

DEL PSICOANÁLISIS A LA PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA EN ASISTENCIA PÚBLICA. UN EJEMPLO DE FOCALIZACIÓN EN EL TRATAMIENTO BREVE A NIÑOS.

Jordi Sala, psicólogo clínico. COPC 100. Psicoanalista SEP-IPA
Unitat de Psicoteràpia Psicoanalítica Infanto-Juvenil (UPPIJ)
Departament de Salut Mental
Fundació Hospital Sant Pere Claver. Barcelona

The author describes a route from psychoanalysis to short term psychotherapy applied in mental health institutional settings taking time as a key factor, both in its chronological and developmental sense. He sees short term psychotherapy as a focalized treatment, and the choosing of the focus as an important and fundamental moment in the whole therapeutic process. Important requirements on both, therapist and patient are mentioned as well as specific characteristics in regard to the therapy of children. With the help of clinical material of a seven year old boy case the election of the focus is described and justified. The results proved the focus to be well selected.

Key words: psychoanalysis, treatment chose, short term psychotherapy, focalize treatment, chronological and developmental sense

TIEMPO Y TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO.

Desde sus orígenes, a principios del siglo XX, se despertaron grandes expectativas terapéuticas con respecto a la eficacia del tratamiento psicoanalítico. El ímpetu sanador y la ilusión pionera por un método y un recurso terapéutico novedoso en relación a la comprensión de los fenómenos psíquicos y su tratamiento, así como la necesidad urgente de demostrar su eficacia, hacían suponer que en poco tiempo el nuevo método podía producir ganancias terapéuticas espectaculares. Y de hecho, a menudo las producía sólo que transitoriamente.

Sin embargo, con Freud a la cabeza, los primeros psicoanalistas pronto se dieron cuenta de fenómenos resistenciales no previstos y de forma casi natural el tiempo empleado en el tratamiento psicoanalítico de las neurosis se fue alargando en la medida que se profundizaba en el conocimiento de los procesos mentales

subyacentes.

Freud (1904,1914) se vio obligado por los hechos clínicos y las dificultades que iba encontrando en su labor terapéutica, a plantearse el problema de comprender y abordar de forma más eficaz aquellos mecanismos que retrasaban o impedían la evolución del paciente hacia la curación. Al referirse, por ejemplo, a los beneficios secundarios de la enfermedad, o a la necesidad de un tiempo de trabajo psíquico de elaboración ya estaba apuntando a la complejidad del sistema defensivo, que explicaría el por qué el paciente se resistía a abandonar síntomas y modos de funcionar patológicos.

A lo largo de los años, la experiencia con los pacientes ha puesto más de relieve a los profesionales de la salud mental la dificultad de aquéllos para aceptar y llevar a cabo cambios significativos en la organización de su personalidad.

Hoy es ampliamente aceptado que el desarrollo mental no es un proceso lineal, ascendente y unívoco. El crecimiento mental se concibe más bien como un proceso dinámico y cambiante, sometido a una serie de influencias biológicas, relacionales y sociales que determinan su curso con movimientos hacia delante y hacia atrás, progresivos y regresivos, y que en ocasiones se detienen bloqueando el natural desarrollo emocional.

Si bien siempre solemos encontrar deseos y movimientos inequívocamente partidarios del progreso hacia la salud en nuestros pacientes no es menos cierto que, como terapeutas, tenemos que hacer frente a movimientos de signo contrario, refractarios a abandonar formas patológicas o regresivas que han cumplido y quieren seguir cumpliendo una función de dar estabilidad a la personalidad, entendida como un sistema organizado. Quedan lejos los tiempos en los que se creía que con el esclarecimiento de los recuerdos y las fuerzas inconscientes que subyacen a los síntomas el paciente debía mejorar casi de forma natural e inevitable.

Gracias al estudio clínico de estas dificultades y resistencias el método y la técnica avanzaron. Así pudieron formularse conceptos tales como compulsión a repetir, reacción terapéutica negativa, retorno de lo reprimido, sobredeterminación de los síntomas y tantos otros que han contribuido a esclarecer la naturaleza de las dificultades que retrasan o impiden la curación cuando todo parece favorable a que ésta ocurra. Y con el progreso teórico y técnico el tiempo del tratamiento se fue alargando.

