

ALGUNAS FORMAS DE INTERVENCIÓN EN UN SERVICIO PÚBLICO DE PSIQUIATRÍA INFANTIL (1971 - 1988)

Partimos de la afirmación de que la Sociedad, en un sentido amplio, es un conjunto abierto de instituciones. Las mismas tienen como finalidad la producción y la reproducción de esa sociedad. Esos objetivos pueden estar encaminados hacia el perfeccionamiento de la organización social, o para el mantenimiento de los defectos y arbitrariedades de cierto orden constituido. Las instituciones de la Salud, sus organizaciones, establecimientos y agentes, así como sus prácticas, participan de esa dualidad conflictiva de propósitos. Cuando en ellas se cristaliza lo instituido, acontecen diversas deformaciones tales como la burocratización, el nepotismo, la mercantilización, el fraude, la incompetencia y la ineficacia. Cuando en ella resurgen las fuerzas instituyentes las repercusiones pueden ser desde administrativas hasta técnicas, pero siempre redundan en beneficios para el usuario.

Es en esta dimensión que pretendemos mostrar algunas constataciones efectuadas.

* * * * *

Se hace necesario plantear que el marco referencial con el cual abordamos el campo de la Terapia Familiar es la concepción de la Psicología Social que surge con E. Pichon-Rivière, y se complementa con aportes de otros autores, de acuerdo con los cuales la familia es una institución atravesada por las determinaciones sociales, ideológicas y políticas del sistema político-económico vigente. Desde el campo de la psicoterapia y de la psicoprofilaxis, la objetivamos como un pequeño grupo centrado en torno al trabajo de reproducción de agentes sociales con una dinámica particular, especialmente el grupo familiar con niños, que lo caracteriza y diferencia de otros grupos humanos, y lo mantiene en estrecha relación con la sociedad. Son la sociedad.

El marco referencial de aproximación a los grupos familiares es el expuesto en otras páginas.

El análisis del **Grupo Familiar** como instancia imaginaria y real en sus integrantes, y como instancia teórica, involucra una concepción:

- de la salud y de la “enfermedad” mental;
- de la dinámica grupal y familiar;
- de que el sujeto “enferma” en ese contexto multideterminado, constituyéndose en un “emergente” de esa interrelación;
- de la relación del Grupo Familiar con el exogrupo social;
- de la aplicación de los recursos técnicos siguiendo el criterio de las “Estrategias Terapéuticas de Abordaje Pluridimensional”, con el propósito de alcanzar lo que para Pichon-Rivière constituye la “adaptación activa a la realidad” de los sujetos de la experiencia.

Los recursos terapéuticos para abordar el particular funcionamiento del grupo familiar, pueden ser múltiples. Su indicación dependerá de los criterios estratégicos a seguir, según la evaluación del caso.

Uno de ellos es la Terapia del Grupo Familiar, Pero, pueden haber otros. Por ejemplo, una terapia de la pareja parental, aún en el caso de la consulta por un niño.

* * * * *

La práctica privada ¹ nos llevó a ciertas conclusiones en el tratamiento de problemas psiquiátricos graves (“psicopatías”, “psicosis”, etc.), presentados por los niños.

1. Encontramos siempre una severa problemática en la relación conyugal que requería un abordaje específico en algún momento del tratamiento del niño. Ese vínculo conyugal debía ser intervenido siempre que la pareja aún permanecía unida.
2. Surgía la necesidad de elegir la indicación de terapia para integrantes del Grupo Familiar a medida que íbamos comprendiendo su participación, o porque se

¹ En nuestro país, otros condiscípulos partieron de la Práctica Hospitalaria, en Terapia Familiar, para luego incorporarla en su trabajo privado, en esa época.

descompensaban en el transcurso de la “cura” del niño por el cual consultaban. Por ejemplo, indicar psicoterapia individual a alguno de los integrantes, frecuentemente los padres, a algún hermano, etc., **combinándolos** con terapia familiar, de pareja, etc.

