

USO DE LA TERAPIA FAMILIAR EN LA PSIQUIATRIA INFANTIL

Dr. RAFAEL VASQUEZ*

RESUMEN

El artículo muestra la experiencia del autor, en el empleo de la técnica de la terapia familiar sistémica, como auxiliar terapéutico en el manejo de las consultas más frecuentes, atendidas en los servicios psiquiátricos oficiales. Tales quejas, en orden de frecuencia son: bajo rendimiento escolar, inquietud, enuresis, encopresis y trastornos psicofisiológicos. El trabajo contiene la experiencia con las cuatro primeras, por cuanto el manejo de los trastornos psicofisiológicos, demanda una técnica particular que no es objeto de esta comunicación. No se reporta una cuantificación de resultados, pero se describen como buenos. El enfoque del manejo global del caso está dentro de los postulados generales de la teoría general de los sistemas y los desarrollos posteriores del método biopsicosocial.

INTRODUCCION

La familia es un grupo natural de viva actividad, que está actuando sobre toda la vida del ser humano. Produce influencia sobre sus componentes, padres e hijos, al tiempo que recibe de ellos un significa-

tivo influjo que la modifica y ajusta continuamente a las cambiantes circunstancias de su desenvolvimiento. Esta manera recíproca, circular, de prodigarse estímulos significativos e influencia es el punto de partida para generar intervenciones destinadas a cambiarla. Si observamos esta relación desde el punto de vista de los hijos, la familia determina el desarrollo de todos y cada uno de ellos, de una manera crucial e inmediatamente comprobable.

Al tiempo que desenvuelve y protagoniza su historia particular de relaciones hacia su interior, vive en su espacio exterior un conjunto de relaciones social-históricas, que en último término la determinan y le imprimen sus particularidades en relación con el modo predominante de la producción social y su posición en las relaciones interclases sociales.

A la luz de la Teoría General de los Sistemas, la familia como un sistema abierto, mantiene en su interior relaciones circulares de complejidad diversa, que se desenvuelven hacia adentro y hacia afuera al mismo tiempo; exhibe además una estabilidad relativa que la hace previsible y se orienta en su acción hacia metas finalísticas.

Enfatizando el análisis en las relaciones que el grupo mantiene con sus hijos, observamos, que éstas comienzan al mismo

* Médico Psiquiatra de niños y adolescentes. Instructor Asociado. Jefe Sección Psiquiatría Infantil.

tiempo que se conforma la pareja con potencial procreativo o sea antes de que se haga física la presencia del hijo. En este momento del proceso, comparten una fantasía que impregna las relaciones en el presente y comienza a troquelar los nexos futuros. Cuando el niño nace, el plano fantástico permanece entre ellos pero pierde importancia, dando paso a los intercambios concretos, que definen de manera operativa y tangible las nuevas relaciones. Con cada uno de los hijos se abre una manera distinta de desarrollar las relaciones intrafamiliares, que es particular para la relación de los padres con ese hijo, de los hijos con el hermano nuevo, de este último con todo el cuadro que se encontraba funcionando a su llegada, etc. De tal modo que la familia acumula un cierto aprendizaje, que probablemente le da la forma característica de conducirse, resolver sus conflictos, educar a los hijos, conducir la pareja parental y otras funciones, que constituyen su definición.

Contemplada desde la óptica del desarrollo de los hijos, el objetivo de la familia es procurar por su crecimiento y habilidad como adultos. Este objetivo se va cumpliendo por tramos, con períodos críticos de cambio y nueva adaptación. En el quehacer psiquiátrico con niños y adolescentes, se entra en relación principalmente con familias de lactantes, preescolares, escolares y adolescentes.

