

J. A. Serrano

La circulación de la demanda en paidopsiquiatría de enlace

Profesor. Jefe de Clínica. Servicio de Psicopatología (Prof. J. P. Roussaux).
Unidad de Paidopsiquiatría (Prof. J.-Y. Hayez)
Cliniques Universitaires Saint Luc de Bruxelles
Universidad Católica de Lovaina. Bélgica.

The pathways of request consultation in liaison child psychiatry

Correspondencia:

J. A. Serrano
Servicio de Psicopatología
Cliniques Universitaires Saint-Luc
Av. Hippocrate 10- Bte 21.60
1200 Bruxelles

RESUMEN

El presente artículo presenta las características de la circulación de la demanda en el campo de la paidopsiquiatría de enlace. Después de definir lo que se entiende por psiquiatría de enlace, el autor se refiere a las funciones de mediación y de integración propias a esa práctica. Se describen sus principales características, señalándose las ventajas y desventajas de cada una de ellas.

its practice. These functions are accurately described pointing out theirs respectively advantages and disadvantages.

KEY WORDS

Liaison child psychiatry; Mediation; Integration.

PALABRAS CLAVE

Psiquiatría de enlace; Mediación; Integración.

INTRODUCCIÓN

La participación de psiquiatras, psicólogos clínicos y psicoanalistas de niños en el trabajo clínico de los equipos y servicios pediátricos, traduce el interés creciente de los pediatras por los aspectos afectivos y emocionales que intervienen en el devenir del enfermar infantil.

ABSTRACT

This article describes the main characteristics of the consultation request circulation in to the liaison child psychiatry field. At the beginning, the author defines liaison child psychiatry, to introduce next the functions of mediation and integration as the core of

En la dialéctica de la psiquiatría de enlace, la puntuación de la interacción con los pediatras se desplaza entre las funciones de *mediación* y de *integración*. En este trabajo me propongo describir ambas modalidades de intervención, subrayando sus características, así como sus ventajas y desventajas. Baso la des-

cripción en mi experiencia de paidopsiquiatra de los servicios pediátricos de las Clínicas Saint-Luc y del Centro Neurológico William Lennox dependientes de la Universidad Católica de Lovaina.

A decir verdad, la participación del «psi»¹ en el campo pediátrico no es tarea fácil pues, aún en el mejor de los casos, subsisten ambigüedades y dificultades motivadas, entre otros factores, por la naturaleza de la demanda de intervención, las expectativas subyacentes a la misma o las trabas en la delimitación de papeles entre los diferentes actores.

El campo de la paidopsiquiatría de enlace

La *psiquiatría de enlace*, llamada también de *consulta*², ha sido definida como el dominio de la psiquiatría clínica que trata de los aspectos psicológicos de la enfermedad y de la práctica médica en un hospital general (Lipowski, 1967 a y b). Su campo de aplicación cubre las actividades de diagnóstico, terapia, enseñanza y de investigación dentro de los servicios no psiquiátricos de los hospitales generales (Lipowski, 1974). Esta forma de intervención, «la más favorable para la función de los psiquiatras en el hospital general» al decir de Kaufman (1953), exige una definición realista y correcta de sus alcances, funciones e, incluso, de las dificultades previsibles.

Considero la *psiquiatría infantil de enlace*³ como la *actividad de colaboración*⁴ (mediación, coordinación, facilitación e integración) entre un paidopsiquiatra o un equipo psiquiátrico (psiquiatra, psicólogo clínico, trabajador social, etc) y un pediatra o un equipo

pediátrico en la atención del niño enfermo. Su quehacer engloba y modifica la práctica tradicional de la *interconsulta*, la cual, se limita muchas veces a intervenir en el diagnóstico y en la gestión de "pacientes difíciles" (función correctora o protectora de pseudo-enlace, Roelandts y Mortelmans, 1994) o a «sumar» un saber más acerca del niño, su comportamiento y/o de su disfunción psicológica, sin reconocer necesariamente la demanda profunda del sujeto.

La actividad de la psicopatología infantil de enlace se ha modificado e intensificado considerablemente en el curso de los últimos decenios⁵ (Mrazek, 1985; Lipowski, 1972, 1981; Prugh y Eckhardt, 1979; Pasnau, 1982; Jellinek y Herzog, 1990; Hayez et al, 1991; Scheppens y Roelandts, 1992; Roelandts y Mortelmans, 1994) abarcando actualmente al menos tres vastos campos de intervención:

- El de todo *niño enfermo*, particularmente cuando su padecimiento es de carácter crónico, como por ejemplo, la epilepsia, los trasplantes de órganos, las leucemias, etc (Alby y Alby, 1974; Raimbault, 1974; Serrano, Verougstraete y Ghislain, 1987; Serrano y Schwering, 1992).
- El campo de las llamadas «*afecciones psicósomáticas*», entre otras: el eczema, la pelada, la anorexia, la obesidad, ciertas formas de asma o de diabetes, etc. (Siméon, 1983; Siméon y Malvaux, 1990; Serrano et al, 1992, 1996).
- La evaluación y el diagnóstico de *cuadros psicopatológicos* francos, como son: depresión, la ansiedad, los trastornos de la conducta, los cuadros psicóticos, etc (cfr. Reca et al 1961; Leslie in Garralda, 1993).

Estos tres aspectos se inscriben y se superponen, de alguna manera, en un continuum, aunque el primero corresponda también al campo de la psicología médica y el último al de la psiquiatría general.