Varios autores (B. Joseph, 1989; J. Steiner, 1993) han señalado y estudiado más recientemente las resistencias de los pacientes al cambio psíquico. La comprensión de la mente como un sistema organizado, también defensivamente, que reacciona a la introducción de cambios tratando de equilibrarse de nuevo a fin de mantener el sistema lo más estable posible, ha ayudado a afinar la observación de los movimientos que ocurren dentro de la sesión, y ha permitido detectar cómo la modificación de un aspecto pone en marcha movimientos de estabilización casi automáticos a fin de compensar el conjunto del sistema. Desde una perspectiva

metapsicológica se describía este fenómeno como impulsado y dominado por un principio económico de inercia. Sea como sea nos conviene recordar que el cambio no solamente se desea sino que también asusta a nuestros pacientes y moviliza a menudo ansiedades profundas y maniobras defensivas poderosas.

Es harto sabido que el psicoanálisis plantea la intemporalidad de los fenómenos inconscientes pero no tanto en el sentido que el inconsciente no tenga miramiento alguno por la realidad temporal sino en el sentido que, en él, el tiempo está presente como repetición. Y ésta sostiene la creencia que el tiempo no pasa, que nada cambia dentro de la circularidad de la repetición.

Y sin embargo el tratamiento psicoanalítico nos permite observar en forma muy directa la génesis del sentido de temporalidad en el paciente en la medida que la interpretación y la comprensión lo van separando de la repetición permitiéndole vivir la experiencia en términos de tiempo lineal, histórico. Es decir, el tiempo del desarrollo psíquico y del ciclo vital. Pero para que esto ocurra paciente y psicoanalista necesitan una cierta longevidad de experiencia compartida desde la posición diferenciada de cada uno.

Necesitamos tiempo. El paciente necesita tiempo para ir desplegando y poniendo de actualidad su conflictiva interna en presencia y en relación con el terapeuta. Éste a su vez necesita tiempo para ir conociendo a su paciente en su complejidad, para poder llegar hasta los complicados recovecos de su mente. Parafraseando el sabio bíblico, diríamos que hay un tiempo necesario para la repetición compulsiva y otro para la repetición elaborativa, un tiempo para reconocer las proyecciones y un tiempo para retirarlas. Un tiempo para interpretar al paciente y seguir el destino de la interpretación en su mente. Y un tiempo de parte del paciente para ensayar y consolidar los cambios.

Y esta necesidad de tiempo terapéutico no se comprende ni se acepta fácilmente en este mundo de hoy. El modelo social imperante señala como objetivo deseable obtener un máximo rendimiento con un mínimo esfuerzo. Vale la pena remarcar que éste es un criterio básicamente económico, de ahorro podríamos decir, que forma parte del sentido común pero que no siempre se ajusta al criterio científico o terapéutico y que llevado al extremo acaba siendo generador de una psicopatología asociada.

Y sin embargo, el sentido de realidad nos obliga a contactar con el hecho que los recursos de que disponemos en la asistencia pública son limitados. Nuestro reto ha sido y sigue siendo el de ofrecer fórmulas terapéuticas de más amplia aplicación aun a costa, o gracias al hecho de poder delimitar con mayor claridad objetivos terapéuticos restringidos si los comparamos con los del tratamiento psicoanalítico prolongado. Visto desde la perspectiva terapéutica este hecho tiene sus ventajas y sus inconvenientes. Y sus aplicaciones, pero también sus contraindicaciones a fin de no poner el paciente en situaciones imposibles o innecesariamente arriesgadas. M. Balint (1957) y D.H. Malan (1963) han contribuido en este campo con multitud

de trabajos que marcaron una época y unas direcciones de las que se han beneficiado y se siguen beneficiando generaciones posteriores y actuales de terapeutas de orientación psicoanalítica.

LOS PRINCIPIOS QUE INSPIRAN LA PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA BREVE (PPB).

