

# Enfoque terapéutico multidisciplinario basado en la organización, no en la institución.

## La construcción de un tratamiento “a la carta”

Martha Jordán<sup>1</sup>

### Resumen

*Introducción:* La psicoterapia implica para el terapeuta un largo camino de reflexión conjunta entre colegas, a fin de responder a las necesidades de pacientes que sufren patologías mentales complejas y en cuyo tratamiento es fundamental tomar en consideración tanto las particularidades de su mundo interno, como las del entorno. *Objetivo:* Compartir una forma de llevar a cabo el oficio de la psicoterapia. *Desarrollo:* El tratamiento “a la carta” es una invitación a pensar que es posible hacer uso de los recursos con los que contamos para construir una propuesta terapéutica plural considerando las personas, los lugares y el móvil, de forma que se ajuste a los requerimientos del paciente y de su familia, favoreciendo no sólo el pronóstico, sino la vida misma de los implicados.

**Palabras clave:** cura, práctica institucional, trabajo.

**Title:** Multidisciplinary Therapy Approach Based on the Organization, not the Institution

### Abstract

*Introduction:* For the therapist psychotherapy means an extended journey of thinking together with colleagues to be able to respond to the needs of patients suffering from complex mental pathologies, and in the treatment of which it is necessary to take into consideration the peculiarities both of their inner world and of their environment. *Objective:* The purpose of this paper is to share a way of carrying out our job. *Development:* The “a la carte” treatment” is an invitation to think that it is possible to use available resources in order to create a therapeutic proposal characterized by its plurality, taking into consideration the people, the places and the motive, and that is adapted to needs of the patient and his/her family, favoring not only the outcome, but life itself of those involved.

**Key words:** Cure, institutional practice, work.

---

<sup>1</sup> Médica psiquiatra. Psiquiatra de niños y adolescentes. Profesora y coordinadora de la Especialización en Psiquiatría de Niños y Adolescentes, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

## Introducción

A fin de hacerse cargo globalmente de un niño con una patología mental compleja, es una necesidad sentida requerir la intervención de personas de distintas disciplinas, orientadas por una de ellas. La revisión bibliográfica del tema nos remite en su gran mayoría a la historia y el funcionamiento de instituciones en las que se emplea la modalidad de *cura institucional* (1).

Sin embargo, en nuestro medio éstas son escasas o acogen pacientes con patologías específicas, o no se ajustan a las necesidades de algunos pacientes. Por tanto, es necesario construirlas, no tanto en términos de lugar, de edificio, sino más bien de organización; en palabras de Misès: “un dispositivo cuya esencia terapéutica está dada por la función terapéutica de múltiples parámetros, articulados entre sí” (1).

Hablamos entonces de la construcción de un engranaje terapéutico “a la carta”<sup>2</sup> cuyas “piezas” varían según las necesidades del paciente en cada etapa del proceso. Por tanto decir que es “entre consultorios” tiene el riesgo de quedarse corto, excluyendo al colegio —con profesores que llevan a cabo mediaciones, las psicólogas educativas que pueden

servir de puente entre el clínico y el colegio, y el proyecto educativo—, a los padres, otros espacios de socialización...

## Perspectiva histórica

Hacia los años cincuenta, a raíz de la ampliación del campo de acción de las psicoterapias psicoanalíticas, se pensó que podría resultar benéfica su introducción en los establecimientos médico-educativos orientados primordialmente bajo una perspectiva educativa. Fue así como se solicitó la intervención de psicoanalistas externos al equipo, para que iniciaran procesos de psicoterapia individual, sin hacer modificaciones en el plano institucional. No se había contemplado, sin embargo, que el inicio de ésta movilizaría diferentes aspectos en los niños, ni que dicho movimiento trascendería el espacio de la psicoterapia individual, complicando el manejo cotidiano bajo la forma de funcionamiento previamente establecida.