Por evolución y desarrollo de las interacciones familiares entendemos un proceso continuo, que le permite al grupo solventar las nuevas tareas de cada período. Estas nuevas tareas se conducen funcionalmente como un conflicto, ante el cual la familia debe examinar y elegir estrategias que le faciliten una solución, ensayarlas y cambiar el argumento de comprensión y acción anterior. Resulta evidente que con cada crisis adaptativa, el trabajo hacia la solución, se convierte en un recurso vivencial de la historia fami-

liar; dicho recurso sirve de apoyo cuando el grupo examine y conceptúe situaciones parecidas en el futuro. La habilidad para superar las crisis corrientes en el desarrollo le facilita al grupo, mejorar su tolerancia a la incertidumbre que trae aparejada el conflicto e incrementar su flexibilidad para el empleo de una amplia gama de recursos. Estos fenómenos aquí descritos son la forma habitual de solución de las perturbaciones comunes del desarrollo de las familias, urbanas, pequeño-burguesas o burguesas, las cuales son la población con la cual tenemos contacto y experiencia; exactamente no conocemos que pase en las otras franjas demográficas a las cuales no llegamos.

Comprendiendo el desarrollo familiar con esta óptica, consideraremos que lo sintomático, en el contexto familia-niño, es la señal de que sucedió un fracaso en la solución de algún objetivo del desarrollo. Es posible que tal incapacidad tenga que ver con el empleo de concepciones derivadas del "mito familiar", que categorizan el conflicto sintónico con este mito, en lugar de examinarlo, y teorizarlo en su relación con la realidad, que sería la vía de modificación del asunto. El proceso que se encuentra al examinar la familia, es que la teoría del conflicto derivada del mito asegura el equilibrio familiar restrictivo, disfuncional, impide ver, desde otro ángulo el problema y en lugar de una posibilidad de cambio, de nuevo arreglo, se ofrece el síntoma en el niño o en el adolescente o en todo el sistema, como una "evidencia invisible" del fracaso. Resulta al grupo, invisible la evidencia, porque cuando consulta, ha intentado diversas maneras de aliviar el malestar, generalmente insatisfactorias. Los adolescentes y los menores resultan sintomáticos, con mayor frecuencia, por su vulnerabilidad dentro del sistema en tanto y cuanto que son funcionalmente dependientes.

Las posibilidades que tenemos de encuadrar contextualmente un síntoma son

por lo menos dos: que el síntoma del niño, esté indicando que hay dificultades en la totalidad del sistema familiar o que corresponda primordialmente a trastornos adaptativos y del desarrollo del paciente identificado, los cuales generalizan un cierto efecto a todo el sistema familiar. Esta división es producto de la práctica y nos permite pensar en manejos individuales, simultáneos, con el adolescente o el niño.

LA PRIMERA ENTREVISTA

Estamos convencidos que los síntomas psíquicos en el ser humano tienen un sentido y significado: contextual y relacional, en razón de lo cual el dilema de atender al niño individualmente o a su familia nos resulta por lo menos improcedente. Nos resulta útil en la actividad psiquiátrica la descripción, comprensión y modificación de los síntomas en su contexto global familiar. Específicamente en la atención de adolescentes y niños, es prudente tener en consideración que cada paciente es diferente, pero que nos interesa todo el ambiente que lo rodea, además de su arquitectura simbólica individual. Creemos con quienes trabajan el modelo biopsicosocial en la medicina que el análisis factorial, es una parte del proceso de intervención terapéutico, pero no es el proceso. Debemos intentar una comprensión del consultante como una totalidad y debemos tener una teoría de la totalidad antes de ubicar como definitivo uno sólo de los factores interviniéntes, pensando en el caso que esta acción resulte útil en términos de producir un cambio.

Las consideraciones anteriores son las que hacen que comencemos nuestro trabajo con niños, por una valoración de la familia. No le damos una instrucción muy precisa sobre nuestro concepto de familia, permitiendo que los consultantes delimiten los componentes del grupo.