El término de psiquiatría infantil de enlace constituye entonces una propuesta reciente para designar y ampliar la práctica, más o menos tradicional, de la interconsulta psiquiátrica, así como para favorecer la reflexión teórico-práctica acerca del hecho psicósomá-

¹ Es tradicional en nuestro servicio el utilizar el término «psi» para referirse indistintamente a los psiquiatras y psicólogos que participan en las tareas de enlace (cfr. Hayez, 1991).

² La denominación de psiquiatría de consulta me parece inapropiada. No comparto la posición corriente que consiste en utilizar indiferentemente los términos de «enlace» o de «consulta». El término «enlace» se refiere al objetivo, a largo plazo, perseguido por esta práctica, mientras que el de «consulta» apunta, mas bien, a un método de intervención puntual no específico.

³ Convendría llamarla «*psicopatología de enlace*» puesto que engloba toda la actividad clínica, pedagógica y terapéutica de orden psicológico, ejercida por psiquiatras y psicólogos clínicos en un hospital.

⁴ Los anglosajones utilizan el término de «partnership» para describir esta actividad.

⁵ Tomando en cuenta, por supuesto, los malentendidos relacionados irremediabilmente con el acto médico (cfr. Clavreul, 1978; Brody, 1989).

34 tico, cuyas raíces se confunden con el nacimiento mismo de la medicina.

A mi entender, la psiquiatría infantil de enlace comporta en su quehacer un doble engarce:

- El primer engarce es el de la *integración del paidopsiquiatra* en la práctica cotidiana de la pediatría hospitalaria o ambulatoria.
- El segundo pretende establecer una *articulación entre lo psíquico y lo somático*, tanto en la actividad clínica, como en la reflexión teórica y en la investigación.

La reflexión propuesta en el presente trabajo se inscribe en el primero de los engarces mencionados: el de la interfase entre el paidopsiquiatra y el pediatra. Sin embargo, cualquiera que fuese el campo de acción, el *objetivo* central de la paidopsiquiatría de enlace es el de reconocer en el niño enfermo su *calidad de sujeto* deseante⁶, inscrito en una historia que es (la) suya (historia personal) y la de los suyos (historia familiar) e inserto en un contexto socio-familiar dado. Se postula, en resumen, la necesidad de un abordaje global, biopsicosocial, del niño enfermo.

Para Beigler et al (1959, cit. por Lipowski, 1967 a) la psiquiatría de enlace sería «un proceso constituido por una serie de fases en el sentido en que el grado de aceptación del consultante, el tipo de demandas que se le solicita tratar, la eficacia y el valor correlativos de su contribución pasan por una serie de etapas antes de alcanzar un estado óptimo».

Este alcanzar un estado óptimo estable me parece relativo. En efecto, aquello que está en juego en la interacción niño enfermo/padres-pediatra-psiquiatra, a causa de su carácter transferencial movilizador de representaciones de deseo, crea un campo de interacción dinámico y, por lo tanto, sometido al juego de las circunstancias. A partir de esta reflexión me parece ilusorio pretender alcanzar una estabilidad óptima.

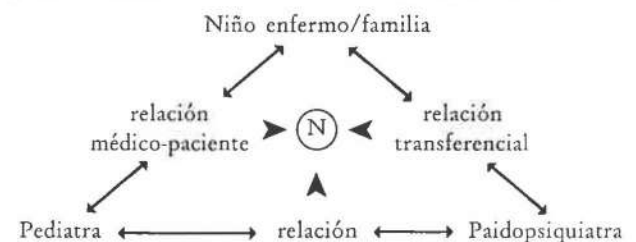
En los hechos, el escenario de la práctica pediátrica y psicopatológica de enlace constituye un *espacio de encuentro* en el cual se dan cita tres polos protagónicos: el *niño enfermo* y su *familia*; el *pediatra* y el *paidopsiquiatra*. Cada uno de estos protagonistas des-

empeña diferentes papeles, —complementarios por definición, a veces, contradictorios en lo cotidiano— y espera algo de la interacción porque ésta suele revelar sus propios deseos y angustias en torno a la dialéctica de la demanda y de la respuesta. Dicho de otro modo, ese espacio de encuentro escenifica un *proceso dinámico constante*, cargado de utopía y de creatividad. En ese escenario, el pediatra, por su formación y su saber hacer, tiende muchas veces a atomizar la problemática del niño, mientras que el psicopatólogo infantil, sin negar la realidad del cuerpo-en-sí del sujeto, orienta su práctica a la escucha de la demanda profunda del niño y de su familia, buscando comprender los aspectos páticos del enfermar.

Entre esos distintos polos protagónicos se establecen tres diadas interactivas: la *relación médica* pediatra-niño enfermo/familia; la *relación transferencial* paidopsiquiatra-niño enfermo/familia, y la *relación interdisciplinaria* pediatra/paidopsiquiatra. Según Roelandts y Mortelmans (1994), que han profundizado el análisis de estas tríadas, el conjunto del campo interactivo permite la función integrativa del enlace (esquema 1) (cfr. también Scheppens y Roelandts, 1992). Dentro de este campo, en la intersección entre las diferentes diadas interactivas, se establece la función integradora del trabajo de enlace en torno al niño (función específica según los autores citados).

Las características de la relación interdisciplinaria pediatra-paidopsiquiatra son de importancia capital para la funcionalidad del proceso, pues la definición de papeles asumidos por cada uno de ellos contribuye ampliamente a preservar la propia identidad y especificidad profesional, garantías necesarias para la calidad de la intervención de enlace.

