

Características de las estrategias terapéuticas desarrolladas en el CAPIP de Lleida

C. Tello Casany*

Lleida

RESUMEN

Los autores discuten sobre las diversas estrategias en función de la demanda asistencial en los CAPIPs, los motivos de consulta y los recursos terapéuticos.

Palabras clave: Organización asistencial en psiquiatría infantil. Estrategias terapéuticas.

INTRODUCCIÓN

El CSA (CENTRE SOCIAL D'ASSISTÈNCIA) nació en 1974 como un servicio de medicina y psicología. Ha estado organizado en tres áreas: psiquiatría infanto-juvenil, psiquiatría adultos, y pedagogía y logopedia.

A lo largo de todos estos años, el CSA ha seguido una trayectoria de cambio orientada hacia la constitución de una institución que tuviera un compromiso con la salud mental de la comunidad de Lleida y su provincia.

Desde abril/1990 el área Infanto-Juvenil del CSA pasó a ser el CAPIP de Lleida, integrándose dentro de la sectorización psiquiátrica del ICS (Instituto Catalán de la Salud). El equipo asistencial del CAPIP lo componen: 2 psiquiatras, 3 psicólogos y una ATS. Atiende a la

población comprendida entre 0 y los 18 años. Sus funciones comprenden los aspectos: diagnósticos, orientativos y terapéuticos. Su hospital de referencia es la URPI del Htal de S. Joan de Déu de Barcelona.

ORGANIZACIÓN DE LA DEMANDA ASISTENCIAL

La discriminación de la demanda en el proceso diagnóstico favorece la aplicación de las estrategias terapéuticas y su continuidad. La utilización de la sesión diagnóstica de familia, con la imprescindible inclusión del padre, permite una visión de conjunto del problema. La experiencia en el CAPIP de Lleida es que: si se obtiene un mínimo de compromiso con la problemática motivo de consulta, las posibilidades de abordaje terapéutico mejoran. De este modo se produce una primera selección natural de demandas efectuadas más por la presión del profesional que la deriva, que por deseo de los directamente afectados. En la población infantil asistida es frecuente encontrar una mayor resistencia en los padres.

Los pacientes que deben ser derivados por falta de recursos terapéuticos estarían incluidos en los grupos psicopatológicos que describimos:

A. Psicosis: afectaría a los pacientes en crisis agudas que precisan un ingreso psi-

*Psicóloga. Coordinadora CAPIP Lleida

quiátrico, y son derivados a la URPI. Una vez finalizada la etapa crítica, normalmente la URPI vuelve a derivarle al CAPIP para continuar la terapéutica que se considere más oportuna o siguen tratamiento en la UTE de la URPI.

B. Psicopatías: dadas las características de estos pacientes, nuestra experiencia nos hace plantear la necesidad de que deban ser atendidos desde Centros cerrados, con personal especializado en psiquiatría. Desde un servicio ambulatorio como el CAPIP, es imposible controlar a estos pacientes, al carecer de un medio familiar que pueda ayudar a contener y elaborar su alto nivel de «acting-out». No obstante, queda abierta la posibilidad de ampliar los abordajes terapéuticos con este tipo de pacientes, en función de las posibilidades que tenga la red de asistencia psiquiátrica infanto-juvenil y el papel que el CAPIP pueda jugar en este completo tipo de tareas asistenciales.

C. Psicosociales: este tipo de pacientes plantean unas dificultades muy complejas, con graves desorganizaciones sociofamiliares, que difícilmente pueden seguir un mínimo abordaje terapéutico individualizado. Estos pacientes suelen ser derivados por los Servicios Sociales de Base, Bienestar Social o Justicia. La función del CAPIP es coordinar y cohesionar a los profesionales que intervienen en la atención y asistencia de estas familias en los momentos críticos.

E. Deficientes mentales: se derivan a escuelas y centros especializados. Efectuamos una orientación de los padres. En algunos pacientes se puede indicar una psicoterapia de familia, según el grado de desorganización familiar o de la patología detectada.

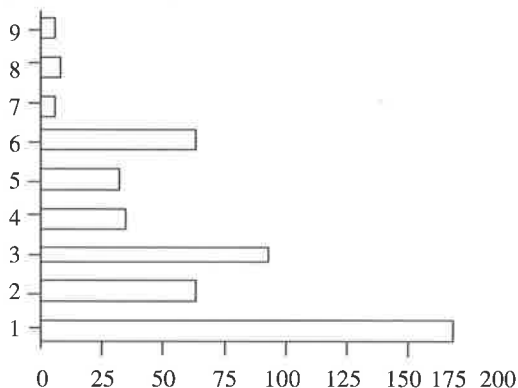
F. Trastornos del lenguaje: dado que la logopedia no se contempla dentro de las funciones asistenciales de los CAPIPs, se atienden sólo los trastornos psicoafectivos derivados de los mismos.

