

Pasos hacia una paidopsiquiatría sistémica

Mauricio LEIJA ESPARZA¹

Introducción

El modelo sistémico ha revolucionado la psicoterapia; sin embargo su influencia en el desarrollo de la psiquiatría aún es muy pobre. Hoy se habla de una psiquiatría biológica, de una neuropsiquiatría, de una psiquiatría de enlace, de una psiquiatría psicodinámica, etc., pero es raro que se hable de una psiquiatría *sistémica*.

La psiquiatría infantil o paidopsiquiatría también se ha quedado atrás en cuanto a incluir el modelo sistémico para comprender la psicopatología infantil y diseñar intervenciones que mejoren la salud mental de los niños. Aun no existe una paidopsiquiatría sistémica con el suficiente peso como para ser tema de publicaciones, conferencias o cursos de posgrado.

Lo que a continuación se describe es una primera aproximación al desarrollo de un cuerpo teórico que permita añadir el adjetivo de “sistémico” al trabajo que se realiza en el marco de la evaluación y tratamiento psiquiátrico de los niños. Se mencionan también algunos logros y aproximaciones para la práctica de una paidopsiquiatría sistémica en el Instituto Jalisciense de Salud Mental (SALME).

La esencia de la paidopsiquiatría

El término *paidopsiquiatría sistémica* resulta paradójico y por lo tanto confuso: en apariencia encierra una contradicción. ¿Qué es lo que evalúa el paidopsiquiatra sistémico?, ¿a quién trata?, ¿cuál es el objeto de su atención, el niño o el sistema familiar?, ¿qué valor otorga a cada parte?

La paradoja se resuelve al comprender que ambos elementos, niño y sistema,

pertencen a niveles de abstracción distintos. De acuerdo a la teoría de los tipos lógicos de RUSSELL existe una discontinuidad entre una clase y sus miembros. La clase no puede ser miembro de sí misma, ni uno de los miembros puede ser la clase, debido a que el término utilizado para la clase es de un nivel de abstracción diferente (WHITEHEAD y RUSSELL, 1910).

La psiquiatría infantil tradicional también encierra en sí misma una paradoja: en su interés de ayudar a los niños a recuperar su salud mental, se ejerce mejor no practicándola como tal sino más bien practicando una psiquiatría familiar. Muchos paidopsiquiatras tradicionales no están dispuestos a enfrentar y resolver esta paradoja.

La paradoja que encierra la psiquiatría infantil se resuelve desglosando sus tipos lógicos o niveles de abstracción. El paidopsiquiatra es *paido*² porque su objetivo central es que un niño recupere la salud mental. Deja de ser *paido* cuando debe elegir el área de intervención: en ese momento puede convertirse en un psiquiatra sistémico que tiene la habilidad de trabajar con la pareja de padres, con el subsistema de hermanos o con la totalidad del sistema familiar. La meta a alcanzar mantiene la calidad de *paido* pero no la manera de intervenir. Objetivo e intervención pertenecen a niveles de abstracción o tipos lógicos distintos. Si esta paradoja no se desglosa en sus tipos lógicos y se resuelve, el paidopsiquiatra queda atrapado. Un paidopsiquiatra en esa condición no puede ser útil al niño ni a la familia.

El desarrollo de la paidopsiquiatría sistémica

Para comprender los pasos que se han dado, a lo largo de seis décadas, hacia una paidopsiquiatría sistémica debemos explicar primero los orígenes de la psiquiatría infantil tradicional. Desde sus inicios, la psiquiatría infantil careció de una base teórica y de un andamiaje conceptual que le permitiera anclarse al resto de las disciplinas científicas. La psiquiatría infantil como rama del saber médico fue ejercida inicialmente por pediatras o psiquiatras que basaban su práctica en el modelo médico causal-lineal.

Daniel MARCELLI en su *Psicopatología del Niño* resaltó la falta de fundamentos teóricos que respaldaban a la psiquiatría infantil como una ciencia por derecho propio:

La paidopsiquiatría es una práctica clínica empírica: sus orígenes están marcados por la heterogeneidad de los primeros autores [...] Por consiguiente, la psiquiatría del niño, todavía más que la del adulto, se ha constituido empíricamente a partir de la práctica y no de la elaboración teórica. Secundariamente, la reflexión sobre dicha práctica, una tentativa de comprender el desarrollo clínico, ha conducido a los paidopsiquiatras a utilizar las fuentes teóricas más diversas.

MARCELLI y AJURIAGUERRA, 1996:3

El desarrollo de la paidopsiquiatría, en un paralelismo casi exacto con la psiquiatría, ha cursado por tres grandes revoluciones a lo largo de dos siglos. Durante este tiempo han resaltado tres grandes figuras: Jean ITARD, Sigmund FREUD y Charles BRADLEY; y del

mismo modo, tres “pequeños” personajes relacionados con los anteriores: un niño salvaje llamado Victor, un niño neurótico llamado Juanito y una niña con secuelas de encefalitis llamada Emma BRADLEY.

Podemos trazar la primera revolución de la paidopsiquiatría al Siglo de las Luces en Francia, periodo iluminado por Philippe Pinel y uno de sus mejores alumnos, Jean ITARD. La historia comienza en los albores del siglo XIX cuando unos cazadores encontraron a un niño en estado salvaje en la región francesa de Aveyron, enteramente desnudo, buscando insectos y raíces de los que hacía su comida. Los cazadores lo atraparon en el momento en que subía a un árbol. La sociedad francesa mostró mucho interés por el pequeño y esto estimuló a Jean ITARD, joven y entusiasta psiquiatra, a intentar rehabilitarlo. En contra de las recomendaciones de Pinel, quien creía que no podría lograrse mucho por el niño, ITARD decidió llevarlo a vivir con él y diseñar un método de tratamiento para enseñarle a hablar y a comportarse en sociedad. Los esfuerzos de ITARD fueron infructuosos. En un informe expresó:

Se decepcionó enteramente mi esperanza, pues después de una larga serie de cuidados su habla se limitó solo a algunos monosílabos sin forma [...] viendo la continuidad de mis cuidados y la sucesión del tiempo sin que operara ningún cambio, decidí terminar allí mis últimas tentativas en favor del lenguaje, y abandoné a mi alumno a un mutismo incurable.