Esquema 1. Escenario de la psiquiatría de enlace



(Versión modificada de Roelandts y Mortelmans, 1994).

⁶ Según Clavreul (1978): «La medicina (actual) está fascinada por su eficacia a propósito de lo que ella se dota como objeto: la enfermedad. No es menos fascinante por lo que ella destituye: el hombre como sujeto de deseo».

El pediatra ocupa, desde luego, una posición privilegiada de primera línea en la detección de la problemática afectiva y relacional del niño, muchas veces disfrazada por dolencias somáticas «funcionales». Esas dolencias somáticas se arraigan por supuesto en el discurso colectivo familiar (family complaint style) y social; sin embargo, en el campo del enlace, el discurso pediátrico es el organizador de la dolencia inicial presentada por un niño bien concreto.

La acción psicológica del pediatra, cuyo impacto se mantiene a todo lo largo de las consultas es, sin embargo, poco visible, poco espectacular, pues su acento radica más en la prevención que en la curación. Ella exige del pediatra una capacidad de acogida y de escucha empática que conviene respetar en el trabajo de enlace cuyo objetivo —afírmese de una vez— no es el de psiquiatrizar la pediatría.

La función del pediatra se complica frecuentemente, a causa de las dificultades emergentes del manejo del contenido «extra-enfermedad» presente en el discurso del niño y de sus padres, así como a causa de las trabas «adultomorfas» que impiden «reconocer la palabra» del niño como autónoma. En ese contexto, la demanda del pediatra surge cuando su saber médico no es suficiente para explicar la evolución de una dolencia somática dada, para manejar una situación psicosocial complicada o integrar la dimensión psicosocial como factor patógeno primario o secundario.

Ahora bien, la posición del pediatra, en cuanto al síntoma se refiere, se inscribe en una lógica diferente a la del paidopsiquiatra. No otra cosa afirma Winnicott (1971), psicoanalista de niños venido de la pediatría, cuando insiste en la diferencia de actitud emocional entre el pediatra y el «psi»: «para el pediatra el síntoma representa un desafío a su arsenal terapéutico. En presencia de un niño que sufre, para él es importante que el diagnóstico sea rápidamente efectuado y la causa suprimida. Para el psiquiatra, el síntoma representa una organización sumamente compleja, surgida y conservada a causa de su valor», valor defensivo, valor de signo, valor significante para el sujeto-niño.

Aunque comparto esta afirmación, creo, sin embargo, que la participación del paidopsiquiatra en los servicios de pediatría ha permitido superar algunos de los conceptos tradicionales de la psiquiatría infanto-juvenil, tales como el respeto absoluto de la relación singular, la necesidad de no «atacar» directamente al

síntoma o la evacuación sistemática de la dimensión biológica. La *preocupación terapéutica* —la desaparición del síntoma— interesa tanto al pediatra como al psiquiatra de enlace, quien, en una práctica de colaboración, no puede «refugiarse» en una posición «solipsista» transferencial. Gracias a la orientación resueltamente biopsicosocial que informa el quehacer paidopsiquiátrico actual, así como al desarrollo del abordaje sistémico en psicopatología, se ha superado la desconfianza especular en los aspectos biológicos, por parte del psicopatólogo y en los psicosociales, por parte del pediatra.

El paidopsiquiatra responde a la demanda del pediatra mediante diferentes modelos de intervención: orientados hacia el paciente, hacia el médico solicitante, y hacia la situación (Lipowski, 1967 a); intervenciones directas o indirectas (Serrano, 1995). En nuestra práctica, orientada hacia el trabajo con el paciente, predominan dos configuraciones interactivas: la *demanda de triangulación —la mediación—*, es decir, la prescripción del psiquiatra, o sea la transferencia del paciente del pediatra al «psi»; la *triangulación de la demanda —la integración* del psiquiatra en el quehacer pediátrico, desde los primeros momentos de la intervención con el niño enfermo.

En este trabajo, valga la aclaración, utilizaré el término de triangulación para designar la introducción de un tercer polo en la relación pediatra-niño enfermo/padres.

El paidopsiquiatra en la función de mediación

Hasta hace poco tiempo la circulación de la demanda en psiquiatría de enlace se caracterizaba, casi únicamente, por la clásica *demanda de consulta psiquiátrica (la interconsulta)*. En este caso el psicopatólogo de enlace asume un papel de *mediación* para facilitar la vinculación entre la psiquiatría general y las demás especialidades médicas⁷ entre el cuerpo y el espíritu⁸. En el campo de la psicopatología infantil de

⁷ Consultation liaison psychiatry stands between psychiatry and the rest of medicine» (Pasnau, 1982).

⁸ Existe, a la vez, una interdependencia y una autonomía funcional entre los niveles biológico y psíquico que participan en la arquitectónica del ser humano (cfr Serrano, Charlierin Hayez et al, 1991).

36 enlace, la mediación se sitúa entre el pediatra y el niño (y sus padres), entre los pacientes y los miembros del equipo pediátrico, entre la salud somática y la salud mental⁹. Dicho de otro modo, la mediación se ejerce entre la dolencia somática (el cuerpo-en-sí) y la vivencia subjetiva (el alma), las cuales forman parte del devenir de todo enfermar humano.

La tarea principal del psicopatólogo de enlace sería la de mejorar la comunicación niño/familia-equipo médico, contribuir a la comprensión de las motivaciones de la conducta del paciente y manejar los conflictos emergentes de la misma y, por ende, contribuir a mejorar la relación médico-paciente. El papel de intermediario (go-between) desempeñado por el «psi» posibilita la mediación entre ideologías y prácticas médico-biológicas y las psiquiátrico-conductuales. Se refuerza de este modo el saber médico.