El principio básico que inspira la Psicoterapia Psicoanalítica Breve (PPB) se podría resumir como el de obtener una máxima eficacia con una óptima economía de tiempo. Ahora bien, con decir esto decimos mucho y nada. La PPB no pretende proponer una modalidad de tratamiento psicoanalítico abreviado o comprimido sino utilizar los conocimientos sobre la mente y el desarrollo psíquicos que el psicoanálisis pone a nuestra disposición para aplicarlos a una forma de abordaje terapéutico adaptada a las posibilidades de un marco asistencial en el que la economía de tiempo y la atención al mayor número posible de pacientes son factores de primera necesidad. No se trata de ofrecer sucedáneos del tratamiento tipo deseable sino de desarrollar un método y una técnica específicos con sus indicaciones y contraindicaciones propias, su técnica y sus objetivos terapéuticos. En este sentido creemos de vital importancia diferenciar con claridad la PPB del tratamiento psicoanalítico a fines de indicación y preservación de la especificidad de cada uno y de ofrecer al paciente el abordaje que mejor le puede beneficiar.

En realidad, en el campo de la PPB, nos encontramos con diferentes propuestas según la necesidad que tiene cada una en particular de asemejarse o diferenciarse del método psicoanalítico de referencia. Hay diferentes modelos y propuestas de tratamiento breve. Y cada modelo describe las indicaciones, la técnica y los objetivos de manera más o menos distinta a los demás. Ahora bien, siendo una realidad que en el ámbito de la Psicoterapia Psicoanalítica Breve (PPB) se proponen variados modelos que difieren parcialmente entre si en lo conceptual y en la técnica que aplican, hay lo que podríamos llamar acuerdos de mínimos sobre una serie de características comunes compartidas que los hacen reconocibles como un recurso terapéutico claramente definido y diferenciado de otros.

Leichsering, F. et al. (2004), en un estudio sobre la eficacia de la PPB, los resumen de forma sintética y clara. Así, en lo que se refiere a las características formales, el tiempo de tratamiento suele comprender de 16 a 30 visitas por término medio, con diferencias que alargan los extremos hasta llegar a un margen que va de 7 a 40 sesiones. Terapias con menos de 7 encuentros entre paciente y terapeuta deberían de considerarse ultra-breves.

¿Qué señas de identidad son características de la Psicoterapia Psicoanalítica Breve? De forma muy resumida podemos decir que en la PPB el terapeuta

1. tiende a ser más activo que en un tratamiento psicoterapéutico o psicoanalítico convencional, y en este sentido procura contener los movimientos regresivos del paciente así como actitudes pasivas en si mismo y en su

- paciente;
2. trata de fomentar el desarrollo de la alianza terapéutica y de la transferencia positiva en un ambiente de cooperación mutua;
 3. debe tener presentes en todo momento los aspectos sanos y evolucionados del paciente sobre los que deberá apoyarse para que el paciente pueda sostener el proceso;
 4. focaliza la problemática del paciente en aquél conflicto o tema específico que considera nuclear, y trabaja preferentemente el foco elegido y otros aspectos colaterales directamente relacionados con el mismo;
 5. suele explicitar al paciente desde el principio del tratamiento el foco alrededor del cual se va a centrar el trabajo terapéutico. Queremos establecer un acuerdo compartido sobre lo que será el objetivo preferente de observación y comprensión, y comprometer activamente al paciente en la tarea como algo común, de responsabilidad mutua;
 6. así mismo, a lo largo de todo el proceso, el terapeuta pone mucha atención en continuar el trabajo sobre el foco elegido, los objetivos a alcanzar y la terminación del tratamiento. La planificación de objetivos y una técnica de atención selectiva deberían estar presentes en su mente en todo momento y muy especialmente a la hora de escoger y verbalizar las interpretaciones al paciente;
 7. suele hacer especial mención a las experiencias del paciente tal como se manifiestan en la sesión y, si bien las vicisitudes de la transferencia se observan en todo momento en cambio solo se la interpreta cuando, de no hacerlo, ésta se convierte en factor resistencial que amenaza bloquear el proceso. En todo caso no se favorece su expresión ni se la retrotrae a la infancia del paciente.