Surgieron entonces propuestas diferentes para dar respuesta a la nueva necesidad; todas con el denominador común de “trabajo en un marco institucional que permita al equipo sostener los abordajes individuales pero sobretodo conferiría a

---

<sup>2</sup> La experiencia aquí reconstruida se basa en la formación adquirida en el CJPA Centre de Jour pour Adolescents de la Fondation Vallée (Gentilly, Francia) y a la constante reflexión y trabajo en equipo con Alejandro Rojas y Patricia Barón.

la institución per sé, una auténtica función dinámica, capaz de generar transformaciones estructurales en el niño. Surgen así los conceptos de psicoterapia institucional, de cura en institución y de función terapéutica de la institución.” (1)

### **De los cambios en la institución al incentivo para crear la “organización- institución”**

Esta orientación va de la mano de la transformación de los hospitales psiquiátricos hacia la “terapia institucional”, y aquí yo añadiría que también o fundamentalmente, la necesidad de ver al niño con enfermedad mental como *una persona* (2), como un sujeto heterogéneo —que tiene unos aspectos más funcionales que otros— y con una característica esencial a no perder de vista al momento de hacer un diagnóstico, hablar del pronóstico, o diseñar, o evaluar una propuesta terapéutica: la evolutividad o potencialidad de cambio. No es posible en consecuencia, bajo esta óptica, trabajar con un propósito terapéutico sin contemplar estos dos aspectos, a saber: la disarmonía y la evolutividad.

Consideramos entonces al niño como un sujeto que evoluciona, que va en una perspectiva dinámica, que trasciende la idea de evolución lineal del desarrollo que frecuentemente rige la idea del desarrollo sano, para dar cabida también a un movimiento continuo en el interior

de las distintas áreas del funcionamiento: relacional, intelectual, académico, y por tanto también, en los entornos en los que éstos se llevan a cabo, como la casa, la institución educativa, y el marco terapéutico vigente en cada momento.

En términos históricos, este planteamiento dio origen a cambios en el tratamiento, tales como la disminución progresiva de la solicitud de camas en los pabellones de hospitalización de tiempo completo, o en los servicios de urgencias (con internaciones aisladas, no formando parte de un proyecto terapéutico a largo plazo), la vinculación del proceso educativo al terapéutico etc. Para lo que nos atañe en el presente artículo, nos sitúa en una posición que debe ser móvil y permeable, cuidando siempre las razones que motivan tanto la permanencia como las modificaciones; hay que estar atentos a los cambios en la estructura psíquica, en el funcionamiento, y hacer los ajustes pertinentes a la forma de intervenir. Queda atrás la idea de tratamiento exclusivo mediante psicoterapia individual, para dar cabida a la forma de articular los planos de acción, eligiendo entonces “los soportes institucionales que mejor se adapten a las distintas etapas de la evolución de una cura” (1).

### **A manera de ejemplo**

Una paciente de siete años y nueve meses de edad llega a mi consulta

de psiquiatría referida por una colega dedicada a la psicoterapia de adultos, y quien hace parte de ese equipo que está dispuesto a trabajar “a la carta.” Tiene un diagnóstico de un síndrome genético que genera repercusiones globales en su desarrollo: físico, intelectual y relacional. Asiste a un colegio regular, en el que se ha dado prelación a sus dificultades en el ámbito académico; el compromiso en las distintas áreas ha requerido intervención por terapia del lenguaje, ocupacional, física y apoyo domiciliario para la realización de sus tareas.

Asimismo, el componente somático ha determinado la necesidad de hospitalizaciones varias; una cirugía; actualmente debe asistir a consultas médicas variadas con alta frecuencia. El funcionamiento de la familia ha sido modificado de forma importante para atender a las necesidades de la paciente; el tiempo dedicado a ella es esencialmente dirigido a un fin terapéutico preciso cada vez. Resulta impactante, al reunirse con los padres en las entrevistas iniciales, ver como la espontaneidad dejó de tener cabida, hablar de placer, de “rico hacer tal cosa” genera expresiones de sorpresa; la cotidianidad está organizada en una agenda estricta de “lo que hay que hacer” y se pasa del afán, de la necesidad de dar cumplimiento a todas las prescripciones, al agotamiento. Hay tantas cosas en marcha que decido inicialmente verla en consultas esporádicas,

sin hacer un encuadre a pesar de saber que lo necesita... o de pronto precisamente por lo que lo necesita tanto considero que añadir “otra terapia más” no aporta; por el contrario siento que en ese momento, puede aumentar el agotamiento de la paciente y la sensación de desesperanza de la familia. Comienzo a ver a M con una frecuencia de una vez al mes, y a responder a inquietudes y preguntas de la madre. La situación en el colegio de M es cada vez más difícil, ella se siente mal, no aprende y los padres sienten que se da prelación a lo que no puede hacer; están inquietos de sentirla triste. Se propone una opción educativa diferente.