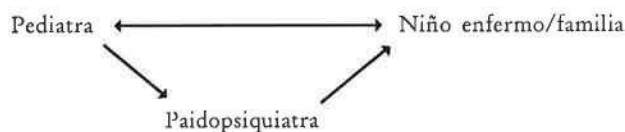
En ese sentido, considera la mediación como parcial e incompleta, puesto que, como afirman Schepens y Roelandts (1992), la especificidad de la función de enlace no puede limitarse a una posición diagnóstica, objetivante o descriptiva, transformada en la prolongación del lenguaje médico-científico organicista (función correctriz o de pseudo enlace).

Pese a estas limitaciones, la función de mediación conserva todo su valor en su búsqueda de mejorar las condiciones de la práctica médica y de reconocer (rehabilitar) como válidos el discurso y el comportamiento del paciente, muchas veces juzgados como «artefactos» por el cuerpo médico.

El escenario típico de la demanda de triangulación es el siguiente: un niño definido como «enfermo» es conducido por sus padres —muchas veces la madre— a una consulta (o servicio) pediátrica. El pediatra, al cabo de un examen minucioso del cuadro clínico, y en ausencia de un diagnóstico preciso, decide «prescribir un examen psi» (esquema 2). Y esta prescripción, muchas veces de último momento cuando se trata de una hospitalización, se encuentra incluida en un caleidoscopio de exámenes médicos complementarios en cascada.

La demanda de triangulación, conviene precisar aún más, se define entonces como la introducción com-

Esquema 2. Demanda de triangulación.



plementaria de un «psi» en una relación médica pediatra-niño enfermo ya establecida. El psiquiatra ocupa, de hecho, una posición tercera frente a la demanda inicial la cual se encuentra así «triangulada».

Al introducir un tercer término en el contexto diagnóstico y terapéutico se modifica la demanda inicial dirigida por los padres al pediatra. La demanda asumida en un primer tiempo por el pediatra, y reorientada luego hacia el «psi», transforma radicalmente la naturaleza del campo transferencial. Los padres se ven emplazados a renunciar a toda explicación o etiqueta somática y a reconstruir una nueva representación de la enfermedad del niño. Para los padres, el diagnóstico somático, no se olvide, es, en general, más tranquilizante, pues les evita todo cuestionamiento de tipo personal. La transformación de la dolencia somática en sufrimiento psicológico supone entonces una ruda prueba para los padres, tanto más cuanto ellos adhieren a la imagen de «médico de locos» atribuida al psiquiatra por el imaginario social.

Ahora bien, definir la función del psiquiatra de enlace exclusivamente como la de un especialista de la patología mental, es encerrarlo dentro de una cierta ideología, respecto al hecho psíquico, frente al substrato somático. Además de marginalizarle, esta definición despierta inevitablemente una serie de profundas fantasías tanto en el pediatra como en el niño y su entorno familiar.

Esta referencia latente justifica, además, al menos parcialmente, las dudas del pediatra para pedir su intervención. «Quisiera que vieses al niño fulano» —me decía un día un colega pediatra— «pero prefiero esperar un poco...» se apresuraba a añadir. Se trataba de un «esperar» pleno de sentido: la familia podría molestarse por la intervención del «psi»: «¿Por qué pedir un examen «psi»?», «¡Nuestro hijo no está loco!», «¿Acaso no somos buenos padres? ¡Somos una familia sin problemas!», son algunas de las reacciones tí-

⁹ Lipowski (1972) subraya este aspecto de mediación entre la psiquiatría y la medicina somática.

picas de los padres sorprendidos por la «prescripción del psi». Otras intervenciones del pediatra son del mismo estilo cuando propone por ejemplo: «¿Podrías examinar al niño zutano sin decirle que eres psiquiatra?» ¡¡!!

El pediatra, imbuido de tales imágenes y reticencias, cargadas emocionalmente, respecto al psiquiatra¹⁰, corre el riesgo de transmitir las inconscientemente a la familia. Ésta presiente la ambivalencia del pediatra, la cual refuerza aún más su actitud defensiva. Se establece así un escenario pre-transferencial análogo al descrito por Mannoni (1967) en otro contexto.

Por otra parte, el paidopsiquiatra, en su deseo de responder a la demanda pediátrica implícita de «curar al niño» o de «suprimir la causa», puede comprometerse en un «actuar» buscando obtener resultados a cualquier precio (cfr. Lachaud, 1975). Al intervenir de este modo, el paidopsiquiatra crea condiciones negativas para la terapia y problematiza aún más la práctica de enlace. Es como si ambos protagonistas no pudiesen contener la circulación de la angustia, debido a la ausencia de representación simbólica de la demanda, así como de una clara definición de las funciones y expectativas respectivas.

La demanda de triangulación exige la clarificación de las expectativas propias a los protagonistas del enlace. Se trata muchas veces de constatar la impotencia del pediatra a tratar un niño dado: «Hemos ensayado todo tipo de tratamientos, pero su hijo no mejora. Tendrá que consultar con un psiquiatra». Examinada de cerca, esta intervención banal comporta también una coloración pesimista («No soy capaz de curar a su hijo»), así como una cierta descalificación del propio prescriptor («No he tenido éxito y me resigno a confiar el tratamiento a otro colega»). En este contexto, la intervención del «psi» constituye un último recurso propuesto sin entusiasmo.