Tratamos de evaluar en esa primera sesión los siguientes elementos:

1. Estructura y límites
2. Subsistemas
3. Expresión emocional
4. Conflictos y su jerarquía
5. Roles
6. Cuando es posible, también precisamos la manera como desea la familia, quedar integrada o sentirse cuando se produzca el cambio por el cual han acudido.

Los elementos anteriores son una guía teórica que expresados de manera concreta significa, que la primera sesión debe intentar absolver las siguientes preguntas:

1. ¿Cuál es el motivo de la consulta de la familia? dicho de otro modo, se trata de saber: ¿a qué viene la familia?

Esta respuesta es un listado de comportamientos, acciones, transacciones, etc. En todo caso se trata de delimitar hasta donde sea posible los componentes de la queja, no consideramos una respuesta afirmaciones generales como por ejemplo "...venimos porque nos sentimos mal...". A esta descripción le dedicamos un tiempo importante por cuanto va a delinejar la intervención y las líneas de control de la misma, lo mismo que permite hacer, un mapa de los objetivos. Se trata también de observar aquí los contenidos verbales que discurren en la sesión, pero ante todo de darse cuenta de las transacciones no verbales que simultanean el discurso.

2. Cuál o cuáles, son los miembros de la familia más involucrados emocionalmente con el motivo de consulta? y ¿cómo lo manifiestan?

Las respuestas apuntan a la comprensión de las funciones generales de la familia, a sus límites entre subsistemas y a las relaciones que el paciente identificado guar-

da con cada uno de los miembros restantes. También nos introduce en algunos elementos del desarrollo de la familia.

3. ¿Quién promovió la consulta?

Nos facilita conocer en quien se puede uno apoyar durante el tratamiento, al mismo tiempo que comprender el significado que tiene para la familia la consulta que se está haciendo. A esta respuesta corresponde también la información sobre quien se opuso a la consulta y de qué manera lo hizo.

4. ¿Quién tiene al papel de formular una comprensión ("etiológica o fisiopatológica" o de otro orden) acerca del motivo de consulta?

Esta persona es quien ha venido orientando las medidas hacia la mejoría que ha emprendido el grupo y por lo tanto tiene una función inútil como "curandero", pero en caso de necesidad es una reserva de apoyo futura en el tratamiento, así sea como una fuente paradójica de resistencia. Esta pregunta nos completa datos sobre el desarrollo, la manera de formularse los conflictos y nos aproxima a la estructura del mito familiar y a lo que puede ser nuestra función en el mantenimiento o cambio del mismo.

EL PLAN DE TRATAMIENTO

Al finalizar esta primera entrevista, tomamos las medidas necesarias para completar el diagnóstico acerca del problema, que incluye otras sesiones con algunos de los componentes de la familia, la entrevista con la profesora, valoraciones médicas especializadas, etc. Esta fase se cierra con la sesión para información y discusión del diagnóstico. Durante la entrevista de entrega de los resultados, les proponemos una visión del problema que facilite nuestra acción y la de los miembros de la familia, esta hipótesis puede corresponder a un trabajo que se

desarrollará con la técnica de la Terapia Familiar o a cualquier otro enfoque, en general lo que hacemos es diseñar estructuras terapéuticas en todos los campos relevantes de la vida del niño, que permitan atender a un cambio en la situación que trajo a la familia a la consulta. Estamos en todo momento atentos a que el cuerpo de objetivos atienda solamente la queja del grupo y una vez solucionada, si es del caso reformular, una nueva intervención.

Este es un esbozo general de las guías que conducen la intervención psiquiátrica con los niños y los adolescentes.

LOS MOTIVOS DE CONSULTA

En nuestro medio los registros estadísticos de atención psiquiátrica infantil, en el sector social de la atención señalan que los motivos de consulta más frecuentes son: bajo rendimiento escolar, inquietud, enuresis, encopresis y los llamados trastornos psicofisiológicos.