3. Se hacía frecuentemente indispensable la participación de diferentes subespecialistas en la “cura”, desde alguien que medicara psicofarmacológicamente hasta, por ejemplo, un fonoaudiólogo o un asistente social.
4. La indicación de los diferentes recursos estratégicos bajo forma de tratamientos combinados, o sea, con tres características comunes:
 - a. tener el mismo objetivo (convergencia de objetivos),
 - b. basarse en “esquemas referenciales” complementarios”,
 - c. constituir un procedimiento articulado, para lo cual los mejores resultados se obtuvieron formando un equipo terapéutico con diferentes profesionales, que tuviera como finalidad coordinar los abordajes terapéuticos y la dinámica del equipo.²

Desde 1973 fuimos trasladando a nivel de la asistencia hospitalaria, en la medida de lo posible, el empleo de estos recursos. Obtuvimos interesantes mejorías en comparación con los tratamientos individuales supresivos (o no) de síntomas, que se realizaban tradicionalmente en distintos servicios públicos del Ministerio de Salud Pública.

Hemos tratado, con frecuencia, familias con graves alteraciones en su funcionamiento, habiendo consultado al Servicio de Psiquiatría Infantil, en la década del 70, por niños con trastornos emocionales de tipo psicótico, borderline, etc. En ella:

- A. Los tratamientos comenzaron en todos los casos por un **abordaje familiar de entrada** (no individual, ni de pareja, ni de tratamientos combinados):

² Estas nociones fueron elaboradas en los siguientes trabajos:

- a. Terapia Combinada: N. Labrucherie, S. Marrero y A. Scherzer (1972).
- b. Asistencia Combinada II: A. Scherzer (1974).
- c. Dinámica de las Estrategias Terapéuticas de Abordaje Pluridimensional: A. Gelencser, A. Scherzer (1978).

- porque no disponíamos de las posibilidades institucionales para hacer otro tipo de aproximación inicial (como se comprenderá en el ítem siguiente); o
- por razones de investigación; o
- porque estratégicamente era lo indicado (esto en el menor número de casos).

B. En todos los casos hubiera sido necesario efectuar una **terapia de pareja** en algún momento del tratamiento familiar. A lo sumo se hicieron algunas entrevistas ocasionales de pareja, cuando faltaron a la sesión el resto de los integrantes, que no tuvieron encuadre, ni objetivos de tal. Porque, ¿quién lo haría, si los únicos dos técnicos del equipo de terapeutas familiares, estaban tratando a la familia?

¿Sería pertinente una terapia de pareja centrada en los conflictos y en la dinámica de la pareja matrimonial, de varios meses de duración, en un Servicio de Psiquiatría infantil, a pesar de que el niño o los niños se beneficiarían notoriamente con la mejoría en el funcionamiento de la pareja? Por supuesto que sí.

La primera absurda consecuencia es que un Servicio de Psiquiatría Infantil es sólo para niños y no tiene la menor facultad de ocuparse de los adultos. Por lógica, toda indicación que según nuestro esquema de trabajo debiese ser hecha a los adultos del grupo familiar, debía ser encaminada a un Servicio de Adultos.

C. También fue necesario indicar **tratamiento psicológico individual** a alguno de los padres. A nivel privado se puede sugerir a los pacientes una lista de técnicos a quienes consultar. Es factible también hablar, posteriormente, con el colega para coordinar los objetivos del trabajo, en el caso de que así fuera conveniente. A nivel hospitalario, la derivación de pacientes se efectúa generalmente a la Organización y no a profesionales específicos. No siempre es posible elegir al

técnico por parte de los pacientes, sino que son habitualmente designados por la institución, de modo que la derivación es al azar.³

En nuestro caso concreto se pensó en la derivación al Servicio de Psiquiatría de Adultos, pero esta medida contenía algunos riesgos:

1. ¿Se hacían terapias de pareja en esa institución?
2. Los técnicos, por estar la mayoría en proceso de especialización, ¿tendrían un enfoque teórico complementario con una visión metapsicológica y de grupo familiar de los conflictos psíquicos?
3. El compromiso de una terapia de pareja, incluso el de una terapia individual a alguno de los integrantes mayores de 18 años, por parte del mismo profesional, sería incierto, dadas las rotaciones que deben efectuar para cumplir con el programa de estudios. El vínculo terapéutico sería inestable y, por ende, poco adecuado para la tarea propuesta.
4. Podía haber una lista de espera que se prolongara excesivamente en el tiempo (de acuerdo a la urgencia del caso) y ser atendidos a destiempo con respecto a sus hijos.

No existen contactos sistemáticos inter-Servicios, inter-hospitales y, a veces, ni siquiera “inter-integrantes” de un mismo Servicio.