Estos puntos que acabo de describir desde la perspectiva del terapeuta requieren algunas condiciones necesarias de parte del paciente a fin de determinar si, de acuerdo a la naturaleza de su demanda, su problema y su personalidad, lo vemos susceptible de beneficiarse de un abordaje psicoterapéutico de orientación psicoanalítica breve. Aunque no voy a entrar aquí en detalle sobre este asunto no está de más recordar que la cuestión de acertar en la indicación terapéutica es básica en toda intervención sanitaria. Damos por supuesto que no todos los pacientes que consultan se pueden beneficiar de un abordaje terapéutico breve. La indicación es una decisión terapéutica que debe ser tomada con mucho cuidado después de haber explorado con atención la organización psicopatológica del paciente así como los aspectos sanos y enfermos de su personalidad.

Quiero reseñar, aunque sea sólo de paso, algunas condiciones del paciente que considero necesarias para indicar una PPB.

1. En primer lugar el paciente debe tener una motivación clara para tratar su problema, y estar dispuesto a trabajar activamente con el terapeuta en la

exploración de su conflictiva;

2. esperamos que sea receptivo y que muestre un cierto grado de apertura a considerar las interpretaciones que le vamos a ofrecer y a cuestionar sus posiciones respecto de los problemas que viene tratar;
3. esperamos poder identificar con claridad el problema vital que le aqueja, es decir, que sus dificultades sean focalizables en algún núcleo o conflicto que nos permita circunscribir la tarea que vamos a llevar a cabo; en este sentido no nos preocupa tanto la organización psicológica del paciente como la posibilidad de focalizar el trabajo y de contribuir a mejorar las condiciones del mismo; aunque naturalmente necesitamos la presencia de un mínimo de aspectos conservados y sanos
4. y así mismo, en relación al punto anterior, evitaremos indicar PPB en aquellos casos en los que la destructividad y el negativismo alcanzan proporciones tales que impiden el establecimiento una alianza terapéutica mínima; de la misma manera nos abstendremos de indicarla en aquellos casos en los que se requiere una intervención que abarque el conjunto de la personalidad.

Con la enumeración de los puntos arriba reseñados en relación al terapeuta y al paciente pretendo ofrecer solamente algunas indicaciones que orienten al lector no familiarizado con este abordaje respecto de los problemas y las condiciones que considero esenciales. Para más información remito al lector a la extensa bibliografía existente sobre el tema.

ALGUNAS PARTICULARIDADES DEL TRATAMIENTO A NIÑOS EN ASISTENCIA PÚBLICA.

En general los profesionales de la salud mental que nos dedicamos a atender niños tendemos a centrar nuestros esfuerzos en la prevención y en la atención a las familias de los consultantes. El niño, así como el adolescente, está pasando por unas fases del ciclo vital en las que se juega el destino de las potencialidades evolutivas del individuo, tanto a nivel cognitivo, como afectivo y relacional. Y esto tiene lugar en un contexto en el que se ve sometido a influencias muy intensas y directas principalmente de sus padres, pero también del resto de su entorno familiar, grupal y escolar. El camino hacia la individuación y el establecimiento de una identidad es largo y arduo.

Así pues, en la consulta conviene explorar bien y no precipitarse. Durante el proceso de valoración diagnóstica e indicación terapéutica hay que prestar especial atención en diferenciar normalidad evolutiva de patología.

Si no perdemos de vista el contexto evolutivo en el que vive el niño seremos capaces de matizar y afinar más respecto del sentido profundo de la demanda, de los síntomas y de la indicación. Hay que dar tiempo al niño para que aprenda a afrontar sus dificultades afectivas y relacionales, de manera que procuramos valorar sus

síntomas y sus dificultades desde una visión abierta y evolutiva. Sabemos que un síntoma puede indicar la presencia de patología o simplemente ser un signo transitorio que señala la existencia de un conflicto afectivo que el niño está tratando de tramitar y elaborar. Así pues es aconsejable no apresurarse en indicar un tratamiento.