El pediatra demandante (solicitante) puede entonces definirse a sí mismo como un diagnosticador («He comprendido el problema del niño») o como un terapeuta impotente, ya se dijo, («No sé cómo ayudar al niño»). Confiar el paciente al «psi» significa, en definitiva, asumir los límites del saber médico, aunque

persista la esperanza de que el «psi» encuentre, como buen «mago» (Selvini et al, 1980), la solución al problema.

Otra modalidad de recetar el «psi», bastante frecuente, se expresa así: «Su hijo no tiene nada; es psicológico, tiene que consultar un psiquiatra». La intervención «psi» equivale a «ocuparse de nada», lo cual acentúa de paso el clivaje psíquico/soma. El psiquiatra se transforma en «especialista de nada» y el paciente confronta una paradoja: se le prescribe un «psi» para ¡¡curarse de nada!! Por supuesto el paciente se aferra a esa paradoja para rechazar el examen «psi»: «por qué buscar la ayuda de un médico, si se tiene «nada», lógica implacable resultante de una intervención involuntaria. Vemos entonces cómo, los aspectos inconscientes de la demanda (cfr. Berger y Lauras, 1979)¹¹, lo que se juega entre bambalinas, complican aún más la colaboración pediatras-paidopsiquiatras.

La demanda de triangulación plantea, a mi entender, aún otras interrogantes ¿a cuál demanda responde el «psi» de enlace? ¿a la del niño, a la de los padres o a la del pediatra? ¿Cómo puede no responder, al menos en un primer momento, a la demanda del pediatra? puesto que los padres no le han formulado ninguna demanda personal. ¿Cómo manejar estas situaciones ambiguas?

Para responder, al menos parcialmente a estas interrogantes, conviene, en un primer momento, discutir la demanda con el pediatra consultante, es decir, precisar sus expectativas o ponerse de acuerdo sobre la manera de proponer la intervención del «psi» a la familia, por ejemplo. Además, durante la primera entrevista con el paciente y sus padres, es indispensable indagar acerca de la significación y la vivencia de la familia de cara a la propuesta del pediatra y al encuentro con un «psi». Estos intercambios preliminares facilitan el pasaje y, por ende, la calidad de la intervención del paidopsiquiatra.

El pediatra, se dijo anteriormente, espera del «psi» una serie de proposiciones concretas en vista a la solución rápida del problema, fuente de angustia para él (niños agresivos, ansiosos, que se niegan a respetar

¹⁰ Por supuesto, el psicólogo clínico e incluso el psicoanalista despiertan menos resistencias de este tipo.

¹¹ Estos autores utilizan el término de triangulación de la demanda cuando el pediatra acude al «psi» para introducir la función tercera (la Ley, la separación) dentro de una relación niño/padres fusional o patógena.

- 38 su tratamiento, niños gravemente enfermos, etc). «Responder» eficazmente a las angustias del equipo pediátrico, manejar la depresión y la ansiedad del niño, son otras tantas interrogantes que interpelan al psicopatólogo de enlace.

La integración del paidopsiquiatra en el quehacer pediátrico

La *triangulación de la demanda* es un modelo de trabajo de enlace que pretende superar los escollos propios a la «prescripción del psi» y al tránsito del paciente de un especialista al otro, que acabamos de describir. Ella implica un cierto grado de *integración* del paidopsiquiatra en el campo del quehacer pediátrico.

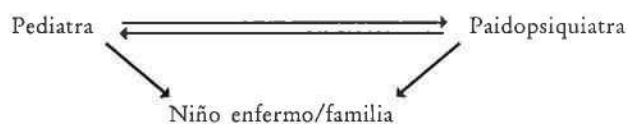
En este contexto, el «psi» se define desde el inicio como un miembro más del equipo terapéutico; recíprocamente, el «psi» sugiere de entrada la participación del pediatra cuando la demanda se le dirige en primer lugar. La base teórica de este tipo de intervención terapéutica es el reconocimiento explícito del carácter global, tanto del enfermar del sujeto-niño como de su abordaje terapéutico.

En efecto, la triangulación de la demanda implica un acuerdo básico, más o menos compartido, acerca de la naturaleza psicósomática de toda práctica pediátrica y, en particular, de ciertas formas de patología definidas específicamente como «psicósomáticas» (pelada, eczema, anorexia, obesidad) o biopsicosociales. Esos cuadros patológicos han sido mencionados en el marco de los dos primeros campos de acción de la psicopatología de enlace. La triangulación de la demanda supone además una delimitación clara de las modalidades específicas de intervención, como se verá más adelante.

La demanda expresada por los padres acerca del niño enfermo, sea ésta dirigida originalmente al pediatra o al «psi», se reemarca o redefine en un campo del enlace como un pedido que «les liga a ambos». La diada pediatra-psicopatólogo de enlace impone entonces un marco preciso a la demanda formulada por los padres del niño, «a sus espaldas», me atrevería a decir.

La triangulación de la demanda configura el escenario del enlace como la intervención conjunta de la diada pediatra-paidopsiquiatra frente a la demanda de los padres (esquema 3). Ella permite la emergencia de una mirada y de un discurso interdisciplinario a pro-

Esquema 3. *Triangulación de la demanda.*



pósito del niño enfermo y de su medio familiar (función de integración de la psiquiatría de enlace); se establece, de este modo, un campo de interacción particular dentro de una estrategia que confirma la integración de la psiquiatría en el campo médico y la articulación psicósomática de las dolencias «propuestas» por el niño.