Estos motivos para consultar son apenas aperturas del sistema, no siempre tienen el mismo significado, es decir no representan una misma anomalía, es más, algunas veces lo que indican no es anomalía en el paciente identificado, sino en la manera como se describe e interpreta su comportamiento.

A continuación vamos a relatar nuestra experiencia en el abordaje y cambio de cada una de ellas, posponiendo el debate sobre los orígenes del trastorno. Tan sólo en los trastornos psicofisiológicos la técnica de Terapia Familiar es la manera más importante de aliviar las quejas, en los otros las medidas van siempre combinadas y por objetivos.

BAJO RENDIMIENTO ESCOLAR

Cuando un hijo no muestra el desarrollo que se espera tenga para la educación

formal, porque no aprende o no aprueba los grados, se producen algunas adaptaciones familiares que hacen difícil la vida del grupo y amplifican la molestia del paciente. Aclaramos aquí, que se trata de pacientes, que ante su fracaso escolar sufren.

La familia califica como incapaz al miembro que no rinde lo esperado, éste "actúa y comunica" este papel en términos de tristeza, inhibición psicomotora y sentimientos de culpa. Ante el bajo rendimiento la primera medida, consiste en exigirle mucho mayor dedicación al estudio como lo cual se amplifican las posibilidades de exhibirse como fracasado y empeorar su malestar al tiempo con el de todos los miembros de la familia. Al intentar promover a uno de los hijos, para que cumpla la escuela formal y no lograr que en esta área avance el desarrollo, la reacción de hostilidad y tristeza se generaliza a todos los miembros, produciendo síntomas sistémicos tales como el marginamiento del identificado, su calificación de inútil y desleal a la "moral" familiar. Esta falta a la "moral" familiar se concreta en la acusación de que el problema de bajo rendimiento es porque el paciente "no quiere estudiar... no pone empeño en la escuela... no tiene en cuenta los sacrificios con los cuales lo mandamos a estudiar..." en otras palabras, lo grave de esta falta es que el niño no quiere hacerse autónomo.

El hijo complementa el proceso, comportándose de acuerdo con el rol que el grupo le asigna, de tal modo que el equilibrio disfuncional se consolida en una sensación generalizada a todos que se puede expresar en una frase como la siguiente: "...en nuestra familia el principal problema es que el único fracasado es él..." En este tipo de trastorno el paciente valida el mito familiar mostrándose deprimido, sin ninguna curiosidad por el conocimiento ambiental o formal, temeroso para generar cambios en su medio y

eventualmente intentando controlar la hostilidad familiar a través del papel del "débil".

Las transacciones familiares se repiten sin poder evolucionar hacia la solución del conflicto, más bien asegurando lo sintomático. Complementario al rol de depositario del fracaso familiar, aparece el papel de sobreprotección casi siempre actuado por uno de los padres, la mayoría de las veces por la madre, con el resultado final de un alejamiento del paciente de su subsistema natural que es de los hijos, de una cierta manera el o la protectora infantiliza al paciente identificado y lo aleja de su grupo de hermanos con la aceptación recíproca del niño.

De este modo el protector termina siendo "quien tiene el problema". La reacción del grupo y su depresión contribuyen a infantilizar más al paciente. El miembro no protector de la pareja de padres, evidencia una inactividad-inaceptación cómoda, que le margina del trabajo de solucionar el conflicto o le facilita ventilar a través de este tema una alteración de la pareja. El protector asegura su papel impidiendo que el otro intervenga, este proceso es abierto o encubierto y tiene muchas veces que ver con el papel social de "enfermera" atribuído a las mujeres.