La comunicación entre los técnicos se haría dificultosa de Hospital a Hospital: horarios y días de consulta diferentes, rotaciones de Servicios, etc.

No es raro que las ocupaciones escolares de los hermanos mayores y las laborales de los padres no les permitieran mantener su relación con un terapeuta determinado, ni conservar su hora.

³ Obviamente me refiero a este período cronológico. No emito opinión de lo que sucede en el momento de esta edición.

Por supuesto que nos referimos, no a casos aislados donde la benevolencia y buena voluntad de los técnicos pudieran ayudar en más de una oportunidad, así nos consta, sino a una solución orgánica y estable para estos problemas.

D. ¿Qué sucede con la indicación de medicación? Algo más complejo aún que con la terapia de pareja, en relación a la pertinencia o no en un Servicio de Psiquiatría Infantil.

Medicar a los pacientes adultos en Terapia Familiar en el Servicio de Psiquiatría Infantil, tendría por cierto ventajas:

- sería posible hacer un control evolutivo mucho más cercano y más práctico, sobre todo, ante necesarios ajustes en las dosis o en los medicamentos elegidos.
- La centralización en el mismo edificio permitiría más fácilmente la constitución y el funcionamiento de un equipo terapéutico, así como la constitución de equipos terapéuticos estables.
- Existe una posibilidad mayor de utilizar e instrumentar los fenómenos transferenciales en la institución y en sus técnicos, que si se “dispersarían” en otras instituciones, perdiéndose notoriamente este efecto (estudiado por García Badaracco y colaboradores) sobre los pacientes. Incluso con el riesgo de obtener efectos negativos por los mensajes contradictorios que surjan de los técnicos con enfoques teórico-técnicos no complementarios.

Aceptando imaginariamente, ante estas razones, la posibilidad de prescribir psicofármacos a pacientes adultos del Grupo Familiar en tratamiento en el Servicio, esto sería virtualmente imposible. Porque solamente pueden recetarse psicofármacos a los **niños** poseedores de carné de asistencia gratuita. Los adultos deben retirarlos de un Servicio de Adultos, si poseen carné gratuito, o comprarlo en una farmacia. Generalmente, expresan que no tienen dinero para ello. Una pregunta de los padres

sobreviene casi sistemáticamente: “¿No podría recetarnos a nombre de mi hijo y nosotros los retiramos de la farmacia del Hospital de Niños?”.

Esto plantea problemas éticos y técnicos:

1. Con la administración hospitalaria, pues el adjudicado por el Estado como paciente es el único que tiene derecho a medicamentos; los otros no.
2. Con el niño rotulado como paciente, puesto que prescribir medicamentos para padres, hermanos, etc., a nombre de él, **incide iatrogénicamente reforzando la depositación de la “enfermedad” en él, y fomentando sus fantasías omnipotentes**: hasta la medicación para su familia es posible por él.

En una palabra: dada la contradicción entre la lectura interpretativa de cada situación y las medidas estratégico-táctico-técnicas que deberíamos utilizar para con el “enfermo”, más la división técnica y burocrática del trabajo de la institución pública ... **ninguna** de las disposiciones de la “cura” se ven posibilitadas y **todos** los mecanismos patogénicos de la dinámica familiar se ven reforzados.

* * * * *

E. El problema de la edad en los tratamientos familiares en el Servicio.

* * * * *

Hagamos aquí un intento de interpretación para comprender quién es nuestro “paciente”, qué le acontece y qué estamos haciendo por él. En rigor, por delimitarlo de alguna manera, “el paciente” es una familia que no está consiguiendo instituirse como tal y no sólo un niño.

* * * * *

El Hospital de Niños no preveía la disposición de recursos para el tratamiento de los conflictos matrimoniales, más aún si los padres son mayores de edad. A lo sumo, hubiera sido posible ofrecer un tratamiento familiar con la inclusión del marido (si fuera menor de edad) y de alguna abuela - cuestionable indicación estratégica en ese momento -, aprovechando la benevolencia de algún técnico, pero sin existir formalmente un Departamento de Terapia Familiar, o Área Familiar, o de asesoramiento al respecto.