Sin embargo, la integración de la psiquiatría en el quehacer médico no permite concluir, como ciertos autores pretenden que la psiquiatría se definirá, en lo sucesivo, como una «disciplina médica»¹². A mi parecer, a la psiquiatría le interesa respetar su especificidad, vale decir: definirse como una disciplina científica médico-psicológica ampliamente condicionada por el contexto familiar y socio-cultural. Y es manteniendo la fidelidad a sí misma que podrá asumir mejor su integración en el quehacer médico gracias a la práctica de enlace.

En la práctica, la triangulación de la demanda se traduce particularmente mediante la llamada *co-consulta*, aunque otros métodos de intervención responden también a idénticos objetivos: la participación a las reuniones de staffs clínicos, diagnósticas o terapéuticas; el apoyo psicológico de los equipos pediátricos, etc. Propuse, en otro contexto (Serrano, 1995), denominarla consulta integrada o conjunta, puesto que exige, por un lado, la integración del «psi» en los equipos pediátricos, y por otro, la presencia simultánea de ambos profesionales durante la entrevista, dentro de una atmósfera de colaboración franca, de estima y de reconocimiento recíprocos.

La diada «interdisciplinaria» se define como solidaria, tanto en el proceso diagnóstico como terapéutico. Se evita, de este modo, reforzar una cierta dicotomía profesional, así como la indiferenciación de

¹² Consultation-liaison psychiatry provides a fit vantage point for watching the changes that permit prediction of the future directions in psychiatry as a *medical discipline* (Lipowski, 1974).

papeles que acechan la práctica de psicopatología de enlace. La triangulación de la demanda permite sortear estas y otras dificultades al introducir modalidades de intervención propicias al tratamiento de ciertas formas graves de patología pediátrica o psiquiátrica.

El interés bifocal de la consulta conjunta se traduce tanto mediante la protección del cuerpo-en-sí en cuanto realidad objetiva (cuerpo vital, cuerpo biológico), función asumida por el pediatra, como mediante el reconocimiento del mundo afectivo y relacional del niño, función asumida prioritariamente por el «psi». La experiencia del cuerpo-para-sí (cuerpo vivenciado) y del cuerpo para-los-otros (cuerpo relacional), latente en el discurso del niño y de sus padres, revela las características de la trama deseante que les une. Y la vivencia de esta trama deseante constituye el objeto de la intervención psicopatológica.

El escenario de la triangulación de la demanda supone así la existencia inaugural y simultánea de dos polos de enlace (esquema 3) la relación interdisciplinaria pediatra-«psy» y la relación médica establecida por esta primera diada con el niño enfermo/familia.

Pese a la integración del paidopsiquiatra en el sistema terapéutico pediátrico, este modelo plantea, en la práctica, una serie de interrogantes: ¿Están los padres dispuestos a aceptar sin más una tal definición de la práctica médica? ¿Pueden ellos comprender el porqué de esta propuesta? ¿No será que la triangulación de la demanda crea una cierta confusión de lenguajes al psicologizar (psiquiatrizar) la pediatría o al medicalizar la psiquiatría? ¿Cuál es el interés de establecer inicialmente un espacio de encuentro y de palabra «otro?», que implica para los padres y para el niño la necesidad de enunciar (re-enunciar) su dolencia de «otro modo». En el proceso de identificación y de diferenciación de discursos ¿el «psi» corre el riesgo de descuidar su función de «escucha»? Al subrayar su integración plena en el equipo pediátrico ¿puede el psicopatólogo de enlace mantener la suficiente distancia como para ejercer su papel de interrelación, sin «perder su alma»?

A decir verdad, en el quehacer cotidiano, se siente el psicopatólogo de enlace escindido entre la necesidad de conseguir la aceptación de los pediatras (necesidad de reconocimiento) y el deseo de escuchar «de otro modo» la demanda del niño y de sus padres.

Lograr la aceptación de los equipos pediátricos constituye, sin duda, una necesidad vital para la psicopatología de enlace. Sin embargo, esta necesidad difiere según las coyunturas: es mayor durante la fase de implantación del trabajo de enlace, y más flexible luego a medida en que la confianza y el respeto recíprocos se consolidan. El «psi» de enlace, insisto de nuevo, en cualquier circunstancia, ejerce una «misión específica: crear un espacio de palabra «otro» diferente del discurso médico objetivante. Ese espacio permite movilizar la palabra del niño y de sus padres en una búsqueda del sentido de las quejas somáticas, restableciendo así la continuidad de la relación del sujeto con su propio cuerpo y con su historia personal y familiar.

La triangulación de la demanda permite establecer una práctica médica centrada en el *contrato terapéutico* (Serrano et al, 1992 b et 1996), el cual consolida la alianza entre pediatras, paidopsiquiatras y niño/padres. Esta alianza es particularmente fecunda en ciertas formas graves de patología como son la anorexia mental o los trastornos del comportamiento. Al «triangular la relación en la realidad» (cfr. Berger et Lauras, 1979), el contrato propuesto a los padres busca especificar la función de los terapeutas para reducir los riesgos de pasaje al acto tan frecuentes en dichas patologías psicósomáticas graves.