MOTIVOS DE CONSULTA

Como se puede observar en el Gráfico 1, el motivo que genera más demanda es el relacio-

nado con los trastornos del aprendizaje, seguido de problemas de conducta y trastornos de expresión somática.

Gráfico 1. Motivos de consulta



Muestra de 473 pacientes del periodo Abril/1990-Nov/1991

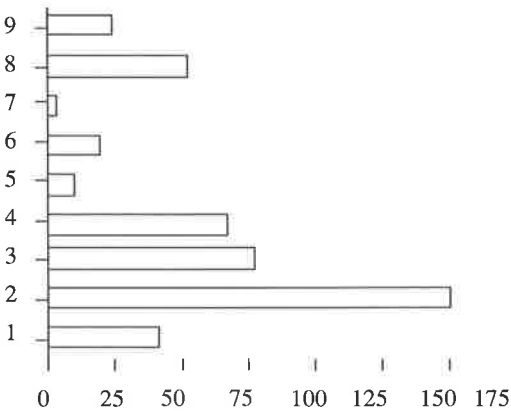
- 1-Trastornos del aprendizaje
- 2-Trastornos relacionales/personalidad/emocionales
- 3-Trastornos conductuales
- 4-Trastornos del lenguaje
- 5-Enuresis
- 6-Trastornos de expresión somática
- 7-Trastornos psicomotrices
- 8-Encopresis
- 9-Otros

La motivación que lleva a los padres a pedir consulta difiere en la mayoría de los pacientes, y está relacionada con el mayor o menor grado de conciencia de enfermedad.

Otro elemento a tener en cuenta es que no necesariamente coincide la demanda con la patología real del paciente. En el gráfico 2 los diagnósticos de Trastornos neuróticos y patología de la personalidad nos indican que muchas veces el motivo manifiesto de demanda enmascara una problemática diferente.

PLANIFICACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS

En el proceso diagnóstico se suelen establecer las bases que permitirán que las estrategias

Gráfico 2. Diagnóstico pacientes

Muestra de 473 pacientes del periodo Abril/1990-Nov/1991

Códigos CIM-9

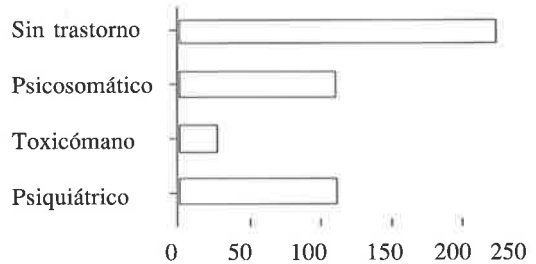
- 1-Psicosis 299,0 - 299, - 299,8 - 299,9
- 2-Trastornos neuróticos 300,0 - 300,1 - 300,2 - 300,3 - 300,4 - 300,8 - 300,9
- 3-Patología de la personalidad 301,2 - 301,7 - 301,7 - 301,8 - 301,9; 302, - 302,2 - 302,6 - 302,7 - 302,8
- 4-Trastornos reaccionales 309
- 5-Deficiencias mentales 317 - 317 - 319
- 6-Trastornos de las funciones instrumentales 307,0 - 307,2 - 307,23 - 307; 314; 315, - 315,1 - 315,3 - 315
- 7-Trastornos ligados al consumo de drogas y alcohol 292 - 303 - 304
- 8-Trastornos de expresión somática y/o comportamental 306 - 307,1 - 307,4 - 307,5 - 307,6 - 307,7 - 307,9; 15,8
- 9-Variaciones dentro de la normalidad 313 - 315,2

terapéuticas puedan llevarse a cabo. En psiquiatría, igual que en cualquier especialidad médica, es necesaria la colaboración del paciente. En caso de la población infanto-juvenil, los padres son una variable muy importante a controlar, si se quiere obtener resultados positivos.

El ser humano se origina, nace y se desarrolla en el seno de un grupo humano. El deseo de los padres, sus propias dificultades no resueltas, generan una sutil red patológica donde el

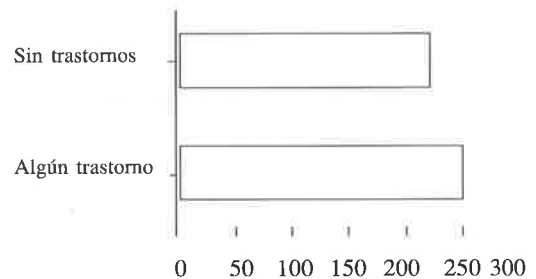
paciente identificado resulta tan atrapado como la mosca en la tela de la araña.