Cuando la familia acude, ha intentado una gama de soluciones entre las cuales destacamos: 1. Se estigmatiza de inepta a la escuela, la profesora o el sistema de enseñanza. 2. Se sospecha que hay trastorno del cerebro, algo metabólico, que impide que el paciente aprenda, o bien una lesión evidenciable a través del E.E.G. 3. Los padres u otro miembro, se acusan abierta o veladamente de tener familiares con igual problema y haberlo heredado al paciente con el mensaje no verbal, que tal hecho fue voluntario. Como todas estas hipótesis no generan alguna posibilidad de mejoría se cae en la final: es que el paciente no quiere estu-

diar, que les permite hacer presión sobre el niño, que de todas maneras resulta inútil. Todas estas modalidades tienen en común que ocultan el problema impidiendo tomar una solución, pero garantizan la descarga de hostilidad, exigiéndole al paciente metafóricamente, que como no puede mejorarse al menos “...cargue” con el malestar de su familia. Formulado el conflicto en términos del desarrollo sería: la familia le propone autonomizarse, hacerse adulto, pero el proceso interno de la misma lo infantiliza y lo ata a una dependencia creciente.

En nuestra experiencia una vía de solución a este conflicto es presentar el problema como inducido por la incapacidad del grupo para aceptar que uno de sus miembros tiene habilidades y metas distintas de las prefijadas para él. En tanto que conseguimos que la familia acepte esta hipótesis de comprensión, nuestro siguiente objetivo es descalificar al miembro que ha venido orientado las “soluciones” previas al momento de nuestra intervención. En la práctica los dos procesos son simultáneos y generan sus propias resistencias. La ventaja de nuestra hipótesis para la familia se basa en que con su propia acción se mejoran, por cuanto les ofrecemos una visión que estaba “evidentemente invisible”, se trata de aceptar que es mejor para otras cosas que no son la escuela formal.

A corto plazo los resultados son evidentes, las expectativas de rendimiento del niño o del adolescente se ubican más cercanas a su realidad particular, con lo cual se detiene la escalada de hostilidad que venía permeando las relaciones. La figura parental que asume el papel de responsable principal por el futuro económico de los hijos, se siente más dispuesta a orientarlo a labores que lo capaciten para ganarse la vida, en tanto que quien adoptó el papel de protector lo puede observar como capaz en otros campos y de una cierta manera autónomo. El resto

de la familia, conforme a sus papeles particulares, reequilibra sus emociones, facilitando la tolerancia de la relativa incapacidad del miembro identificado como paciente. A todos les facilita sentirse activos agentes de su bienestar al descubrir que tenían la potencia de aliviar sus molestias.

Los roles de “víctima y protector-rescatador” se comienzan a desarticular por innecesarios, permitiendo unas relaciones más horizontales, regresando el hijo al subsistema filial a experimentar sus conflictos corrientes del desarrollo. Este proceso de aceptación no es de modo alguno instantáneo, rectilineo o continuo; tiene una dinámica de resistencia al cambio similar a cualquier otro proceso familiar del desarrollo.

Los temas que esta técnica emplea, están basados en el reconocimiento vivencial, de las cualidades del identificado que no habían sido reconocidas por “ceguera” del colectivo y su representación en el medio familiar. Por esta vía también alcanzamos la colaboración de todos, en las medidas de rehabilitación que se van a cumplir en el futuro.

ENURESIS

Consideramos enurético a un niño o a un adolescente, cuando se orina en la cama o en los pantalones, después de los 5 años de edad. Requiere que se descarte una alteración estructural genitourinaria o infecciosa como factor asociado. Los pacientes con este síntoma son generalmente varones, que habían alcanzado previamente el control y lo pierden, muchos de ellos tienen historia de problema similar en el padre. Estos pacientes se pueden agrupar en el diagnóstico de Enuresis secundaria funcional del DSM.III.

Para efectos del tratamiento nos resulta útil categorizar en dos subgrupos a los consultantes:

1. Este subgrupo es el mayoritario y tiene las siguientes características:

- a. hay una clara secuencia temporal entre evento desencadenante y síntoma.
- b. no han recibido tratamiento profesional.
- c. cuando han tenido tratamiento éste ha sido orientado por profesionales con entrenamiento insuficiente.
- d. la familia no ha seguido las prescripciones en un tratamiento adecuado.