La colaboración con los pediatras en el tratamiento de preadolescentes y adolescentes anoréxicas hospitalizadas en una unidad pediátrica confirma esta hipótesis (Serrano et al, 1992 b et 1996). En esos casos, la construcción de un marco terapéutico relativamente estructurado permite instaurar un programa integrado de intervención que toma en cuenta, sobre todo durante la fase de hospitalización, tanto los aspectos somáticos como psicológicos individuales y familiares. En torno al contrato, propuesto conjuntamente a la familia por el pediatra y el paidopsiquiatra, se implanta un trípode terapéutico abarcando las intervenciones a nivel somático (aspectos nutricionales y actividades físicas), a nivel psicológico individual (entrevistas de apoyo) y a nivel psicosocial (terapia familiar, actividades escolares y lúdicas, etc). Para llevar correctamente a cabo un tal proyecto conviene fomentar en el sistema terapéutico pediátrico-psiquiátrico una atmósfera de aceptación del paciente, así como la coherencia del equipo y la estabilidad del contexto terapéutico.

40 Mi trabajo en un centro de neurología pediátrica confirma también la validez de la triangulación de la demanda. En ese centro, el proceso diagnóstico y terapéutico moviliza tanto a los neuropediatras y paidopsiquiatras como a los psicólogos, trabajadores sociales, ortofonistas, neuropsicólogos, etc. Las familias de los niños hospitalizados mantienen contactos regulares con algunos de los miembros del equipo interdisciplinario, generalmente un médico acompañado por un «psi» o un trabajador social y un educador o enfermero de la unidad. La entrevista con la familia sirve para mantenerla informada acerca de la evolución del proyecto terapéutico, para definir actitudes comunes, para ayudar a los padres a desarrollar gestos educativos adecuados y para escucharlos en sus angustias y esperanzas. El diálogo interdisciplinario y la fluidez de la comunicación son factores determinantes para la buena marcha de los proyectos terapéuticos, los cuales se elaboran, vale la pena subrayarlo, en función de las características y prioridades de cada paciente.

Sin duda, la presencia del «psi» ayuda a «taponar las brechas» abiertas por la angustia vivenciada por los equipos pediátricos, tanto como el pediatra tranquiliza al «psi» en cuanto al funcionamiento del cuerpo. El enlace podría, de este modo, inscribirse en la ilusión de superación de insuficiencias recíprocas y en el incremento del poder terapéutico ... en la ilusión de llenar la falta, la incompletud de cada uno. Para el «psi» significa la seguridad de una atención del cuerpo del paciente en su realidad objetiva, preservándole, si no de la muerte, al menos de la falta de cuidados (evitar equivocarse de diagnóstico: «falsa anorexia, tumor verdadero»). Para el pediatra, representa ahorrarse las interrogantes personales acerca del contenido «extra-enfermedad», de la autonomía de la palabra infantil y del discurso «parasitado» afectivamente de los padres.

Más allá de la ilusión, la definición de la complementaridad de papeles —complementaridad jerárquicamente horizontal cuando el psiquiatra interviene— permite superar ciertas situaciones de rivalidad simétrica o de descalificación explícita o implícita. Los rasgos de una relación mal definida en el campo de la psicopatología de enlace se refieren, entre otros, a la puesta en marcha de decisiones tomadas sin concertación, el cuestionamiento del liderazgo frente a las familias, la centración de discursos sobre hechos ais-

lados o las decisiones terapéuticas parciales y parcializadas. Estas modalidades de interacción complican las tareas de enlace porque ellas confirman o reflejan el «desorden» preexistente vivido por ciertas familias. En esos casos, existe el riesgo de que la hospitalización pediátrica reproduzca especularmente la interacción vivida en el seno de la familia. Dicho de otro modo, el omitir una distribución funcional de papeles conduce muchas veces a reproducir los disfuncionamientos y conflictos vividos por el sistema familiar y a debilitar la capacidad del equipo terapéutico para afrontar la manipulación de ciertos pacientes diestros en ese arte.

En el campo del enlace, tanto los pediatras como los psicopatólogos están llamados a permanecer abiertos al diálogo y a la interpelación mutuos, evitando en la medida de lo posible, las amalgamas fáciles, las negociaciones superficiales o el silencio en torno a los conflictos. El diálogo interdisciplinario no busca la expresión de temores o de expectativas individuales, fruto de las fantasías propias a cada uno de los protagonistas, sino la circulación de la demanda y la identificación de sus características, así como de los medios a emplear para responder mejor a las necesidades del niño y de sus padres.

CONCLUSIONES

Este trabajo ha sido consagrado a subrayar el carácter dinámico de la psiquiatría de enlace. Su práctica se inscribe en la dialéctica existente entre la demanda de triangulación que privilegia la función de mediación y preconiza la transferencia al «psi», y la triangulación de la demanda que postula la integración del «psi» en los equipos pediátricos y favorece las consultas conjuntas. Se han descrito ambas formas de intervención para concluir que ellas no se excluyen, sino responden a lógicas y límites de espacio y de tiempo diferentes.

Una de las condiciones comunes esenciales para consolidar su eficacia es la de definir claramente la complementaridad y la especificidad de papeles tanto de los actores médicos como psicopatólogos. Esta complementaridad permite preservar la identidad de cada uno de ellos, garantizando además la creación de un espacio de diálogo, espacio de intercambios enriquecedores en torno tanto de la realidad concreta

del niño como de los aspectos teóricos referentes a su unidad psicosomática o biopsicosocial. Más allá de la dicotomía y de la indiferenciación, el trabajo de enlace permite abordar al niño en la totalidad de su

persona, como unidad biopsicosocial a vocación trascendente. Es mi convicción profunda que al actuar de este modo se sientan las bases para el ejercicio de una medicina más humana y eficaz.

