres no se sitúan en este tipo de interacción o cuando de entrada se hacen evidentes déficits personales o intelectuales acusados, en general decidimos ser menos ambiciosos asumir la dependencia regresiva y ejercer una función de guía. Aunque si digo “menos ambiciosos” estoy ya sentando una valoración negativa de las intervenciones en las que asumimos la dependencia regresiva y guiamos a los padres. Creo que este riesgo lo corremos todos: querer hacer lo que aparece como “el máximo”, el Dios Mayor –enfoque que puede ser indicado con determinadas familias– y desestimar gestiones correctas, que no son dioses menores sino precisamente las indicadas con otras familias.

En este nivel de intervención ejercemos funciones yoicas hacia los padres para apoyar sus funciones parentales hacia

sus hijos. Debido precisamente a su dependencia regresiva a menudo ellos las reciben como si se tratara de funciones superyoicas.

Esta tarea más directiva necesita también la relación significativa con la familia, funciones psicoterapéuticas y estar atentos al foco. La relación es significativa especialmente para nosotros, ya que a través de ella captamos significados que nos sirven para nuestra función de guiar. Si las capacidades yoicas de la familia aumentan, la relación será gradualmente más significativa también para ellos.

De las funciones psicoterapéuticas, ejercemos para la familia especialmente la vertiente receptiva de hacernos cargo de la ansiedad y de los problemas, aunque para nosotros mismos utilizamos la interpretación y la elaboración. A partir de ahí, explicamos para dirigir, dar ideas, sugerir formas de relacionarse con los hijos, prescribir, orientar sobre organización familiar o cambios de escuela...

En esta tarea de conducción, sin embargo, prefiero no descartar prematuramente que los padres puedan desarrollar capacidades elaborativas. No es excepcional que, tomándose el tiempo que necesitan, los padres progresen en su funcionamiento e interacción de una manera que era difícil de imaginar al principio.

ASUMIENDO LA DEPENDENCIA REGRESIVA

Recuerdo una madre que nos trajo su hijo de 12 años por dificultades de aprendizaje escolar. Se trataba de un muchacho borderline, con una estructura disociativa, pero que nos pareció con posibilidades. Nuestra recomendación era de tratamiento reeducativo.

La madre aparecía apagada y envejecida en relación a su edad y se presentaba bastante incapaz de resolver la cuestión

de horarios de entrevistas, exploración, informe de la escuela, etc.. En una entrevista explicó un episodio a todas luces delirante, acaecido alrededor del nacimiento de su segundo hijo, dos años menor que el que atendíamos. En el edificio donde vivían sucedió algo grave, una muerte o un accidente, que ella entendió como un aviso de que debían dejar la casa. Aseguraba que alguien, por algún interés desconocido, había influido a sus vecinos, etc. etc. Más tarde se les llenó el piso de humo, “se veía todo borroso” y ella lo sintió como la amenaza por no haber hecho caso antes. Abandonó la casa con sus dos hijos y no pudo volver a ella. El esposo arregló que se mudaran a otra y la madre de la señora fue a vivir con ellos durante unos meses, hasta que todo volvió a su cauce. Entendí que ella avisaba que podía descompensarse debido al aumento de carga y ansiedad por el tratamiento de su hijo, como antes había sucedido cuando se encontró con dos. Decidí asumir su necesidad de depender regresivamente, como antes dependió de su propia madre, y guiarla en la preparación y el desarrollo del tratamiento de su hijo. La mejoría de éste permitió a la madre mejorar e ir revelando gradualmente una capacidad de contacto y comprensión que al principio no parecía tener. Sin embargo, siempre que por algún motivo en las entrevistas surgía el período en que vivían en la otra casa, el episodio delirante volvía a aparecer sin ningún cambio.

No hace falta decir, porque estoy segura de que es experiencia de todos, que por adecuada que sea nuestra práctica hay casos en los que no podemos hacer nada, no hay nada que hacer o fracasamos en todos nuestros intentos. Entonces se nos hace evidente que el hecho de que un paciente necesite mucha ayuda no significa que consigamos hacer algo por él. En una ocasión recibí un hombre que venía con su hijo y estaba solamente interesado en que le firmara el papel del juez conforme había venido. Mis intentos de saber cual era el problema, qué sucedía con el niño, fueron en vano. Hace pocos meses recibí una madre por recomendación de la escuela de

sus hijas. Dos años antes había venido con su familia desde un país del este de Europa. Cuando se sintió en confianza me explicó que había venido sola a la consulta para ver de qué se trataba. La escuela la había tratado muy bien y por eso les tenía confianza, pero sabía que había una brigada comunista internacional que la buscaba porque ella había sido comunista y había salido del partido. Sus hijas corrían peligro y ella tenía que estar segura de que traerlas era suficientemente seguro. Cuando me puse en contacto con el psicólogo de la escuela resultó que la consulta era precisamente porque la conducta de la madre dificultaba atender a las hijas. El psicólogo me recomendó que no propusiera a la madre que consultara para ella misma porque él lo había hecho y desde entonces la madre lo esquivaba!

MODALIDADES TERAPEUTICAS DE ENCUADRE PREVIAMENTE ESTABLECIDO

Solemos reservar la denominación de “tratamiento” para las modalidades terapéuticas con frecuencia y horario regulares, sean psicoterápicas o reeducativas. Estas modalidades se fundamentan en las mismas funciones que toda nuestra tarea: relación significativa, funciones psicoterapéuticas y atención al foco. Se diferencian entre ellas por la tarea específica a realizar y por el encuadre que, aunque previamente establecido y regular en todas ellas, es distinto por ejemplo en la psicoterapia psicoanalítica, el psicoanálisis, la reeducación o la psicoterapia breve.

La psicoterapia psicoanalítica, la breve o focal y el psicoanálisis han suscitado gran número de estudios y publicaciones. En los últimos años se ha prestado también más amplia atención a la estimulación terapéutica y a la reeducación—que con el nombre de *educational therapy* ha motivado congresos bianuales muy productivos e interesantes. Como he dicho antes, pienso que la indicación depende de un trabajo previo tera-

péutico y exploratorio que tome en consideración todos los factores participantes entre los que es central, por supuesto, que el tratamiento que se indique pueda aportar cambios favorables (Manzano y Palacio, 1993). Esto puede parecer una perogrullada o una broma, pero en realidad hay razones para estar atentos a este punto.

Pero no me extenderé en cuanto a estas modalidades terapéuticas precisamente por haber sido mucho más estudiadas. Pienso que en el coloquio en todo caso, tendremos ocasión de retomarlas.

BIBLIOGRAFIA

MANZANO, JUAN, y PALACIO-ESPASA, F. (compiladores) (1993): *Las terapias en psiquiatría infantil y en psicopedagogía*. Barcelona. Paidós.

TORRAS DE BEÀ, EULÀLIA (1991). *Entrevista y Diagnóstico en Psiquiatría Infantil Psicoanalítica*. Barcelona. Paidós.