ITARD, 1806/2003:71

A pesar de que el tratamiento de ITARD fracasó, su investigación contribuyó a la noción de que existen periodos críticos en el desarrollo de los niños. ITARD se adelantó casi un siglo y medio a René SPITZ quien afirmó: “Cuando el desarrollo psicológico adecuado para la edad durante un periodo crítico dado no puede producirse, será difícil, cuando no imposible, que el individuo lo logre en una fase posterior” (SPITZ, 2003). Por eso Jean ITARD es considerado el padre de la psiquiatría infantil.

La llegada del siglo XX quedó marcada en la historia de la psiquiatría infantil por la publicación de *La Interpretación de los Sueños* de Sigmund FREUD. En esta obra FREUD expuso por primera vez de manera abierta sus ideas en torno a la sexualidad infantil bajo el concepto del *complejo de Edipo*. Unos años más tarde escribió *Tres Ensayos para una Teoría Sexual* y poco tiempo después el *Análisis de la Fobia de un Niño de Cinco Años*, mejor conocido como “El Caso Juanito”.

La fobia que Juanito tenía a los caballos fue interpretada por FREUD como el desplazamiento de una angustia de castración. De acuerdo al padre del psicoanálisis, Juanito en realidad temía que su padre lo castrase como consecuencia de los deseos incestuosos dirigidos a su madre (FREUD, 1909/2007). Por primera vez en la historia un médico tomaba un drama griego, *Edipo Rey*, para comprender el desarrollo de un niño, al hacerlo creó una revolución. En palabras de Octavio Paz:

La superioridad de FREUD reside en que supo unir su experiencia de médico con su imaginación poética. Hombre de ciencia y poeta trágico, FREUD nos mostró el camino de la comprensión del erotismo: las ciencias biológicas unidas a la intuición de los grandes poetas.

El Caso Juanito no puede considerarse una investigación objetiva de la cual pueda extraerse una conclusión. Sin embargo, nadie anteriormente había dedicado tanto tiempo a analizar la psicopatología de un niño, ni se había publicado la cantidad de información que contiene el Caso Juanito.

La epidemia de influenza de 1918, mejor conocida como “la gripe española” preparó el escenario para la tercera revolución en la psiquiatría. Esta epidemia afectó a un gran número de niños, muchos de los cuales desarrollaron encefalitis viral. Algunos niños que sobrevivieron a la encefalitis desarrollaron síntomas de hiperactividad, impulsividad y déficit de atención.

EBAUGH los describe así: “Anteriormente eran niños normales bien adaptados a la escuela y a sus hogares [...] cambiaron abruptamente a una estado de hiperquinesis, [...] incorregibilidad e incapacidad para permanecer en la escuela” (EBAUGH, 1923).

George Bradley y su esposa Helen perdieron a su única hija, Emma BRADLEY, a consecuencia de las complicaciones de la encefalitis. Como un tributo a Emma, sus padres fundaron una casa hogar para niños con deficiencias mentales. La “Casa de Bradley”, como inicialmente se le llamó, creció al punto de convertirse en un centro especializado en neurología y psiquiatría infantil. En las década de 1930, Charles Bradley (sobrino de George Bradley) tomó la dirección de la casa y administró benzedrina, un estimulante del sistema nervioso, a niños hiperactivos que habían sufrido un daño neurológico. Con dicho fármaco, Bradley sólo buscaba remediar el dolor de cabeza que sufrían los niños tras la realización de una neumoencefalografía. Sin embargo, obtuvo algo mejor que un simple remedio para el dolor de cabeza, la mayoría de los niños se tranquilizaron y mejoró su capacidad de concentración. BRADLEY se encontraba ante una casualidad: por primera vez en la historia se documentaba que los estimulantes del sistema nervioso ayudaban a los niños con déficit de atención e hiperactividad (BRADLEY, 1937). En la década del cuarenta se sintetizó una molécula más efectiva, el metilfenidato o Ritalin® y en poco tiempo se comercializó como un tratamiento seguro para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. La revolución de la psicofarmacología había comenzado.

A estas tres revoluciones, tradicionalmente consideradas por los historiadores de la psiquiatría, podríamos añadir una “cuarta revolución” surgida a mediados del siglo XX. En 1952 Gregory BATESON comenzó un proyecto de investigación sobre la comunicación en las familias de esquizofrénicos. Resulta curioso que ese mismo año la revolución de la psicofarmacología alcanzaba la cúspide con la introducción de la clorpromazina por Jean Delay en el hospital de Santa Ana de París. Los ojos de los psiquiatras de todo el mundo se encontraban en Francia. La administración de este fármaco a los pacientes con esquizofrenia les permitió abandonar el manicomio y regresar a sus hogares debido a que controlaba las alucinaciones, los delirios y la conducta desorganizada.

En 1956 BATESON y su grupo de colaboradores (conocido como el Grupo de Palo Alto)

publicaron el artículo “Hacia una Teoría de la Esquizofrenia”, que puede considerarse el acta de nacimiento de la terapia familiar y el inicio de una revolución en el campo de la salud mental y otras ciencias afines (BATESON, JACKSON, HALEY y WEAKLAND, 1956). El pensamiento de Gregory BATESON sacudió los fundamentos epistemológicos de la psiquiatría tradicional y generó un nuevo modelo para comprender la psicopatología. Sus descubrimientos, aunados a la Teoría General de Sistemas y a la Teoría de la Comunicación Humana formaron el andamiaje conceptual que daría origen a la paidopsiquiatría sistémica.

Ahora que sabemos que los niños son fragmentos de familia, ejercer una paidopsiquiatría tradicional enfocada en el niño sería como si a un relojero le llevaran exclusivamente las manecillas de un reloj argumentando que no avanzan y se le impidiera examinar el engranaje y el resto de las piezas del aparato.