2. Los de este segundo subgrupo tienen como particularidades las siguientes:

- a. han recibido varios tratamientos.
- b. éstos han sido adecuados y por un lapso suficiente.
- c. no se ha mejorado el síntoma.
- d. tienen otra sintomatología agregada como inhibición social o depresión.
- e. son todos mayores de 9 años.

Para los del primer subgrupo, lo que hemos encontrado es una relativa incapacidad parental en cuanto tiene que ver con el entrenamiento esfinteriano. A su vez la incapacidad parental se relaciona con un conflicto del desarrollo que los hace sentir, como si el control esfinteriano del hijo les quitara control sobre el mismo, es una especie de temor por la autonomía y el crecimiento. Dicho de otra manera lo problemático es que el niño debe crecer al tiempo que la familia debe cambiar sus relaciones con él, aceptando una menor dependencia, que la garantice al hijo ejercitar en su individualidad, los avances alcanzados. En ocasiones es relevante aclarar con la familia cómo una tarea simple de la maduración del hijo, les resulta amenazante porque este temor los hace disfuncionales en un momento dado.

La mayoría de los casos mejoran al ventilar los conflictos y sus temores asociados, a veces prescribimos el síntoma o damos orientación para reentrenar el

control. Se pueden emplear como medidas de apoyo los fármacos, la restricción de líquidos etc. Una vez producida la mejoría, en términos de reducción de la frecuencia, alertamos a la familia sobre seguras reapariciones del síntoma y cerramos nuestra intervención.

Cuando la situación del paciente cae dentro de los parámetros del segundo subgrupo empleamos la metodología que Minuchin ha elaborado en casos de familias con niños psicosomáticos, porque encontramos que en casi todos los casos se encuentran alteraciones parentales y del patrón relacional que él describió como patrones dentro de estos grupos.

ENCOPRESIS

Los pacientes que manchan de materia fecal la ropa interior o defecan en ella son en su mayoría varones mayores de 9 años, escolares de buen rendimiento. Se trata casi siempre de niños o adolescentes multitratados individualmente, con una basta gama de recursos que incluyen desde medidas dietéticas hasta intervenciones quirúrgicas pasando furtivamente por los aspectos emocionales.

En la historia del caso, encontramos que los intentos de modificación acometidos por otros colegas, fracasaron o produjeron una limitada mejoría, ante lo cual éstos remiten al paciente para tratamiento psiquiátrico por cuanto consideran que los factores emocionales son los capitales. El solo evento de la remisión al psiquiatra, provoca una reacción familiar de malestar, que se descarga sobre el médico tratante haciéndolo sentir impotente o abiertamente agrediéndolo, por cuanto le atribuyen el calificar de "loco" a su hijo. En algunas familias, la agresividad hacia el colega, tiene que ver con la creencia de que los síntomas psicológicos "no existen... sino más bien que se está haciendo" con la connotación no

verbal de comunicarle al paciente, que piensan que está fingiendo propositivamente y con fines agresivos.

Por cualquiera de las vías mencionadas la familia que recibimos, va a mostrar hostilidad y depresión abiertamente, las cuales se observan en la primera entrevista a veces con cargas intensas y perturbadoras. La primera dificultad con la cual tropezamos es que la familia no está totalmente dispuesta a aceptar que hay trastornos emocionales relacionados con el síntoma y mucho menos a entender que se pueden asociar conflictos simbólicos y de relación al problema. En estos casos comenzamos el tratamiento haciéndoles un recuento de los distintos manejos, sus resultados, enfatizando la calidad profesional de quien los ha tratado, etc. para concluir que no existe ningún antecedente que nos permita sospechar que nuestro tratamiento resultará exitoso. De entrada aceptamos nuestra "derrota" ante la situación pero nos ofrecemos a ayudarlos limitadamente con su problema.