Solemos encontrar con mucha frecuencia, que el paciente identificado suele ser el menos enfermo. En el gráfico 3 podemos observar el alto índice de patología detectada en las familias de la muestra de pacientes.

Gráfico 3. Patología detectada en los familiares de los pacientes

Muestra de 473 pacientes del periodo Abril/1990-1991

Como podemos observar en el gráfico 4 el 53% de las familias de los pacientes presentan algún tipo de trastorno, respecto del 47% que no fue detectado.

Gráfico 4. Patología detectada en los familiares de los pacientes atendidos

Muestra de 473 pacientes atendidos durante el periodo Abril/90-Nov/91

A modo de ejemplo, exponemos a continuación cuatro casos tipo de pacientes atendidos y la terapéutica indicada.

Caso 1: Sara es una niña de 10 años que presenta anorexia. Nos fue derivada por un servicio hospitalario, después de un ingreso

debido a dicha problemática. En ese momento, la hermana, de 15 años, (también había presentado episodios de tipo anoréxico), sufría una fuerte depresión que la tenía recluida en casa, sin salir y sin amigos. El padre, un hombre de 42 años presentaba fobias de impulsión. La estrategia terapéutica consistió en: inclusión de Sara en un grupo psicoterapéutico y sesiones de psicoterapia familiar. Las sesiones de familia pusieron de manifiesto la patología del padre, lo que dio como resultado el que él mismo pidiera un tratamiento psicoterapéutico individual.

Caso 2: María es una adolescente de 15 años. Nos fue derivada por la URPI. Presentaba una gran agitación, pensamiento confusional e hiper-expresividad verbal y emocional. La madre había seguido un tratamiento por un episodio depresivo grave. La estrategia terapéutica seguida fue: separación temporal de María de su familia (15 días), farmacología, inclusión en un grupo psicoterapéutico, psicoterapia de familia y tratamiento psicoterapéutico y farmacológico de la madre.

Caso 3: Elena es una niña de 13 años que presentaba fracaso escolar sintomatología depresiva. La madre, una mujer de 31 años, había sido recientemente operada de un cáncer de ovarios. La estrategia terapéutica seguida fueron sesiones madre-hija, en las que se pudieron elaborar los aspectos angustiosos de ambas. Al poder bajar los niveles de ansiedad de Elena por las fantasías de «muerte inminente de la madre», el fracaso escolar se solucionó con mucha rapidez, volviendo a los resultados de la etapa anterior a la enfermedad de la madre.

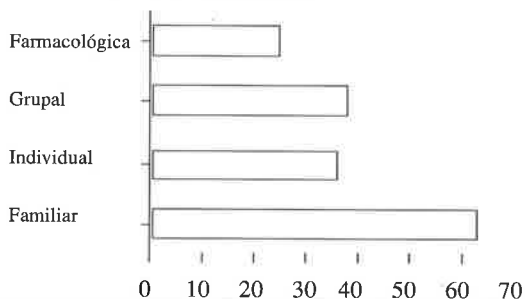
Caso 4: Antonio es un niño de 8 años que presenta graves trastornos comportamentales y fracaso escolar. La madre es tratada por una depresión reactiva a la muerte del esposo. El padre murió ahogado intentando salvarle la vida a Antonio. La estrategia terapéutica fue de psicoterapia familiar. El accidente mortal del padre generó una fuerte situación traumática, en la que todos los componentes de la familia se encuentran complicados.

Hablamos siempre de patologías que han sido comunicadas directamente por los padres. El conflicto surge cuando hay una total negación

a poder comprender que la sintomatología del paciente identificado no es aislada y que no puede tratarse aisladamente.

En el gráfico 5 el porcentaje de tratamientos más alto es el de Psicoterapia familiar, pero hay que tener en cuenta que también en las otras tres modalidades se efectúan entrevistas terapéuticas familiares. En el gráfico 6 se muestra el diagnóstico de los pacientes en tratamiento.