Es acogida en este espacio educativo cuya filosofía conocemos y consideramos le será de gran beneficio. Lo académico es trabajado mediante proyectos de tal forma que le resulta más fácil darle sentido a sus conocimientos; la socialización va dándose en un ritmo que ella no siente ajeno; “descubre” que aprender no sólo es posible, sino que se puede disfrutar. El apoyo terapéutico diferente a la psicoterapia (terapia de lenguaje, ocupacional y física), así como el apoyo que ha requerido para cumplir con las exigencias académicas se llevan a cabo en el interior del colegio, y durante el horario de éste.

Es así como la forma en que se lleva a cabo el proceso escolar, y las

repercusiones que el mismo tiene al liberar tiempo y en consecuencia llevar a la búsqueda de opciones de su uso, diferentes a las determinadas por “aquello que no está bien”, sirven a su vez de apoyo al trabajo individual, centrado en ese entonces en el temor a crecer y a asumir retos en el desarrollo. Las tareas que se dejan en el colegio corresponden a los requerimientos académicos, y también al proceso evolutivo que M está viviendo, y después de discutirlo en conjunto con la persona encargada de su proceso educativo, es el momento indicado para dar inicio a un proceso psicoterapéutico formal a razón de una vez a la semana. La misma psiquiatra que me remitió a M, le propone una psicoterapia individual a la madre —a realizarse con una psicóloga que también forma parte del equipo— que ella acepta e inicia pronto.

En el proceso psicoterapéutico individual de la madre, ella puede resolver dudas relacionadas con la cotidianidad, se ha permitido validar las emociones fuertes y encontradas en ocasiones, surgidas a lo largo del camino recorrido con su hija, pero sobre todo recuperar una vida individual rica, opacada durante años por lo que hoy me atrevería a considerar como un aspecto de su vida, y no la esencia, que es ser madre de M. Aquí jugó también un papel muy importante una psicóloga cercana a la madre de M, quién propició este trabajo, ayudándola

a permitirse explorar su mundo interno y recuperar la ilusión.

De acuerdo con Pérez (3), en el proceso educativo que sigue M —con una perspectiva terapéutica que tiene en cuenta sus múltiples aristas—, se parte entonces de un enfoque constructivo en el que “éxito” en lo académico no va a estar “casi a su alcance”, para que sea la ilusión de lograrlo la que jalone a M. “El éxito” será un personaje cotidiano con el que ella tendrá que enfrentarse a diario y con el que aprenderá a relacionarse; encontrando su mejor perfil para cuando él le sonría y buscando cómo pararse frente a él, cuando le sea esquivo.

En este entorno de “tolerancia igualitaria” (no de “tolerancia caritativa”) a M le ha resultado un poco más fácil hacerle frente a retos por los que sí es posible luchar..., retos que traen de la mano la esperanza..., retos que se dejan acariciar(3)...

Con un escenario escolar construido casi a la medida de unas dificultades como las suyas, ha sido posible poner a prueba la internalización de controles externos por parte de M, para manejar asuntos álgidos de su patología, como son los temas de la alimentación, en los que M ha tenido que aplazar, sustituir o deponer sus deseos buscando metas relacionadas con su propio cuerpo, el que por otro lado es víctima de sus constantes agresiones (3).

Estos son algunos de los elementos que adornan los días y los meses de M. en su “colegio especial”; elementos que en gran medida han exorcizado la tristeza con la esfinge de la esperanza frente a la que M en forma esporádica continúa presentando oscuras dudas que se empeña en resolver mediante doloridos interrogatorios a su mundo (3).

El padre, a su vez, busca un espacio terapéutico individual en el que se siente cómodo. Las reuniones puntuales de los padres con la terapeuta de M, por modificaciones de síntomas, por aparición de síntomas que pueden ser leídos como descompensaciones severas si no contempláramos las vivencias múltiples, para analizar de antemano las posibles repercusiones de manejos sugeridos para su patología genética de base o para recordarnos mutuamente la empresa en la que estamos, han sido fundamentales para aclarar dudas, dar sentido a las decisiones, y ante todo, cohesión ante M, de aquello que le proponemos como benéfico.