La situación de la familia que observamos cuando comienza nuestra consulta es la siguiente: la pareja parental padece una serie de insatisfacciones en casi todas las áreas de contacto, pero que se expresan con particular énfasis en la vida amorosa y sexual. De estas insatisfacciones se acusan mutuamente en un estilo comunicacional de escaladas hostiles, que son constantes, progresivamente intensas y alimentan la percepción de la vida en común como insatisfactoria.

Las expresiones amorosas en estas parejas son principalmente prodigarse cuidado y control mutuos, de un modo exclusivo, que admite poco cambio, al igual que en otros roles del sistema familiar. Esta disfunción parental tiene correlación con un movimiento en el sistema filial, el hijo encoprético aparece en el sistema parental como un elemento satisfactor que compensa las carencias mutuas y es

vehículo de hostilidad. El padre se va convirtiendo en una figura funcionalmente periférica, impotente y hostil, a veces físicamente no existe o está en plan de romper la pareja, con lo cual abandona un terreno en el cual las transacciones madre-paciente identificado, van a incrementarse, hasta el punto que llama la atención a primera vista en la familia la gran involucración materno-filial. El resto de los componentes se acomoda a esta reorganización estructural y jerárquica, que llevó al sintomático a la proximidad de la madre, ejerciendo un status casi equivalente al del padre y claramente mayor que el de sus hermanos.

El paciente identificado adquiere un nuevo papel familiar, cuyas características más relevantes son:

1. Es el motivo central y permanente de preocupación, para la madre, con el tema de la defecación y sus derivados; el niño o el adolescente, cede una parte de su intimidad y autonomía, para privilegiar el control que la madre ejerce sobre él. Los demás miembros de la familia, se quejan de la relación de los dos y la pintan como "...la mamá y su nene".
2. Es el confidente de la madre.
3. Es una especie de "emisario" de la madre, que frecuentemente acusa y desafía al padre, con lo cual asegura su papel de hijo central y parentalizado, resaltando de paso la ubicación periférica e incapaz del padre.
4. "Representa" la imagen devaluada que la madre tiene de sí misma.
5. Se constituye en una evidencia del fracaso que la familia ha tenido en hacerlo crecer y avanzar hacia la adultez.

Una vez revisada esta situación se le propone a la familia como objetivo del trata-

miento, la reducción en la frecuencia sintomática, haciéndole un gran énfasis en que la desaparición del síntoma es prácticamente imposible, si nos atenemos a los escasos resultados que han tenido otros terapéuticas. Esta es una vía paradójica de colocarlos, enfrentados a su reducida capacidad de cambiar, de mejorarse.

En el plan de tratamiento, el objetivo es cambiar la relación madre-paciente, de tal modo que podamos recuperar la funcionalidad de la pareja parental, para ventilar su insatisfacción, al tiempo que aliviamos al niño de la sobrecarga que soporta por efecto del rol de hijo parental. Buena parte del trabajo lo hacemos con la pareja de padres por cuanto la rehabilitación rápida del padre acelera el cambio, el padre funcional nos permite colocarlo como cuña entre la madre y el paciente, entre otras funciones. Esta labor con solamente una parte de la familia, nos permite enfatizar de manera directa, frente a los otros integrantes, que allí en ese subsistema está la conflictiva más importante, consiguiendo de paso la descalificación indirecta del identificado.

El pronóstico es malo cuando no existe el padre, ni un equivalente funcional. Si la pareja está completa, es mejor, a largo plazo el pronóstico. Sucede con mucha frecuencia que la resistencia al cambio tiene un pico importante al final del tratamiento, cuando el paciente exhibe una baja frecuencia del síntoma o su desaparición, es que en general la familia intenta recomenzar la intervención quejándose esta vez de la "rebeldía o indisciplina" del identificado; en este momento es importante comprender el proceso como una resistencia a una nueva adaptación, antes que como un punto de recomienzo. Cuando no existe el grupo de hermanos, nos apoyamos en el de pares de la escue-

la, el barrio o de la familia extensa, para hacerlo participar como una especie de colectivo fraternal.