Salvador MINUCHIN fue uno de los primeros psiquiatras en comprender la psicopatología infantil basándose en la teoría sistémica. Sus intervenciones en un inicio generaron poca aceptación por parte de la psiquiatría infantil tradicional. MINUCHIN expresó: “en el Departamento de Psiquiatría de la Escuela de Medicina me hice muy impopular por insistir en que la psiquiatría infantil era psiquiatría familiar” (MINUCHIN y NICHOLS, 1994). El interés de MINUCHIN por los niños le llevó a diseñar una serie de técnicas para trabajar con las familias de niños sintomáticos, el *modelo estructural*, que goza hoy de amplia aceptación en la terapia familiar.

Desafortunadamente muchos paidopsiquiatras ignoran esta “cuarta revolución” y aún mantienen un gran entusiasmo por los avances de la psicofarmacología. Sin embargo, debemos de tomar en cuenta que entender y ejercer la psiquiatría infantil fuera de la teoría general de sistemas convierte a esta especialidad en una disciplina con un cuerpo teórico confuso y endeble, de no ser así ¿cuál sería entonces el andamiaje teórico o conceptual que la anclaría al resto de las ciencias?

Un psiquiatra infantil que basa sus intervenciones únicamente en la prescripción de fármacos ejerce en realidad una especialidad cuyo fin es atenuar síntomas. No podríamos llamarle a esta práctica “paidopsiquiatría” sino más bien “psiquiatría infantil paliativa” o “*paliopsiquiatría*”. De hecho, lo mismo sucede con toda la psiquiatría que se basa en la prescripción de fármacos, pues llegados a este punto no existe distinción entre psiquiatría y paidopsiquiatría.

¿...Y si el paidopsiquiatra sólo quiere ver niños?

Es verdaderamente problemática la postura que adoptan muchos psiquiatras infantiles. Eligen dicha especialidad habitualmente por un interés genuino en los niños y en la psicopatología infantil; sin embargo hay que tener cuidado, pues cuando se escoge dicha especialidad se puede tener confusión en cuanto a los tipos lógicos de *objetivo* e

intervención. El paidopsiquiatra confundido centrará toda su práctica en los menores de edad y lejos de resolver el problema por el que lo consultan, se volverá parte de él.

Si el paidopsiquiatra busca huir del mundo de la psicopatología de los adultos con todo lo que ello representa (trastornos de personalidad, trastornos depresivos crónicos, matrimonios desavenidos, etc.) se encontrará ante serios problemas en el trabajo clínico con los niños. No podrá reencuadrar, no podría redefinir los problemas, no tendrá la capacidad de moverse del subsistema individual del niño al subsistema conyugal donde podría intervenir de forma más eficiente. Recordemos que existe un punto en cada sistema sobre el cual convergen el mayor número de sus funciones esenciales. Cambiando éste, se obtiene el máximo cambio con el mínimo gasto de energía. Un paidopsiquiatra frustrado y desgastado podría estar invirtiendo demasiada energía en buscar que el niño cambie sin incidir en otros puntos del sistema. Podría estar repitiendo la condena de Sísifo, arrastrar la piedra hasta la cima de la montaña para que vuelva nuevamente a rodar cuesta abajo y repetir la tarea infinidad de veces.

El gusto excesivo por los niños puede ser problemático en el ejercicio de la paidopsiquiatría: si se siente más cómodo con el niño, el paidopsiquiatra probablemente optará por convertirlo en el centro del proceso terapéutico rechazando el trabajo con la familia. Los familiares también se sentirán más cómodos en un contexto terapéutico en el que no se ven involucrados. Se establece una especie de convenio no declarado entre el paidopsiquiatra y la familia, un acuerdo oculto: ambos evitan la incomodidad que les puede representar el trabajo conjunto. Sería muy ingenuo creer que el niño mejorará en dicho escenario clínico.

No es un hecho desconocido que entre los profesionales que han elegido a los niños como su campo de trabajo existen formas y grados diversos de psicopatología. Muchas personas sólo se sienten seguras relacionándose con niños. ELLIS ha hablado sobre esto:

En nuestra sociedad son innumerables los adultos que aparentemente son capaces de armonizar emocionalmente sólo con un niño. Estos supuestos adultos son tan absolutamente inadecuados que solamente se sienten cómodos en sus relaciones con los niños, ya que es fácil influir y dominar a los individuos de menor edad.

ELLIS, 1964:234

Un paidopsiquiatra sistémico difícilmente buscará en los niños una fuente de seguridad; difícilmente caerá en estos enredos; será libre de moverse con soltura en todo el sistema familiar para ayudar al niño a recuperar su salud mental. Dependiendo del caso, será un terapeuta de pareja, un terapeuta familiar y a la vez mantendrá la habilidad para conversar con los pequeños sobre sus problemas.

¿Cómo ejercer la psiquiatría infantil y dormir tranquilo?

El trabajo con niños debe desafiar nuestra capacidad para mantener posiciones de

extrema cordura frente a las demandas de la familia. Siempre existe durante el transcurso de una consulta cierto grado de tensión. La familia no recibirá exactamente lo que pide ni de la forma que lo imagina, y el paidopsiquiatra puede sentirse vulnerable a ser absorbido por el sistema familiar y estar temeroso de llegar a un callejón sin salida. El psiquiatra de niños debe tener como máxima el principio hipocrático *primum non nocere*³. Para ello debe tener en cuenta tres pasos que le permitan mantener una posición de extrema cordura.

El primer paso en el ejercicio de la paidopsiquiatría sistémica es tener claridad sobre lo que está pasando con la familia. Este paso es ignorado por muchas paidopsiquiatras tradicionales quienes diagnostican al niño de acuerdo al DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) de la *American Psychiatric Association* (2013) y prescriben un fármaco. Comenzar un tratamiento sin tener claridad sobre lo que está sucediendo con la familia puede hacer que el paidopsiquiatra complique más sus problemas. Puede creer que está estableciendo una alianza con uno de los padres cuando en realidad está siendo reclutado en una guerra encubierta entre los progenitores. Recordemos lo que expresó Jay HALEY: “Si un terapeuta entrevista a un hombre, mujer, abuelo o niño y no ve al resto de la familia, establece una coalición a ciegas, sin saber en qué organización está entrando” (HALEY, 2008).