Por otro lado, prestamos especial atención a las presiones e influencias que el medio ejerce sobre el pequeño paciente. En el ámbito familiar los niños a menudo se hacen eco y expresan en carne propia perturbaciones serias de la dinámica familiar o de algunos de sus miembros adultos en particular. Es necesario diferenciar bien cuando el síntoma del niño es un reflejo de la patología familiar o de otro miembro del grupo, cuando es un signo de desarrollo evolutivo y cuando es un problema por el que se requiere atención individualizada.

El adulto nos llega con una personalidad y una organización mental más o menos bien establecida. El niño la está construyendo. En este sentido entiendo que cuando la elección terapéutica es de psicoterapia breve individual al niño el factor 'desarrollo' debe de estar siempre en el trasfondo de la focalización.

En definitiva, nuestro objetivo terapéutico fundamental es contribuir a la maduración emocional del paciente que crece, ayudar a que el desarrollo prosiga de acuerdo a las capacidades del individuo, desatascar el proceso de crecimiento cuando este se detiene y especialmente en aquellas áreas de la personalidad en las que vemos riesgo de enquistamiento.

El saneamiento, la higienización de las capacidades evolutivas constituye uno de los ejes fundamentales a tener en cuenta en el momento de la elección terapéutica.

En este punto creo que podemos esbozar una definición de PPB en la infancia como aquel abordaje terapéutico que, inspirándose en el modelo psicoanalítico, pretende contribuir a la maduración emocional del paciente a través de un proceso de interacción con el terapeuta, proceso dentro del cual se tendrían que poder describir, aclarar e interpretar los conflictos nucleares del paciente definidos en el foco, conflictos que interfieren o bloquean de manera significativa las posibilidades evolutivas del niño en relación a su potencial específico, sus condiciones biográficas y las de su entorno.

UN EJEMPLO DE FOCALIZACIÓN.

La focalización en PPB es una necesidad. Para poder trabajar bien y eficazmente en un tiempo acotado necesitamos restringir, delimitar adecuadamente las áreas de intervención preferente. La focalización es, a su vez, una consecuencia de la hipótesis diagnóstica y las previsiones pronósticas que atañen al caso. No describiré el proceso diagnóstico que por lo demás no difiere en gran manera del proceso normal de diagnóstico en psicopatología infantil de orientación psicodinámica. Resumiré en cambio algunas ideas acerca de la labor de focalización.

El foco debería de incluir el núcleo principal del conflicto que entorpece de

manera significativa el normal desarrollo del individuo o, dicho de otra manera, debería delimitar la zona crítica, frágil, de la personalidad del paciente en la que se debe centrar la intervención terapéutica. Debería de incluir y ofrecer una descripción de la constelación particular de ansiedades y defensas alrededor del dicho núcleo o zona. Y además dar cuenta de los aspectos conservados, sanos y progresivos de la personalidad del paciente con los que el terapeuta podrá contar como aliados del tratamiento y dinamizadores de desarrollos madurativos.

Para todo esto es importante tener bien presentes los acontecimientos que desencadenan la consulta y las circunstancias externas, biográficas y actuales que la han precipitado. Así mismo, es básico aclarar de qué sufre el paciente, o grupo familiar; qué áreas de su personalidad se ven afectadas; qué riesgos podemos pronosticar caso de no llevarse a cabo el tratamiento; y además, qué clase de cooperación podemos esperar del niño y de su entorno familiar.

En forma resumida presento a continuación un ejemplo de focalización de acuerdo a las líneas que aquí se han esbozado.

Andrés es un niño de 7 años, hijo único de una pareja separada que traen a nuestro servicio para que valoremos la adecuación de un tratamiento de psicoterapia psicoanalítica breve. Viene derivado por el Centro de Atención Primaria de referencia por considerar que una psicoterapia podría ayudar al niño en sus dificultades de concentración y aprendizaje. Sobre un fondo ansioso y de inmadurez psicológica que se agravó al poco de la separación de los padres se nos informa que el niño presenta como síntomas más llamativos enuresis diurna primaria, estreñimiento pertinaz, dificultades de relación con los iguales a los que pega si no consigue dominar y unos rendimientos escolares bastante por debajo de lo que le correspondería por su edad y sus recursos intelectuales.