INQUIETUD

Está correlacionada la inquietud, en menores de 10 años, con un muy amplio espectro de eventos, de tal modo que puede señalar un trastorno en quien la presenta o indicar una alteración en el funcionamiento familiar, sin que individualmente el sujeto esté alterado. Durante la entrevista inicial estudiamos el material buscando alteración neurológica, dificultades de la atención o una incapacidad de aprendizaje que pudieran contribuir a la manifestación del cuadro. Una vez descartada la presencia de estos factores, como sucede en la mayoría de los casos, lo que encontramos en una incapacidad ejecutiva de los padres para fijar y controlar los límites de comportamiento del hijo.

Si la disfunción es del tipo arriba indicado, nos orientamos a localizar conflictos de autoridad, que tienen que ver con el pasado familiar de los padres o con alteraciones de la pareja, que han conducido a emplear el fracaso en el control del hijo, como una manera agresiva y encubierta de ventilar problemas conyugales; cuando esto acontece, la familia lo que relata son constantes desacuerdos en el control del menor. En cualquiera de los eventos, el manejo será airear esa conflictiva de manera directa hasta lograr un nuevo punto de acuerdo y arreglo, en el cual la hostilidad no se encubra. Es común que el nuevo arreglo requiera que previamente, hayan tenido la vivencia durante el tratamiento, que cada uno puede ejecutar mejor la función cuando los dos están de acuerdo. De la corrección de la experiencia partimos para formular los nuevos acuerdos, con los cuales se pueda contener al menor y flexibilizar la disciplina.

SUMMARY

USE OF FAMILY THERAPY IN CHILD PSYCHIATRY

This article shares the author's experience in the technique of systemic family therapy, as a therapeutic aid, in the work within, the official psychiatric facilities. Main chief complaints, in decreasing frequency, are: poor academic performance,

restless kids, enuresis, encopresis and psychophysiological disturbances; the first four categories are really the subject of this presentation, as the psychophysiological problems require a particular technique away from the purpose of this material. Numerical data are not reported, although results are described as good. Overall handling of cases is focused within the premises of systems theory and the newer biopsychosocial methods.

BIBLIOGRAFIA

1. A.P.A.: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-III third edition. A.P.A. Washington, 1981.
2. Engel, G.L.: The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196: 129-136, 1977.
3. Engel, G.L.: The clinical application of the biopsychosocial model. *Am. J. Psychiatry*, 137: 535-544, 1980.
4. Haley, J.: *Terapia para resolver problemas*. Amorrortu. Buenos Aires, 1980.
5. Kaplan, H. and Sadock, B.: Comprehensive textbook of Psychiatry/IV. Fourth edition. Williams and Wilkins. Baltimore, 1985.
6. Minuchin, S., Rosman, B. and Baker, L.: *Psychosomatic families*. Harvard University Press. Cambridge, 1978.
7. Minuchin, S.: *Familias y terapia familiar*. Gedisa. Barcelona, 1979.
8. Minuchin, S. y Fishman H. Ch.: *Técnicas de terapia familiar*. Paidós. Barcelona, 1981.
9. Noshpitz, J.: *Basic handbook of child psychiatry*. Basic Books. New York, 1979.
10. Puerta, G.: "Psiquiatría de niños" en *Psiquiatría*, editado por Toro, R. y Yepes, L. C.I.B. Medellín, 1986.
11. Watzlawick, P.: *Teoría de la comunicación humana*. Tiempo contemporáneo. Buenos Aires, 1974.
12. Watzlawick, P., Weakland, J. y Fish, R.: *Cambio*. Herder. Barcelona, 1980.
13. Weeks, G. and L'Abate, L.: *Paradoxical psychotherapy*. Brunner/Mazel. New York, 1982.