Gráfico 5. Tipos tratamiento



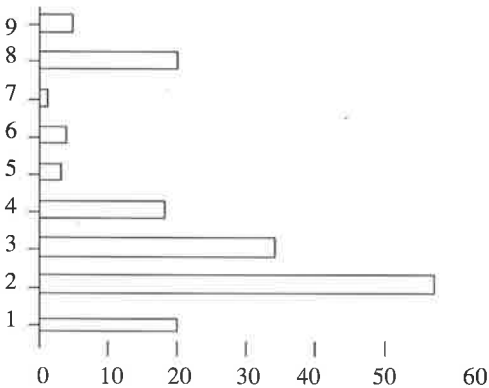
Total pacientes = 182 (Nov/1991)

ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS

No pretendemos explicar las técnicas sino el por qué de la elección de estas estrategias. Las técnicas de PSICOTERAPIA DE FAMILIA Y GRUPOS DE NIÑOS Y ADOLESCENTES se empezaron a emplear en el CSA en 1984, como resultado de un intento de responder al desafío que presentaba un servicio privado que intentaba paliar la nula asistencia pública en la psiquiatría infantil de Lleida y su provincia.

Aunque el método teórico-clínico que orienta nuestra línea asistencial es el psicoanalítico, la aplicación del mismo sigue la filosofía del pragmatismo y la eficacia en el abordaje terapéutico.

La empezar la andadura como CAPIP, la experiencia acumulada durante los años trabajados en el CSA ha sido fundamental. Hacemos nuestras las palabras pronunciadas por S. Freud en el V Congreso Psicoanalítico Internacional celebrado en Budapest, en sept./1918: «Puede preverse que alguna vez la conciencia moral de la sociedad despertará y le recordará que el pobre no tiene menores dere-

Gráfico 6. Diagnóstico pacientes en tratamiento

Total pacientes = 162 (Nov/1991)

Códigos CIM-9

- 1-Psicosis 299,0 - 299, - 299,8 - 299,9
- 2-Trastornos neuróticos 300,0 - 300,1 - 300,2 - 300,3 - 300,4 - 300,8 - 300,9
- 3-Patología de la personalidad 301,2 - 301,7 - 301,7 - 301,8 - 301,9; 302, - 302,2 - 302,6 - 302,7 - 302,8
- 4-Trastornos reaccionales 309
- 5-Deficiencias mentales 317 - 317 - 319
- 6-Trastornos de las funciones instrumentales 307,0 - 307,2 - 307,23 - 307; 314; 315, - 315,1 - 315,3 - 315
- 7-Trastornos ligados al consumo de drogas y alcohol 292 - 303 - 304
- 8-Trastornos de expresión somática y/o comportamental 306 - 307,1 - 307,4 - 307,5 - 307,6 - 307,7 - 307,9; 15,8
- 9-Variaciones dentro de la normalidad 313; 315,2

chos a la terapia anímica que los que ya se le acuerdan en materia de cirugía básica. Y que la neurosis no constituye menor amenaza para la salud popular que la tuberculosis, y por tanto, lo mismo que ésta, no se las puede dejar libradas al impotente cuidado del individuo perteneciente a las filas del pueblo. Se crearán entonces sanatorios o lugares de consulta a los que se asignarán médicos de formación psicoanalítica, quienes, aplicando el análisis volverán más capaces de resistencia y más productivos hombre y mujeres. Estos tratamientos serán gratuitos. Puede pasar mucho tiempo

antes de que el Estado sienta como obligatorios estos deberes. Cuando suceda, se nos planteará la tarea de adecuar nuestra técnica a las nuevas condiciones. Cualquiera que sea la forma futura de esta psicoterapia para el pueblo, y no importa qué elementos la constituyan finalmente, no cabe ninguna duda de que sus ingredientes más eficaces e importantes seguirán siendo los que ella tome del psicoanálisis riguroso ajeno a todo partidismo».

PSICOTERAPIA DE FAMILIA

La necesidad del abordaje de la familia como instrumento generalizado en el CAPIP de Lleida, proviene del hecho que el síntoma del niño es siempre la punta del iceberg de una conflictiva familiar más profunda, que lo desencadena y le hace colocarse en el lugar del portador de la enfermedad. Si bien es cierto que el síntoma le produce un padecimiento y por tanto debe ser atendido por ello, no es menos cierto que la práctica cotidiana nos ha demostrado que cuando este síntoma empieza a modificarse, la familia tiende a poner en marcha un sistema de defensa para mantener su homeostasis, aunque sea patológica, que provoca muchos de los abandonos de tratamientos de niños.

Si los padres se sienten comprometidos con el tratamiento, los resultados suelen ser muy positivos. Para ello es imprescindible la asistencia de ambos padres. No nos sirve el que la madre insista en que el padre no quiere venir o que es una especie de «bestia negra», dado que tiene que ver con vivencias inmaduras y que son el reflejo de las problemáticas de pareja de dichos padres. En la práctica vemos que, en la gran mayoría de los casos, la madre suele buscar una alianza con el profesional en contra del esposo. De hecho, el compromiso terapéutico de la familia favorece la resolución de la problemática del hijo.