El segundo paso, una vez evaluada la familia, es ser asertivo para encontrar las áreas de intervención. Este paso también es ignorado por muchos paidopsiquiatras tradicionales quienes, confundiendo los tipos lógicos de su profesión, hacen del niño el centro de las intervenciones: para ellos el área de intervención siempre será el niño, pues el prefijo *paido de* la especialidad así lo marca. Ante esto no existe flexibilidad para moverse a través del sistema familiar.

Lo ideal es que el paidopsiquiatra logre “brincar” del niño a otro punto del sistema, habitualmente la pareja. MINUCHIN nos muestra cómo se da el proceso de ir redefiniendo los problemas que involucran a un niño:

Si en un primer momento la ampliación del foco no es posible, el contrato puede reducirse al problema índice: “lo ayudaré con Joe”. Pronto, sin embargo, su amplitud se incrementará: “usted tiene un problema para disciplinar a sus hijos; lo ayudaré también con ese problema”. Finalmente, el contrato puede abarcar un área totalmente nueva: “usted y su esposa tienen actitudes totalmente diferentes en lo que se refiere a la educación de sus hijos. Debemos explorar esta área en conjunto”.

MINUCHIN, 2001:196

El tercer paso es liberar al niño del papel de paciente designado. La liberación es el paradigma de la psiquiatría. Cuando Pinel liberó a los pacientes de sus cadenas no sólo se convirtió en el padre de la nascente ciencia psiquiátrica sino que estableció dicho acto como una metáfora de todo el quehacer psiquiátrico. FREUD a través del psicoanálisis liberó a sus pacientes de los síntomas neuróticos que padecían y Jean Delay con la clorpromazina liberó a los esquizofrénicos de sus delirios y alucinaciones. El paidopsiquiatra sistémico debe liberar al paciente de la posición que tiene en el sistema y

de la definición que la familia le da a sus conductas. Aunque los síntomas del niño sean graves, el paidopsiquiatra habitualmente debe mostrarse más preocupado por otro elemento del sistema. Esto debe hacerse aun cuando el niño manifieste una discapacidad o un problema orgánico evidente. Respeto a esto ANDOLFI ha señalado:

Un tratamiento centrado únicamente sobre el niño que presenta una de estas afecciones termina oficializando su rol de enfermo y explicando a los familiares el origen de sus conflictos, sin cuestionar en lo más mínimo el prejuicio social. La perturbación orgánica será entonces un pozo donde vendrán a confluír las tensiones familiares y extrafamiliares y de donde todos se sentirán autorizados a extraer lo que les plazca.

ANDOLFI, 1989:30

El paidopsiquiatra debe siempre encontrar, en la primer consulta, la manera de preguntar con aire de extrañeza: ¿por qué es el niño quien viene al psiquiatra?

Esta intervención es liberadora para los niños quienes necesitan un respaldo para su cordura o para lo que les queda de ella. Es sumamente peligroso que el niño se quede con este razonamiento: “mi papá grita cuando llega a casa, mi mamá llora todo el tiempo, mis hermanos pelean, pero soy yo quien debe ir al psiquiatra”.

La irreverencia del paidopsiquiatra

El trabajo sistémico puede generar en ocasiones hostilidad por parte de la familia hacia el paidopsiquiatra. A veces las reacciones hostiles pueden ser de la institución. Recordemos que el paidopsiquiatra sistémico trabaja para desequilibrar un sistema familiar que se encuentra estancado en la patología y esto puede generar situaciones desagradables en la familia.

En sus inicios, el trabajo sistémico con la familia resultaba amenazante para sus miembros. Luigi BOSCOLO describió estas reacciones en el marco del trabajo institucional con el modelo de Milán:

Tratar a la familia, no al individuo, constituía una amenaza porque daba a entender que las familias eran responsables de los síntomas de sus miembros “enfermos”. Muchas familias abandonaban el tratamiento y recurrían a otros profesionales de la misma institución que les ofrecían la tradicional terapia individual.

BOSCOLO, CECCHIN, HOFFMAN y PENN, 1989:41

También afirmó:

Los equipos de Milán corren el riesgo de perturbar y encolerizar a las familias si se aproximan excesivamente a la aprobación de un síntoma en el intento de transmitir una connotación positiva. Las reacciones han variado desde el abandono del tratamiento hasta la amenaza de hacer pleito a la clínica a la que pertenecen los terapeutas.

BOSCOLO, CECCHIN, HOFFMAN y PENN, 1989:47

Lynn HOFFMAN también habló sobre la hostilidad que se genera hacia los terapeutas sistémicos. Este fenómeno también es aplicable a los paidopsiquiatras sistémicos y a

cualquier profesional que trabaje con este modelo:

Un problema muy real para el terapeuta que trabaja sistémicamente, sin embargo, es que puede atraer toda clase de hostilidades y reacciones negativas de los miembros de la familia [...] A veces hasta parece que la relación terapéutica deba ser sacrificada para lograr al menos un cambio mínimo, que ocurre aun cuando la familia se sienta irritada y abandone el tratamiento. Poner las cosas deliberadamente de tal modo que la familia abandone la terapia y se vaya, furiosa contra el terapeuta, resulta sumamente incómodo, pero a veces es el precio del cambio. Si debe haber un chivo expiatorio, lo mejor es que sea el profesional [...] Sea como fuere, el enfoque sistémico no es para terapeutas que necesitan ser queridos a toda costa.