Un Servicio funcionando así refuerza el mecanismo, pronuncia la disociación, marca más la separación dentro de la familia, diciéndole al marido que se trate fuera de dicha institución por ser mayor de dieciocho años y, en cambio, aceptando reglamentariamente a su esposa (menor de edad) y a su hija por tener menos de dieciocho años.

* * * * *

Nuestra situación técnico institucional es muy extraña. Si aceptamos atender a Alba y a su hija jamás podremos convocar a su marido porque es mayor de edad. Haremos así el juego institucional a una supuesta tendencia endogámica de la familia materna. Si derivamos al marido a los Servicios de su institución, nunca sabremos si el tratamiento que le será dado no profundizará justamente la disociación mencionada. Si enviamos a todos los Servicios de la institución marital, perderemos por completo el contacto y el control de la situación de la adhesión “femenina” del conjunto.

* * * * *

- Y con respecto a una definición de objeto: el factor decisivo es aquí una edad.
¿Y qué es una edad?
- ¿Qué diferencia existe entre infancia y niñez, entre cronología genético-evolutiva y una caracterización institucional del tiempo de vida?
- ¿Qué es un enfermo ... empírica, estructural o institucionalmente definido?
- ¿Qué es un grupo familiar entendido como institución?
- ¿Qué entienden las autoridades de las instituciones, y los técnicos que allí trabajan, como grupo familiar?

- ¿En qué forma la cuadriculación y jerarquización del aparato asistencial presenta uniones, divisiones, interpretaciones, confusiones y estratificaciones que entran en consonancia con las disociaciones, proyecciones y depositaciones en un grupo familiar?

* * * * *

El Servicio de Psiquiatría Infantil es una institución destinada, aparentemente, a preservar a la familia, pero en este caso clínico, como en otros, la fragmenta. La institución asistencial de la Salud Mental aparece, aquí, hegemónica frente a la institución familiar; se subordina una a la otra.

* * * * *

La referencia a las instituciones, a la cura, puede ser entendida como una especie de poliformismo si no se las concibe integradas en un todo social, en que cada una de esas instituciones está articulada con la otra, jerarquizada en función de objetivos que son extrainstitucionales que hacen al todo, es decir, a las funciones productivas y a las reproductivas de ese todo social articulado.

El estudio de las teorías y técnicas de Análisis Institucional han sido un aporte valioso para comenzar a abrir una luz en estas cuestiones.⁴

* * * * *

Lo que ellos plantean es que las grandes categorías teóricas, los grandes conceptos teóricos de diferentes Ciencias del Hombre (Psicoanálisis, Antropología, etc.), si bien eran conocidos, mostraban cierta incapacidad de dar cuenta de las situaciones concretas que acontecían en las instituciones. **No se veían las contradicciones, los desplazamientos, las condensaciones, el problema de la articulación y la interpenetrabilidad entre las instituciones, las sinergias, los antagonismos, los paralelismos entre ellas.**

Claro es que estos enfoques, a la vez de que nuevos, nos tornan muy vulnerables, sobre todo a nosotros mismos, y a las conclusiones teóricas que podamos extraer al revisar nuestro trabajo.

En este sentido, nos ha impactado descubrir en nuestra práctica hospitalaria, como la Administración Estatal tecnológica define e incide:

A. En los espacios: el espacio del Hospital de Niños, el de Adultos, y por lo tanto

- B. en las especializaciones:** se diferencia una Psiquiatría de Niños y otra de Adultos y, por lo tanto, las tecnologías y los lugares de asistencia. Se crea una “tierra de nadie” para el “espacio familiar”:
- C. en el problema de la curación:** si acordamos que no es lo mismo paciente-empírico que emergente determinado por la dinámica del grupo familiar, ¿qué se cura?, ¿a quién se cura?, ¿qué se obtiene?: ¿alivios sintomáticos, cambios estructurales de la personalidad y /o del grupo familiar?
- D. en los usuarios:** se someten a las disposiciones institucionales;
- en los profesionales:** entran, reiteran y, a veces, hasta defienden los errores y omisiones de concepción, o de funcionamiento del Servicio Institucional en juego.
- ¿Qué es ser “enfermo”?
 - ¿Quién es el “enfermo”?
 - ¿Qué papel juega un “enfermo” empíricamente definido y un “enfermo” institucionalmente definido?
- E. En el problema de la medicación vinculado:**
- a la edad cronológica de los pacientes,
 - al espacio en el cual actúan los técnicos para efectuar la indicación,
 - al retiro gratuito o no de la misma;
 - a las dificultades de un control evolutivo, funcional con una concepción de grupo familiar de los conflictos emocionales de sus integrantes. Como puede verse, por ejemplo, en el pedido de medicación gratuita para los padres mediante la tarjeta del niño⁵; o en la imposibilidad de hacer un tratamiento paralelo de algunos de los miembros de la familia, o en el caso de la internación del niño en el Hospital Psiquiátrico de Adultos.
- En los casos citados la formalización del aparato asistencial (uniones, divisiones, interpenetraciones, jerarquizaciones) entra en consonancia con las disociaciones, proyecciones y depositaciones dentro de las familias.