41

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Alby N, Alby JM. Le médecin et l'enfant qui va mourir. En: Anthony EJ, Koupernik C, eds. L'enfant dans la famille. Vol. 2. L'enfant devant la maladie et la mort. Paris: Masson et Co; 1974:121-130.
- 2 Beigler JS, et al. Report on liaison psychiatry at Michael Reese Hospital. 1950-1958. *AMA Arc Neupapel* 1959;81: 733, cit. par Lipowski (1967 tr. 1969 p. 35).
- 3 Berger M, Lauras B. Réflexions sur la relation pédopsychiatrie-pédiatre: les demandes inconscientes de triangulation. *Psychol Medecale* 1979;11-12:2573-2578.
- 4 Brody EB. New horizons for Liaison psychiatry: biomedical technologies and human rights. *Am J Psychiatry* 1989;146(3): 293-295.
- 5 Clavreul J. L'ordre médical. Paris: Ed. du Seuil; 1978.
- 6 Hayez JY, Charlier D, Serrano JA, et al. Le psychiatre à l'hôpital d'enfants. Paris: Presses Universitaires de France; 1991.
- 7 Jellinek MS, Herzog DB. Handbook of Psychiatric aspects of general hospital pediatrics. Chicago-London: Year Book Med. Pub.; 1990.
- 8 Kaufman RM. A psychiatric unit in a general hospital. *J Mount Sinai Hosp* 1957;24:572.
- 9 Lachaud JC. Le pouvoir médical source de maladie. Toulouse: Privat; 1975.
- 10 Leslie SA. Psychiatric and paediatric liaison: development of a service. En: Garralda ME, ed. Managing children with psychiatric problems. London: British Medical Journal 1993: 126-135.
- 11 Lipowski ZJ. Review of consultation psychiatry and psychosomatic medicine. I. General principles. *Psychosom Med.* 1967a; 29:153-171 [article traduit et publié en 1969 par la Revue de Médecine Psychosomatique 11(1):31-55].
- 12 Lipowski ZJ. Review of consultation psychiatry and psychosomatic medicine. II. Clinical aspects. *Psychosom Med.* 1967b;29:201-224. [Article traduit et publié en 1969 par la Revue de Médecine Psychosomatique 11(2):171-203].
- 13 Lipowski ZJ. Psychiatric Liaison with neupapology and neurosurgery. *Amer J Psychiat* 1972;129:136-140.
- 14 Lipowski ZJ. Consultation-liaison psychiatry: an overview. *Am J Psychiatry* 1974;136(6):623-630.
- 15 Lipowski ZJ. New prospects for Liaison psychiatry. *Psychosomatics* 1981;22:806-809.
- 16 Mannoni M. L'enfant, sa maladie et les autres. Paris: Ed. du Seuil; 1967.
- 17 Mrazek D. Child psychiatric consultation and liaison to paediatrics En: Rutter M, Hersov L, eds. Child and adolescent psychiatry: modern approaches. 20^a ed. Oxford-London: Blackwell Scientific Pub.; 1985.
- 18 Pasnau R. Consultation-Liaison Psychiatry. Current concepts. Michigan: Upjohn; 1982.
- 19 Prugh DG, Eckhardt LO. Child psychiatry and pediatrics. En: Noshpitz JD, ed. Basic handbook of child psychiatry. Tomo IV. New York: Basic Books; 1979.
- 20 Raimbault G. Problèmes psychologiques dans les néphropathies chroniques de l'enfant. En: Anthony EJ, Koupernik C, eds. L'enfant dans la famille. Vol. 2. L'enfant devant la maladie et la mort. Paris: Masson et Co; 1974.
- 21 Reca T, et al. Problemas psicopatológicos en pediatría. Buenos Aires: EUDEBA; 1961.
- 22 Roelandts A, Mortelmans A. "Psychiatries de liaison": modes d'intervention à la recherche d'un modèle. 1994 (inédit).
- 23 Scheppens P, Roelandts A. La psychiatrie de liaison en question(s). *Doul Analg* 1992;2:59-68.
- 24 Selvini M, et al. Le magicien sans magie. Paris: Editions Sociales de France; 1980.
- 25 Serrano JA, Verougstraete C, Ghislain Th. Psychological evaluation and support of pediatric patients and their parents. *Transplant Proceed* 1987;19:3358-3362.
- 26 Serrano JA, Schwering KL. Systèmes, liaisons et désir autour de l'enfant malade chronique. *Rev Méd Psychosomat* 1992a;30/31:157-174.
- 27 Serrano JA, van den Bosch M, Roelandts A, Cornu G. La hospitalización del pre-adolescente y del adolescente anoréxico en una unidad pediátrica. *Psicopatología (Madrid)* 1992b; 12(2):47-53.
- 28 Serrano JA. La consulta en psiquiatría infantil de enlace. En: Rodríguez Sacristán J, ed. Psicopatología del niño y del adolescente (2 volúmenes). Sevilla: Publicaciones de la Universidad de Manuales Universitarios; 1995:1146-1161.
- 29 Serrano JA, Jetten P, Cornu G, Charlier D. Prise en charge intégrée des pré-adolescents et des jeunes adolescents anorexiques. 1996;44(8):352-361.
- 30 Siméon M. L'enfant diabétique, sa famille, ses soignants. *Thér Fam. (Génève)* 1983;4-3: 252-269.
- 31 Siméon M, Malvaux P. Maigrir sans m'aigrir. *Thér Fam. (Génève)* 1990;11(2):103-116.
- 32 Winnicott DW. La consultation thérapeutique et l'enfant. Paris: Editions Gallimard; 1971.