HOFFMAN, 1987:305-306

El paidopsiquiatra que trabaja sistémicamente debe comprender que la molestia y el enojo que pueden experimentar los padres que llevan a un hijo a consulta es algo completamente natural. Muchas veces el enojo está relacionado con la intensidad que el paidopsiquiatra genera durante la consulta. Las técnicas para generar intensidad, como las ha descrito MINUCHIN, permiten que la familia “oiga”: “El terapeuta necesita hacer que la familia “oiga”, y esto exige que su mensaje supere el umbral de sordera de la familia” (MINUCHIN y FISHMAN, 1984).

Cabe señalar también que en todas las consultas de psiquiatría infantil existe en mayor o menor grado una lucha encubierta entre el médico y los padres del niño por tener el control del proceso terapéutico y de la relación. Un ejemplo muy común es cuando los padres acuden con el paidopsiquiatra para que el niño sea medicado y el paidopsiquiatra les dice que no considera que por el momento la medicación sea una buena opción. MINUCHIN comenta: “En ocasiones ‘no hacer’ puede producir intensidad. Esto es verdadero cuando el terapeuta no hace lo que el sistema familiar ‘desea que haga’ [...] Con su resistencia a ser absorbido por el sistema, el terapeuta produce intensidad en la terapia” (MINUCHIN y FISHMAN, 1984).

Mara SELVINI-PALAZZOLI también describe la intensidad en la sesiones con la familia.

La finalidad de nuestro estilo de coordinación es hacer de la sesión una experiencia de elevada intensidad emotiva [...] Utilizamos un estilo tendiente a crear, lo antes posible, un clima emotivo muy intenso [...] Se realizan afirmaciones a menudo bastante incómodas para todos.

SELVINI-PALAZZOLI, CIRILLO, SELVINI y SORRENTINO, 1990:218-222

Más adelante agrega: “nosotros contamos mucho con las reacciones de rabia como detonantes del cambio” (SELVINI-PALAZZOLI, CIRILLO, SELVINI y SORRENTINO, 1990).

El paidopsiquiatra sistémico debe aprender a sentirse cómodo con la incomodidad de la familia; de hecho debe sentirse incómodo si la familia se encuentra cómoda. El paidopsiquiatra sistémico debe aprender a disfrutar la tensión que se genera en la consulta y no tener temor de que se generen discusiones acaloradas entre él y la familia. Como expresó MINUCHIN: “me siento cómodo presionando a la gente y dejándome presionar por ella” (MINUCHIN y FISHMAN, 1984).

El paidopsiquiatra no debe intentar proteger a los padres de estas emociones, sería absurdo hacerlo, pues en el consultorio de un psiquiatra se pueden expresar las

emociones más desagradables y negativas que existan. El enojo es saludable y las quejas de los padres no deben alarmar a nadie. Desafortunadamente, lo habitual es que las instituciones siempre connoten de manera negativa las quejas y el enojo de los pacientes (o los padres de los pacientes). Ante esta connotación negativa, el paidopsiquiatra que trabaja sistémicamente debería mostrarse irreverente y connotar positivamente. Por ejemplo, podrá decirle a las autoridades de la institución “los padres de Pedrito me parecían personas muy inhibidas, incapaces de quejarse y de demostrar enfado, veo entonces que las cosas progresan”.

CECCHIN ha hablado de la irreverencia de los psiquiatras como una manera saludable de sobrevivir en la relación esquizofrenizante que se mantiene con la institución.

En un entorno institucional puede verse [el terapeuta] sujeto a demandas contradictorias por parte de los clientes, de la administración, de varias facciones socio-políticas, culturales y legales, etc. No puede satisfacerlas todas; se volvería incompetente [...] el sistema en que está inmerso no es opresivo, sino de doble vínculo.

CECCHIN, LANE y RAY, 2002:51

Más adelante comenta sobre la manera de librarse de la doble atadura:

Siempre intentamos satisfacer tanto a la institución como al cliente; y es aquí donde la irreverencia cobra valor, convirtiéndose en una forma de conservar la salud. Se parece a lo que pasa con los niños cuando la madre les pide una cosa y el padre otra: han de mostrarse ligeramente irreverentes para con ambos. Sólo así consiguen aferrarse a su tarea de ser niños y crecer en libertad [...] Cada institución posee su contexto y sus reglas de supervivencia [...] lo que proponemos es que para sobrevivir, para no volverse loco, hay que ponerse un poco irreverente.

CECCHIN, LANE y RAY, 2002:53-63

BETTELHEIM cuando trabajaba con padres de familia también encontraba que algunos “se inhibían completamente, o entendían mal todo lo que discutíamos, se enfadaban” (BETTELHEIM, 1979). Este autor comenta que la proporción de padres que se mostraban así era menor al cinco por ciento.

Dado que las quejas y las emociones negativas son inevitables en el contexto de la atención a la salud mental, el paidopsiquiatra que no quiera generar un alto grado de tensión entre él y las autoridades administrativas podría arreglárselas para que el enfado de los padres permaneciera debajo de este cinco por ciento. Esto puede lograrse afinando la capacidad para relacionarse con los padres a través de un doble vínculo que los atrape. Lo que ha expresado MINUCHIN sobre el doble vínculo que genera el terapeuta estructural también es aplicable al paidopsiquiatra que trabaja sistémicamente: “la relación entre los terapeutas y la familia es de amigos en los manifiestos, pero adversarios por debajo de la superficie” (MINUCHIN y FISHMAN, 1984). Otra manera de mantener el enfado de los padres bajo control y evitar reacciones de hostilidad de la familia consiste en adoptar un enfoque sistémico-constructivista, el cual ha derivado progresivamente en el reciente empleo de las técnicas narrativas (WHITE y EPSTON, 1993). Este enfoque evita describir a una persona desde la patología o problema que presenta y construye una historia

alternativa a través del uso de relatos y metáforas. El especialista que trabaja con este modelo debe desafiar sus propias ideas preconcebidas e incluso mostrarse irreverente consigo mismo. Esta postura contrasta con otras debido a que considera que no es necesaria la confrontación o la generación de una crisis para favorecer el cambio. En palabras de María SUÁREZ CASTILLO:

El modelo narrativo propone crear un clima menos denso, que invite a los participantes a innovar y ser creativos en el abordaje de sus problemas, en vez de generar más culpa o resentimientos [...] Los niños sufren cuando los adultos los consideran un problema. Por ello, es tarea del terapeuta hacer saber al niño que él y los adultos han sido convocados para vencer conjuntamente el problema, desatar el nudo que los tiene atrapados y fomentar el juego como una estrategia que facilita la colaboración entre todos los miembros de la familia.