Por tanto, consideramos que al tratar al paciente identificado, no podemos obviar el tipo de sistema familiar en el que se encuentra o corremos el riesgo de que nuestra intervención

psicoterapéutica parcializada pueda desorganizar todo el sistema familiar: el síntoma del hijo serviría a modo de dique contenedor para evitar una mayor desorganización. En la práctica es frecuente observar, que cuando hay una mejoría sintomática del paciente identificado, otro miembro de la familia empieza a presentar conflictos, hasta ese momento neutralizados en apariencia.

Son tratamientos sin límite de tiempo fijado, porque consideramos que es importante respetar el tiempo del paciente. Nuestra experiencia en tratamientos de pacientes con trastornos reactivos y neuróticos suelen tener un promedio de 2 años, aunque es muy difícil de predecir individualmente, por las múltiples variables que pueden intervenir en cada paciente.

PSICOTERAPIA GRUPAL

El proceso grupal reproduce situaciones familiares, escolares y sociales del niño. La dinámica que se establece entre los integrantes del grupo y los terapeutas (consideramos importante que sean una pareja de hombre y mujer, para facilitar las identificaciones en el proceso terapéutico), permite que la dinámica que se genera, sea el vínculo donde el paciente puede entender y elaborar las formas patológicas de sus relaciones de objeto (tipos de vínculos afectivos que efectúan con las personas significativas de su entorno: padre, madre, hermanos, etc.). Es decir, le permite llegar a conocer el sentido y el significado de su sintomatología, tanto desde sus vivencias individuales como a través de las de los otros integrantes del grupo.

La inclusión de pacientes en el grupo viene dada por una selección previa. Tenemos en cuenta: etapa evolutiva, patología homogénea y exclusión de pacientes con psicopatías. Previamente a la inclusión se ha efectuado un trabajo terapéutico con el grupo familiar. En otros pacientes, la inclusión al grupo es posterior a un trabajo psicoterapéutico individual.

Del mismo modo que en los tratamientos de familia son grupos sin límite en el tiempo de duración.

CONCLUSIÓN

Para que una estrategia terapéutica pueda conseguir sus objetivos curativos, consideramos imprescindible el que exista una buena coordinación entre todos los Servicios que de una u otra forma tiene que ver con la Infancia y la Adolescencia (Sanitat, Ensenyament, Benestar Social, Justicia y Treball). En la práctica, se observa que la descoordinación genera unas dificultades serias que afectan negativamente a todos: usuarios y profesionales.

Este breve resumen pretende ser una reflexión sobre los abordajes terapéuticos aplicados en el CAPIP de Lleida, que abra la posibilidad de intercambio y discusión científica y metodológica, habida cuenta la necesidad de ampliar los campos del conocimiento en psiquiatría infantil.

Bibliografía

1. ANDOLFI, M.: «Terapia familiar». Ed. Paidós. Barcelona, 1985.
2. ANZIEU, BEJARANO, KAES, MISSENERD y PONTALIS.: «El trabajo psicoanalítico en los grupos». Ed. Siglo XXI. México, 1978.
3. ANZIEU.: «El psicodrama analítico en el niño». Ed. Paidós, Buenos Aires, 1982.
4. BION, ORNSTEIN y BION.: «Psicoterapia focal» Ed. Granía. Buenos Aires, 1986.
5. BION, WR. «Experiencias en grupos». Ed. Paidós. B. Aires, 1982.
6. FREUD, S. «Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica». Obras Completas. Ed. Amorrortu. Vol. XVII, Buenos Aires, 1979, pág. 162-163.
7. GLASSERMAN y SIRLIN.: «Psicoterapia de grupo en niños». Ed. Nueva Visión. Buenos Aires, 1974.
8. ONNIS, L.: «Terapia familiar de los trastornos psicósomáticos». Ed. Paidós. Barcelona, 1990.
9. MINUCHIN y FISCHMAN.: «Técnicas de terapia familiar». Ed. Paidós, Barcelona, 1894.
10. MINUCHIN, S.: «Psychosomatic families: anorexia nervosa in context». Cambridge University Press, 1978.
11. SCHAZER, S.: «Pautas de terapia familiar breve». Ed. Paidós. Barcelona, 1990.
12. SIRLIN, M.: «Una experiencia terapéutica». Ed. Amorrortu. Buenos Aires, 1974.
13. WINNICOTT, D.: «Clínica psicoanalítica infantil». Ed. Paidós Horne. Buenos Aires, 1980.
14. WINNICOTT, D.: «El gesto espontáneo». Ed. Paidós. Barcelona, 1990.