A la primera entrevista acuden madre y niño quien tiene una apariencia huraña y una actitud recelosa con respecto al terapeuta. La madre explica que vienen derivados para tratamiento cosa que ella ve bien puesto que con anterioridad el niño fue ayudado en un servicio de atención precoz y progresó de forma considerable. En aquel entonces, a los 3 años de edad y según consta en informe del SAP (Servicio de Atención Precoz), Andrés presentaba un marcado retraso en la evolución del lenguaje, problemas de alimentación, control de esfínteres y dispersión.

La madre informa que en la actualidad el niño sigue con la enuresis primaria y que en el colegio se quejan de que es un niño que pega a los otros niños cuando no se dejan manejar o le llaman mentiroso y no se creen la fantasías que él explica con frecuencia. Además crea problemas en la clase tratando de llamar la atención continuamente con salidas de tono extrañas que sorprenden y angustian a las maestras. Parece que el niño, en la relación individual con ellas, es un encanto. Por lo que a aprendizajes se

refiere en este momento progresa bastante bien aunque de pronto parece des-aprender y olvidar aprendizajes que parecían consolidados.

Cuando trato de obtener mayor información acerca del desarrollo del niño la madre me responde con un evidente secretismo que no puede hablar en su presencia. Mientras Andrés ha ido dibujando ‘un barco con sus velas, una luna y una bandera’. La madre da algunas informaciones superficiales más con respecto al tratamiento anterior y dejo para una próxima visita la ocasión de hablar a solas con la madre como parece ser su deseo más o menos explícito.

Según las explicaciones de la madre en la entrevista que tengo a solas con ella Andrés tuvo un desarrollo en general bueno con un cierto retraso en el andar, a los 18 meses, aunque parece que era debido más a un apego excesivo al desplazamiento a gatas que a dificultades en el desarrollo psicomotriz. Era tranquilo, muy comedor, engordaba mucho y bien pero siempre parecía estar enfadado, como endurecido. No le amamantó más de cuatro días por que ella tomaba una medicación que según le dijeron podía producir taquicardias al niño. Sufrió y sufre de estreñimiento y la madre refiere situaciones en las que ella dialogaba con el niño y con la caca para ‘animarla’ a salir. Al entrar en la guardería empezó a pegar a los otros niños especialmente cuando no le hacían caso y no querían jugar con él. Ahora se ha echado fama de pegón y los demás le evitan. Con el tratamiento en el SAP la madre cree que el niño se relajó y mejoró parcialmente la enuresis. El progreso en el lenguaje fue destacable.

Pregunto a la madre por el secretismo de la visita anterior con respecto a lo que no podía hablar delante del niño.

Entonces cuenta que el niño nunca pregunta por el padre. La pareja se separó a los dos años de Andrés cuando ella descubrió con gran sorpresa y perplejidad que su marido, con quien había tenido una relación de lo más normal, había estado metido en un delito financiero importante, con extorsión y empleo de una violencia tal que había puesto en riesgo la vida del extorsionado. Este asunto provocó muchas discusiones en la pareja y maltrato físico del padre a la madre, la cual, muy asustada, no alcanzaba a entender qué estaba ocurriendo puesto que su marido nunca se había mostrado violento con anterioridad. El padre fue juzgado y condenado a prisión por una serie de años. Ella no sabe cómo afrontar este asunto con el niño y de hecho sigue tratamiento con una psicóloga para que la ayude en este asunto. Nunca le habla al niño del padre.

Al término de esta entrevista explico a la madre el proceso de valoración diagnóstica que seguiremos y la entrevista de resultados en la que después de informarla de mi impresión sobre el niño le propondré el plan a seguir. Responde que no podrá acudir a ninguna otra entrevista hasta dentro de

tres meses cuando tenga otro permiso laboral. Ella es el único sustento de la familia y teme perder el trabajo si falta más días. Me dice que le puedo explicar a la abuela que es quien se hará cargo de llevar el niño a tratamiento. La veo tan cerrada en este punto que acepto la situación tal como ella la propone aunque cuando ello pueda acarrear algunas dificultades en el desarrollo del tratamiento que yo pueda proponer.