SUÁREZ, 2004:148

La postura que adopte el paidopsiquiatra sistémico puede variar dependiendo del caso y de las necesidades de la familia. Sin embargo, en el trabajo con niños que sufren trastornos mentales una entrevista ordinaria puede tener elementos bastante dramáticos. El consultorio de un paidopsiquiatra se convierte así en un teatro en el que se representan muchos dramas familiares. En este sentido, la terapia familiar conducida por un paidopsiquiatra sistémico bien podría ser considerada como una más de las artes escénicas. No es casualidad que una de las técnicas más poderosas de la terapia estructural reciba el nombre de *escenificación* (MINUCHIN y FISHMAN, 1984). Esta técnica y su capacidad para movilizar a los padres de niños con sufrimiento emocional nos recuerda la expresión de Hamlet: ¡El drama es el lazo con el que atraparé la conciencia del rey!”⁴ (SHAKESPEARE, ~ 1601/1975).

El paidopsiquiatra sistémico por lo general está a favor de desequilibrar el sistema. Adherirse al *statu quo* de la familia podría convertir al paidopsiquiatra en parte del problema. Esta posición es compleja en las instituciones que buscan siempre y a toda costa la estabilidad. Algunas instituciones de salud mental pueden tener servicios de intervención en crisis, pero muy pocas se preocupan por tener servicios que generen crisis en las familias y darles de este modo la oportunidad de experimentar un cambio estructural.

¿Existe una psicofarmacología sistémica?

No podemos negar que el desarrollo de la psicofarmacología ha permitido que muchos pacientes con trastornos psiquiátricos mejoren su calidad de vida. La llamada *era del Prozac* ha traído sus beneficios pero esto nos plantea también preguntas difíciles de contestar. Dan BLAZER ha hablado respecto a esto:

Los remedios antidepresivos son seguros, no crean adicción y pueden aportar alivio a miles de personas que sufren los síntomas de depresiones graves. Sin embargo, ¿es correcto que la primera respuesta que demos, la

primera solución considerada cuando una persona experimenta dolor emocional sea el medicamento?

BLAZER, 2002:129

BLAZER comenta que la prescripción de psicofármacos no siempre es la decisión más sabia, sin embargo es quizá la intervención más común para el psiquiatra: “durante un día ocupado en la vida profesional de un médico, sin embargo, es mucho más fácil recetar una píldora que desenredar un embrollado problema psicosocial” (BLAZER, 2002).

Los paidopsiquiatras sistémicos no deben rechazar la posibilidad de medicar a un niño, pero determinar en qué momento y bajo qué contexto hacerlo es crucial. En ese sentido el recurso de la medicación representa para el paidopsiquiatra un dilema casi hamletiano: ¿medicar o no medicar? esa es la cuestión.

Cuando un paidopsiquiatra sistémico decide medicar, por ejemplo, a un niño hiperactivo debe tener presente que el fármaco no resolverá todo el problema y debe advertir a la familia sobre los “efectos secundarios sistémicos”. El paidopsiquiatra podría decirle a los padres de un niño hiperactivo: “Si le receto un medicamento a Jaimito mejorará casi con toda seguridad su hiperactividad, pero me preocupa que ustedes, una vez resuelto el problema y al no tener que enfocar su atención en el niño, se hagan conscientes de que ya no son en realidad una pareja. He tratado a niños hiperactivos cuyos padres se divorcian después del tratamiento”.

El paidopsiquiatra debe tener presente que no se puede medicar siempre y en todo momento. El medicamento es un recurso biológico que en muchas ocasiones permite aliviar los síntomas de un paciente pero debe ser prescrito en un contexto adecuado. Los niños que no padecen síntomas graves que pongan en riesgo su integridad o la de otros pueden esperar a ser medicados, y el paidopsiquiatra puede aprovechar la crisis que llevó a los padres a solicitar ayuda para generar un cambio en el sistema. Medicar sin realizar un trabajo terapéutico solo anestesiaría el problema.

El paidopsiquiatra sistémico tiene el recurso de la psicofarmacología en su arsenal de intervenciones pero no lo hace en todas las condiciones. Recordemos lo que menciona HALEY:

Hay dos maneras de «adaptar» una persona a su situación sin producir un cambio en el sentido del crecimiento. Una es estabilizarla mediante el uso de medicamentos. Si una persona joven ha alcanzado la edad de independizarse y la familia no puede pasar por la etapa de liberarlo, esa persona manifestará síntomas [...] En este punto la medicación impedirá el surgimiento de dificultades, pero también impedirá el cambio y cronificará la situación, tanto para el joven como para la familia.

HALEY, 1994:35

Por otro lado, medicar puede eliminar estratégicamente un síntoma que permitirá un movimiento en el sistema al cual el paidopsiquiatra ya se habrá adelantado (el paidopsiquiatra sistémico, de hecho, puede preguntar a la familia: “¿una vez que se resuelvan los problemas de concentración de Luisito, qué otro problema seguirá por resolver?”). Hay que tener en cuenta que una gran cantidad de niños mejoran de manera sorprendente tras la medicación, a veces desaparecen por completo síntomas tales como

episodios de enuresis, hiperactividad y ataques de pánico.