En la última reunión, después de hacer una reconstrucción entre todos del proceso vivido, surgió de nuevo la idea de aumentar el número de sesiones en su proceso individual —cosa que ya está en marcha—, la necesidad de discutir con su endocrinóloga los beneficios frente a los riesgos de asociar un antipsicótico atípico al tratamiento,

y la posibilidad de hablar con un terapeuta de familia, “alguien que se ocupe de todos, porque hay momentos más difíciles para cada uno”, en términos de alguno de los padres, refiriéndose a ellos y los hermanos de M, con quienes tiene una relación cercana, con mucho afecto.

Escribir acerca de esta experiencia me hace pensar en conceptos como el de permeabilidad, movimiento, capacidad de espera; no una espera pasiva, sino tolerancia a la frustración; a no obtener todo lo que uno quisiera, o al menos no pronto, dándole prioridad al *timing* —al de la paciente y al de cada una de las personas vinculadas— a fin de lograr los objetivos terapéuticos. Discutiendo de nuevo el proceso con la terapeuta de la mamá, nos pareció importante señalar que compartíamos la idea de considerar un logro el proceso que hay en curso en el momento.

Yo, de forma privilegiada, en calidad de psicoterapeuta individual de la paciente, pero todos en las distintas áreas hemos podido ser testigos de la evolución satisfactoria de M, desde una psicosis precoz deficitaria, a una disarmonía evolutiva de estructura psicótica con esbozos de apertura hacia la neurosis (4). Su funcionamiento actual se caracteriza por la necesidad de llevar a cabo todo de manera obsesiva, ritualizada, con una postura paradójica frente al cambio: le genera mucho temor y al

mismo tiempo una gran curiosidad; su sentido del *self* se ha complejizado de forma importante, alcanzando una organización mental entre la bi y la tridimensional en términos de D. Meltzer (5) o la “integración” —patrón de continuidad existencial— en los de Winnicott (6): el camino que va del “yo”, al “yo soy” hasta el “yo existo” (este último paso cuando “soy visto y comprendido por alguien”).

Ahora, es decir, después de cuatro años de trabajo “a la carta”, estamos disfrutando de ésta, siendo partícipes como sujetos diferenciados, pero teniendo que enfrentar las dificultades que su nueva estructura supone: la toma de conciencia de las dificultades y lo que ella llama “la diferencia” —en sentido negativo, lo que no puede hacer y los demás sí— con los sentimientos de rabia, desesperación y recientemente de tristeza; ésta última de la mano con el acceso a la mentalización: “¿Cierto que cuando hablamos de esas cosas difíciles es cuando yo me hago daño?” (mientras se lesiona la piel) seguida de “tú sabes que yo no puedo hacer dos cosas al tiempo; mejor no juguemos y sólo hablemos”.

### Reflexión final

Misès había planteado que cualquiera que fuera el dispositivo elegido, se trata de introducir un proceso curativo para un niño con una organización mórbida severa que exige un abordaje multidimensional:

No es suficiente entonces, disminuir los síntomas más molestos, ni llevar a cabo una acción educativa o pedagógica que se limite a una mejor utilización de las capacidades presentes en el sujeto: la cura debe permitir igualmente, auténticas modificaciones estructurales. Tal empresa se refiere a un modelo dinámico que otorga un lugar importante a la perspectiva psicoanalítica, sin desconocer por tanto, la multiplicidad de factores en juego y la necesidad de un abordaje pluridisciplinario. (7)

Aparece el término de “mediación terapéutica”: las vivencias experimentadas en los distintos espacios vitales pueden ser pensadas en conjunto, para obtener significados, razones, para comprender los movimientos psíquicos subyacentes.

Esta experiencia con M no habría sido posible de no contar con un equipo de profesionales respetuosos del trabajo del otro, persiguiendo un objetivo común, dispuestos a aceptar las fallas señaladas por otro de los participantes de esta empresa y a buscar una solución —entre todos— del tropiezo al proceso de M, a acompañarse en los puntos de intersección, sin invadir el territorio del otro, sabiendo que de hacerlo se reproduciría en el equipo la confusión existente en el mundo interno de la paciente.