⁴ Referencias bibliográficas: Loureau, Mendel, Lapassade, Castells, Gantheret, Ardoino, etc.

⁵ Que a su vez se obtiene por demostración de “pobreza económica” de los integrantes de la familia ante el Ministerio de Salud Pública.

- Se hace casi imposible, así, poner en práctica y más aún de modo funcional y eficaz si se lograra lo vertido en Asistencia Combinada II.

F. En el problema de la edad cronológica:

- ¿qué papel juega una edad?
- ¿por qué las edades cronológicas deben marcar la posibilidad de aceptar o impedir reglamentariamente, la atención de una pareja matrimonial?

En el trabajo hospitalario con las familias constatamos que, durante las primeras sesiones, aparecieron una serie de preguntas sobre **aspectos institucionales** directamente intrincados con los problemas familiares a analizar en la Terapia Familiar. Recién después de elaborados por el grupo, éste pudo pasar al llamado por Pichon “momento de la tarea” en el proceso de aprendizaje grupal, donde predominó el insight. Aparecieron en sucesivas sesiones, reiterándose al principio del tratamiento. Muchas veces, se presentaron como una verdadera “secuencia” de aspectos tales como los referentes a la derivación, a nuestra identidad, a la articulación entre el equipo de terapeutas familiares y el resto del Servicio, al pago de honorarios, etc.

Sabido es que la población del Servicio de Psiquiatría Infantil se atiende:

1. Con carné gratuito que le permite asistencia al niño durante un año, renovable anualmente, con todos los derechos (médicos, estudios complementarios, tratamientos, medicamentos).
2. Sin carné, pagando un arancel, según el monto de ingresos y egresos de los integrantes de la familia mayores de 16 años, que le posibilita solamente la atención médica, sin otros beneficios gratuitos.

En varios casos, los pacientes tuvieron la creencia de que el dinero de los honorarios pagados en la administración era para el equipo terapéutico, lo que debió ser esclarecido como parte de la elaboración del encuadre, en el momento oportuno.

¿Cuál ha sido la articulación entre el terapeuta familiar y el resto del Servicio? Nuestra experiencia en este sentido ha estado viciada de dificultades de comunicación que han generado frustraciones, sufrimiento y el peligro de fracturarnos como equipo. Al mismo tiempo, todo esto debe de haber tenido incidencia en la institución.⁶

⁶ Este punto permaneció sin profundizarse porque las condiciones políticas de ese período, lo hacían riesgoso.

En las décadas de 1970 y 1980, el técnico se veía obligado a hacer, en nuestro medio montevideano, una disociación entre práctica pública y práctica privada, con el riesgo de una idealización de esta última, lo que connotaba otro sinnúmero de aspectos superestructurales (ideológicos).

En lo que a de esta década de 1990 pienso que la situación ha variado notoriamente. El borramiento, cada vez mayor, de la clase media uruguaya, la disminución creciente del salario real, del poder adquisitivo de las familias debido al mantenimiento de ciertas políticas macroeconómicas fue y va llevando al borramiento de amplios sectores de la consulta privada y de la asistencia mutua. La población va quedando sin cobertura asistencial de modo que se ha volcado a otros métodos no tradicionales de cura: algunos confiables y muchos otros no, incrementándose la concurrencia real y potencial a los Servicios Públicos que no pueden responder satisfactoriamente a la demanda que presentan.

* * * * *

El objetivo es lograr la mayor coherencia posible entre un marco teórico ampliado, la institución psiquiátrica, el establecimiento hospitalario y los agentes técnicos.

En suma, una situación indeseable a la cual no se vislumbran aún salidas mínimas.

* * * * *