La marcada tendencia de los paidopsiquiatras tradicionales a medicar siempre y en todo lugar (y con varios fármacos) está notablemente influida por el entusiasmo generado por la *biological psychiatry*. Sin embargo la psiquiatría biológica está mal entendida, la verdadera psiquiatría biológica no es una psiquiatría basada en el cerebro sino una psiquiatría ecológica. En el caso de la paidopsiquiatría sistémica, por fuerza tiene que ser biológica, no podría no serlo, pues mantiene una visión ecológica del niño. La paidopsiquiatría sistémica es en términos más específicos psiquiatría familiar o paidopsiquiatría ecológica. Estudia y entiende la psicopatología del niño en su ambiente natural, en la unidad social básica en la que crecen la mayoría de los seres humanos, la familia. La ecología es una rama de las ciencias biológicas que estudia las interacciones de los organismos vivos y su relación con el ambiente. La *biological psychiatry* debe ser una psiquiatría ecológica⁵.

Antes de prescribir, el paidopsiquiatra debe haber evaluado a la familia, con esto se evitará que el uso de psicofármacos “congele” un conflicto familiar y lo vuelva inabordable. Las guías de tratamiento de la Academia Americana de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia han recomendado que todo niño que acuda a consulta con un psiquiatra infantil debe recibir también una evaluación familiar (JOSEPHSON y AACAP Work Group, 2007). Solo después de eso se puede considerar la medicación. En ese sentido la psicofarmacología infantil *debe ser* sistémica.

Ilustración de la propuesta teórica: Experiencia en el Instituto Jalisciense de Salud Mental (SALME)

SALME es la institución de salud mental más importante de Jalisco. Cuenta con diversos centros especializados que brindan atención a las personas que padecen trastornos mentales, principalmente a quienes no tienen seguridad social. El Centro de Atención Integral a la Salud Mental de Estancia Breve de SALME, donde se encuentra la Clínica de Niños y Adolescentes, define su misión de la siguiente manera: “Somos un centro que brinda servicios en salud mental con equidad, calidad y seguridad a personas con trastornos mentales agudos mediante una atención integral y la participación activa de la familia” (SALME Instituto Jalisciense de Salud Mental, 2013). Sin embargo, a pesar de la importancia que se le da a la participación de la familia, SALME no cuenta con un servicio de terapia de pareja o de terapia familiar.

En la clínica de Niños y Adolescentes trabajan cuatro paidopsiquiatras, dos en el turno matutino y dos en el vespertino. Existe un servicio de psicología como interconsultante donde se ofrece tratamiento psicológico y psicoeducación. Algunas familias que llevan a sus hijos a tratamiento asisten a talleres psicoeducativos en los que participan psicólogos y paidopsiquiatras, pero las familias no se benefician de un proceso terapéutico que

incluya a todos sus miembros.

En México las instituciones públicas tienden a ser paternalistas. Esta es una función que resulta complementaria a la estructura de muchas familias en las que el padre no está o se muestra ausente. La institución es el padre, sin embargo dicha complementariedad mantiene el estado de equilibrio de las familias y por lo tanto la patología.

Hace no mucho tiempo una madre con discapacidad auditiva y del habla llevó a su hijo a SALME para una evaluación psiquiátrica. El personal encargado de tomar los datos no pudo comunicarse con ella, por tanto resultaba imposible abrir un expediente clínico. El personal administrativo se comunicó con otra institución pública la cual movilizó sus recursos y acordó que enviaría a SALME a dos intérpretes que pudieran mediar la comunicación entre el paidopsiquiatra y la madre del niño. Los intérpretes demoraron tanto en llegar que el paidopsiquiatra decidió iniciar la consulta esperando poder comunicarse al menos a señas con la madre. Los esfuerzos fueron infructuosos. El niño, aunque no tenía ninguna discapacidad, resultó una pésima fuente de información pues ignoraba la razón por la que su madre lo llevaba a consulta. Sin embargo, un breve diálogo con el menor mostró de manera muy clara la forma en que la institución caía en el paternalismo y movilizaba los recursos de otras instituciones públicas antes que movilizar los de una institución más importante: la familia del pequeño.

Paidopsiquiatra: Oye... ¿y tu papá?

Niño: Está trabajando.

Paidopsiquiatra: ¿Por qué no vino?

Niño: Porque está trabajando.

Paidopsiquiatra: mmm... ¿Tu papá oye y escucha bien?

Niño: sí.

Ante este breve intercambio de palabras se decidió resolver la situación programando una nueva cita en la que el pequeño asistiera a consulta con ambos padres. Ya no eran necesarios los intérpretes.

¿Podrán las instituciones públicas romper sus propias pautas y desafiar su visión paternalista ante los problemas de las familias que atienden? ¿Lograrán aprender a ver y a movilizar los recursos de cada familia antes que los institucionales?

En los últimos meses del 2012 comenzaron a realizarse algunos cambios en la manera de trabajar de quien esto escribe. La cámara de Gesell de SALME, la cual se encontraba inhabilitada comenzó a utilizarse. Se adquirió un modesto equipo para videograbar y para transmitir el audio de la sala de terapia a la sala de observación. Prácticamente la cámara de Gesell fue inaugurada pues no se tiene registro de que haya sido utilizada antes para el tratamiento de familias. Llama la atención que en muchos centros de salud mental del país las cámaras de Gesell se encuentran funcionando de manera diferente para la que fueron diseñadas, se habilitan como aulas, salas de juntas, bodegas o como

oficinas. Han dejado de ser el escenario en el que las familias expresan sus problemas y reciben ayuda.

Comenzaron a programarse sesiones de terapia familiar varios días de la semana. Cada familia asistía a un programa de diez sesiones con un intervalo de tres semanas entre cada sesión. Los médicos residentes de psiquiatría de SALME y algunos psicólogos de la institución comenzaron a participar como coterapeutas y como observadores detrás del espejo unidireccional. Las sesiones se realizaban siguiendo el modelo estructural y el modelo de Milán. Se han añadido a esta actividad médicos residentes de otras instituciones, del Hospital San Juan de Dios y del Centro Médico Nacional de Occidente.

Además de esta actividad se comenzaron a impartir clases dos veces a la semana a los médicos residentes sobre terapia familiar y psicopatología infantil. Muchos conceptos explicados en las clases resultaban más claros para los estudiantes al observar los fenómenos clínicos en la cámara de Gesell.