En la primera entrevista que tengo a solas con el niño me llaman la atención algunas peculiaridades del tipo de contacto que establece: por un lado interrumpe cualquier intento mío de hablar con un 'ya lo sé', que tiene un evidente efecto cortante. Por otro lado destaca una marcada confusión entre fantasía y realidad. Así por ejemplo, al comentarme su dibujo de un volcán, afirma muy serio y convencido que 'en casa tiene un volcán que él hace explotar cuando viene gente mala y los mata a todos'. Y también que 'yo estoy en tercero (en realidad está en primero), tengo novia que ha venido a casa, la he presentado a mis padres, y pronto me voy a casar.' Durante la sesión sus comunicaciones son bastante confusas, con frases cortas, sin un hilo argumental claro y con presencia de elementos 'extraños' que remiten a contenidos psicóticos. La segunda entrevista diagnóstica se desarrollará en términos similares.

Después de las entrevistas diagnósticas y una vez determinada la necesidad de tratamiento, se presenta al terapeuta el problema de elegir el foco a tratar. ¿Núcleo de conflicto? ¿Zona crítica de intervención? En el caso de Andrés tenemos una madre que ya recibe tratamiento psicológico individual desde hace tiempo, presumiblemente para tratar las dificultades desencadenadas por el engaño, la violencia y la separación de su marido, así como para encontrar la mejor manera de ayudar a su hijo respecto de este problema familiar y la ausencia del padre. Ella se coloca fuera del alcance del que va a ser el terapeuta del niño aclarando con determinación que no se puede contar con su presencia.

La violencia ejercida por el ex marido, su encarcelamiento y la clase de delito cometido tienen tal efecto traumático y vergonzante para la madre que no encuentra manera de tratar este asunto con su hijo. El niño, por su lado, tiene muy pocos recursos para encarar el problema por su cuenta. Le falta información, recursos simbólicos y un ambiente familiar receptivo a recoger y tratar sus inquietudes respecto de un problema tan importante como es la desaparición del padre. Andrés no habla del padre a la madre. Seguramente detecta que ella no está por la labor. Pero lo tiene en cuenta y fabula sobre su ausencia y su identidad. Al terapeuta le llama la atención precisamente la naturaleza de estas fabulaciones que por momentos parecen tener tintes casi delirantes.

¿Cómo abordar directamente con el niño el problema del padre, cuya ausencia/recuerdo tiene efectos tan traumáticos para la madre? El terapeuta, ¿debería escoger como foco de trabajo la ausencia del padre y la manera como el niño trata de llenar

este vacío fabulando un padre inexistente? ¿Quién sostendría, en el medio familiar, este trabajo de elaboración más allá de la sesión de tratamiento? El niño perdió el padre bruscamente, y al mismo tiempo, aunque de forma parcial, a la madre que podía contener y facilitar la elaboración de una pérdida de ésta naturaleza. Por otra parte, su organización mental es todavía muy precaria y acude a unos recursos patológicos (fabulación) que al terapeuta le parecen críticos y abordables.

Tales recursos conllevan conflictos relacionales con sus iguales, a quienes pega si no comulgan con sus fabulaciones y no se avienen a formar parte de su mundo imaginario. Luego lo rechazan, no quieren jugar con él lo cual agrava su rabia por la exclusión de que se ve objeto. Pero además ocurre que la fijación a un sistema defensivo fabulador y a ideaciones de tipo deliroide representa una seria amenaza a la integridad del aparato mental de Andrés.

El recurso a la fabulación, a criterio del terapeuta, indica que el niño utiliza estrategias patológicas como recurso frente a la imposibilidad de contener y elaborar un problema tan importante en relación a la ausencia del padre. La enuresis en cierta manera es un equivalente orgánico de esta imposibilidad de aguantar, contener y procesar contenidos psíquicos traumáticos. El recurso cada vez más acentuado a la fabulación amenaza con hacer cada vez más frágil el contacto del niño con la realidad, y reducirle a un mundo caprichoso y aislado de contenidos extraños al que el niño se puede ir retirando.