Cuando Winnicott dijo “cuando no puedo hacer psicoanálisis, hago otra

cosa”, no quería decir “cualquier cosa”, sin una razón de ser; podríamos leerlo como la propuesta a ver lo que sí podemos hacer, con los medios con los que contamos y con la problemática a la que debemos hacer frente en nuestro entorno. Su noción de área transicional —“el área intermedia... le es permitida al niño entre la creatividad primaria y la percepción objetiva basada en la prueba de realidad” (2)— sería el espacio compartido entre yo y no yo, aquél en el que se construye el *self*, en el que se da la individualidad, a partir de la ilusión y el recurso a la creatividad. Existe entonces en el dispositivo terapéutico, la necesidad de ser creativo, de proveer un medio que sostenga y que permita el desarrollo del funcionamiento psíquico “hasta que no se hayan introyectado las funciones de contención, es imposible que aparezca el concepto de un espacio dentro del *self*” (8).

El psiquiatra o psicólogo tratante hace las veces de un “director de orquesta”, abriendo la posibilidad a la intervención de uno o de varios músicos, determinando el momento en el que un instrumento que ha sido tocado deja de serlo e invita uno nuevo o, uno que dejó de sonar durante un periodo, pero siempre sabiendo que no sería posible ser director de orquesta, si no contara con la acción conjunta de la misma. Retoma las reacciones de los miembros del equipo (incluyendo las suyas por supuesto) para solucionar

los callejones sin salida y mantener activa la tarea de establecer lazos entre el funcionamiento psíquico del paciente, su vida cotidiana y su vida de fantasía. Conceptualiza así los movimientos de la cura; detecta tanto los puntos de apertura, como los bloqueos de la misma; teje puentes, sostiene, apoya, acompaña y ensaya una y otra vez...

### Agradecimientos

Las personas que han contribuido directamente en este proceso son: Patricia Barón, Catalina Deeb, el equipo docente y terapéutico del Gimnasio el Torzal, bajo la dirección de Clemencia Pérez, y por supuesto M y su familia.

### Referencias

1. Misés R. Psychothérapie institutionnelle, cure et institution. En: Ferrari E. Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. París: Flammarion Médecine-Sciences; 1993.
2. Winnicott DW. Transitional objects and transitional phenomena. En: Winnicott DW. *Playing and Reality*. New York: Routledge; 2005.
3. Pérez C (psicóloga educativa y directora del Colegio El Torzal, Bogotá). Comunicación personal. 30 de abril de 2008.
4. Beraudi-Luppi A. Clasificación francesa de los trastornos mentales del niño y del adolescente: CFTMEA-R-2000. Buenos Aires: Asociación Franco Argentina de Salud Mental-Polemos; 2004.
5. Meltzer D. La dimensionalidad como un parámetro del funcionamiento mental: su relación con la organización narcisista. En: Meltzer D. *Exploración*

- del autismo: un estudio psicoanalítico. Buenos Aires: Paidós; 1979.
6. Winnicott DW. La integración del yo en el desarrollo del niño. En: Winnicott DW. El proceso de maduración en el niño: estudios para una teoría del desarrollo emocional. 3rd ed. Barcelona: Laia; 1981.
  7. Misès R. Les supports institutionnelles de la cure. En: Les pathologies limites de l'enfance: étude clinique et psychopathologique. Paris: Presses Universitaires de France; 1990.
  8. Bick E. La experiencia de la piel en las relaciones de objeto tempranas. Rev Psicoanal. 1970;27(1):111-7.

### **Bibliografía complementaria**

- Anzieu D. Le moi-peau. Paris: Dunod; 1985.
- Charbit C, Cervoni A. L'enfant psychotique et l'école. Paris: Bayard; 1993.
- Feder F. Un cas de pathologie limite de l'enfance, "TOO MUCH". Inf Psychiatr. 1989;65(1):21-32.
- Winnicott D. Aspectos metapsicológicos y clínicos de la regresión dentro del marco psicoanalítico. En: Winnicott DW, Beltrán J. Escritos de pediatría y psicoanálisis. Barcelona: Paidós; 1999.
- Winnicott DW, Winnicott C. Talking to parents. Reading, Mass: Addison-Wesley; 1993.

*Recibido para evaluación:* 13 de abril de 2008  
*Aceptado para publicación:* 23 de julio de 2008

Correspondencia  
*Martha Jordán*  
*Departamento de Psiquiatría*  
*Facultad de Medicina*  
*Pontificia Universidad Javeriana*  
*Carrera 7ª. N° 40-62, Piso 8*  
*Bogotá, Colombia*  
*mijordang@yahoo.com*