Se ha realizado también un esfuerzo por modificar el consentimiento informado para el tratamiento psiquiátrico de menores de edad, ya que el consentimiento actual solicita únicamente la firma de un progenitor. El consentimiento propuesto se adhiere estrictamente al marco legal y además, al pedir la autorización de ambos padres para la medicación resulta más ético e incluso sistémico. En abril del 2013 el consentimiento informado propuesto fue aprobado por el Comité de Ética de SALME y actualmente está en espera de la decisión que tome la junta de gobierno del Centro de Atención Integral a la Salud Mental de Estancia Breve para que pueda comenzar a usarse en la clínica de niños y adolescentes.

Desde hace varios años SALME ha mostrado la intención de ampliar el área de niños y adolescentes con instalaciones nuevas y más personal. De ser esto posible se podrán ofrecer más servicios y podrían incluirse modalidades de intervención como las ya descritas con el fin de que los niños reciban un abordaje sistémico de sus problemas.

Conclusión

El desarrollo de una paidopsiquiatría basada en la teoría sistémica representa un campo fértil y novedoso para el tratamiento de los trastornos mentales de los niños. Durante muchos años, la psiquiatría infantil tradicional ha carecido de un cuerpo teórico anclado en el conocimiento científico que respalde la comprensión de la psicopatología y la manera de intervenir. La paidopsiquiatría sistémica debe ser incluyente y aprovechar todos los avances del conocimiento para el beneficio de los niños que sufren problemas emocionales o de conducta.

Referencias bibliográficas

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5a Ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- ANDOLFI, M. (1989). *Terapia Familiar*. Mexico, DF: Paidós.
- BATESON, G.; JACKSON, D. D.; HALEY, J. y WEAKLAND, J. (1956). "Toward a Theory of Schizophrenia". *Behavioral Science*, 1(4), 251-264.
- BETTELHEIM, B. (1979). *Diálogos con las madres de niños normales*. Bogotá: Círculo de Lectores.
- BLAZER, D. (2002). *Freud contra Dios. Cómo la psiquiatría perdió su alma y el cristianismo su cabeza*. Buenos Aires: Lumen.
- BOSCOLO, L.; CECCHIN, G.; HOFFMAN, L. y PENN, P. (1989). *Terapia familiar sistémica de Milán. Diálogos sobre teoría y práctica*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- BRADLEY, C. (1937). "The behavior of children receiving Benzedrine". *American Journal of Psychiatry*, 94(3), 577-585.
- CECCHIN, G.; LANE, G. y RAY, W. A. (2002). *Irreverencia. Una estrategia de supervivencia para terapeutas*. Barcelona: Paidós.
- EBAUGH, F. G. (1923). "Neuropsychiatric sequelae of acute epidemic encephalitis in children". *American Journal of Diseases of Children*, 25, 89-97.
- ELLIS, A. (1964). *La Tragedia Sexual Norteamericana*. Buenos Aires: Ediciones Siglo XX.
- FREUD, S. (2007). *Análisis de la fobia de un niño de cinco años*. En Obras completas (Vol. 2, pp. 1364-1440). Madrid: Biblioteca Nueva.
- JOSEPHSON, A. M. y AACAP WORK GROUP (2007). "Practice Parameter for the Assessment of the Family". *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(7), 922-937.
- HALEY, J. (1994). *Terapia no convencional: las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson*. Buenos Aires: Amorrortu.
- (2008). *Terapia para resolver problemas. Nuevas estrategias para una terapia familiar eficaz*. Buenos Aires: Amorrortu.
- HOFFMAN, L. (1987). *Fundamentos de la terapia familiar. Un marco conceptual para el cambio de sistemas*. México, DF: Fondo de Cultura Económica.
- ITARD, J. (2003). *Mémoire et Rapport sur Victor de l'Aveyron*. Paris: Edition électronique réalisée par Pierre Palpant.
- MARCELLI, D. y AJURIAGUERRA, J. (1996). *Psicopatología del niño* (3.ª ed.). Barcelona: Masson.
- MINUCHIN, S. y FISHMAN, H. (1984). *Técnicas de terapia familiar*. México, DF: Paidós.
- MINUCHIN, S. y NICHOLS, M.P (1994). *La recuperación de la familia. Relatos de esperanza y renovación*. Barcelona: Paidós.
- MINUCHIN, S. (2001). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- PAZ, O. (2003). *La llama doble. Amor y erotismo*. México, DF: Seix Barral.
- SALME INSTITUTO JALISCIENSE DE SALUD MENTAL (2013). Centro de Atención Integral en Salud Mental de Estancia Breve. Recuperado el 25 de noviembre del 2013, de <http://www.jalisco.gob.mx/wps/portal/salme/estanciabreve>
- SELVINI-PALAZZOLI, M.; CIRILLO, S.; SELVINI, M. y SORRENTINO, A. M. (1990). *Los Juegos Psicóticos de la Familia*. Barcelona: Paidós.
- SHAKESPEARE, W. (1975). *William Shakespeare the complete works*. New York: Gramercy Books.
- SPITZ, R. (2003). *El Primer Año de Vida del Niño*. México, DF: Fondo de Cultura Económica.
- SUÁREZ, M. (2004). "El enfoque narrativo en la terapia". En L. L. EGUILUZ (Comp.), *Terapia familiar*. México, DF: Editorial Pax México.
- WHITE, M. y EPSTON, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.
- WHITEHEAD, A. N. y RUSSELL, B. (1910). *Principia Mathematica*. Cambridge: Cambridge University Press.

2 Prefijo del griego “país, paidós”, que significa “niño”.

3 Lo primero es no dañar.

4 *The play's the thing wherein I'll catch the conscience of the king* (Acto II, escena XI).

5 Desafortunadamente el término “ecológico” se ha transformado mucho en el lenguaje popular, al grado que puede resultar confuso. Si un paidopsiquiatra se define como ecológico, sus colegas quizá entiendan que está a favor del reciclaje de basura o que evita el uso indiscriminado de papel para no fomentar la tala inmoderada.