En este sentido el terapeuta escoge como foco de intervención terapéutica las vicisitudes por las que pasa Andrés en su contacto con la realidad: se propone ayudar al niño a delimitar y distinguir mejor los espacios, el interior del exterior de la mente, la fabulación de la realidad externa. Asimismo entiende que debe describir al niño el refugio en la fabulación y la defensa violenta contra quien ose ponerla en duda. Con ello espera contribuir de manera decisiva a la organización mental de su paciente a una edad en la que establecer de forma segura y firme las diferenciaciones básicas a las que acabamos de aludir da mayores garantías y oportunidades al desarrollo para una evolución más sana y correcta. Si el niño diferencia bien aprenderá y se relacionará mejor.

El resto, es decir, la elaboración de la pérdida traumática del padre y parcial de la madre será tarea de más largo alcance y duración, probablemente de toda la vida, elaboración a la que una madre más capaz, como efecto de su tratamiento individual, podrá contribuir a lo largo de los años del desarrollo de su hijo.

Los resultados del tratamiento que se propuso y se llevó a cabo, a razón de una sesión semanal durante quince meses, fueron francamente positivos. La enuresis desapareció totalmente, la relación con sus iguales mejoró de forma significativa y el pensamiento del niño se organizó mucho mejor habiendo desaparecido aquellos episodios de des-aprendizaje y confusión tan preocupantes. La madre expresó al finalizar la satisfacción por el cambio positivo que había hecho su hijo.

Resumen

El psicoanálisis, con sus más de 100 años de historia, ha hecho aportaciones fundamentales a la comprensión de la mente humana y ha representado una fuente de inspiración y progreso en relación a la atención psiquiátrica y psicológica a los pacientes. Más allá del tratamiento psicoanalítico como tal diversas formas de psicoterapia de base psicoanalítica se han ido desarrollando y describiendo desde la segunda mitad del siglo XX en adelante. Las necesidades de atención a un amplio espectro de pacientes y los recursos limitados de que se disponía y se dispone en el contexto de los servicios públicos de salud fueron y siguen siendo un importante estímulo para el desarrollo de formas breves de abordaje psicoterapéutico que aplicadas en los pacientes indicados ha producido efectos benéficos duraderos en áreas restringidas y afectadas de su personalidad.

En este trabajo he intentado describir un recorrido que nos lleva del tratamiento psicoanalítico a la psicoterapia psicoanalítica breve y necesariamente focal. Después de plantear algunos aspectos específicos de la atención psicoterapéutica en la infancia y a través de la presentación de las primeras entrevistas con una madre y su hijo de 7 años de edad describo la elección del foco como un momento especial y muy importante de este abordaje terapéutico. La evolución del paciente puso de manifiesto que la elección del foco había sido mayormente acertada.

Palabras clave: psicoanálisis, elección terapéutica, focalización, psicoterapia psicoanalítica breve, tiempo cronológico y evolutivo.

Referencias bibliográficas:

- BALINT, M. (1961) : *El médico, el paciente y la enfermedad*. Libros básicos. Buenos Aires. 1961.
- FREUD, S. (1904) *El método psicoanalítico de Freud*. Obras Completas. Vol. VII. Amorrortu editores. Buenos Aires. 1976.
- FREUD, S. (1914) Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico. O. C. Amorrortu edit. Vol. XIV. Buenos Aires. 1976.
- JOSEPH, B. (1989) : *Psychic Equilibrium and Psychic Change*. Routledge. The New Library of Psychoanalysis, 9. London 1989.
- LEICHSERING, F. et al. (2004) : *The Efficacy of Short-Term Psychodynamic Psychotherapy in Specific Psychiatric Disorders*. Arch Gen Psychiatry. Vol 61. Diciembre 2004.
- MALAN, D.H. (1963) : *La psicoterapia breve*. Centro Editor de América Latina. Buenos Aires. 1974.
- STEINER, J. (1993) : *Psychic retreats*. Routledge. The New Library of Psychoanalysis, 19. London 1993.