

La complejidad emocional del trabajo de primera infancia

por **Dr. Guillermo Salvador Beltrán**

Metge psiquiatre.

Professor de l'Escola Universitària de Treball Social (UB)

Comunicación presentada en de las Jornadas del mismo título. Barcelona Junio de 2007

La Atención Precoz, como recurso, ha tenido un gran crecimiento a lo largo de estos últimos 25 años, momento en que apareció de una forma más clara en el panorama asistencial de la atención a la primera infancia. Se ha pasado de tener que explicar qué era, para que derivaran casos, al momento actual, en el que hay que explicar lo que no es para que no se produzca un colapso asistencial. También ha ido pasando de ser un recurso de lujo, en la medida de lo mucho que se podía ofrecer durante largo tiempo, a la amenaza de las listas de espera. Me gustaría que nos detuviéramos a pensar juntos alrededor de los pros y los contras del momento actual. Sin embargo, y antes de iniciar este análisis, es básico reconocer que todo este crecimiento se ha producido gracias al enorme esfuerzo de los equipos y de los colectivos que los representan. Desde el inicio se buscaron supervisores y consultores y se invirtió mucho en la formación. Por otro lado, las asociaciones pusieron en marcha jornadas divulgativas y formativas, a la vez que iniciaban diálogos, nunca fáciles, con la administración. Como consecuencia de este proceso hemos llegado a la encrucijada actual, y digo encrucijada porque, según el análisis que hagamos, la Atención Precoz puede tomar caminos muy diferentes.

He escogido la palabra COMPLEJIDAD como referente central del título y del contenido de esta comunicación. Lo he hecho porque es obvio que trabajar con niños y familias lo es, sobre todo si se pretende hacer desde una orientación dinámica. Sin embargo, también lo utilizo para subrayar un fenómeno de funcionamiento social actual, en el que, bajo mi punto de vista, se niega la complejidad emocional de muchas situaciones. Se las quiere enfrentar concretamente como cosas complicadas a las que, sobre todo la ciencia tiene que dar una respuesta única. Hasta los filósofos

venden recetas para la felicidad y los libros de auto ayuda son los best-seller del momento. Yo creo que lo complicado es algo concreto que requiere una solución, en tanto que lo complejo es más bien una esencia inmodificable que debe ser asumida y contenida. Detrás de esto existen debates de modelos de intervención terapéutica e ideologías asistenciales en las que no entraré mucho, solo el apunte de un interrogante: ¿los trastornos emocionales deben ser mirados y categorizados como enfermedades que deben ser curadas?

Como punto de partida de esta pequeña reflexión querría señalar tres situaciones que sin ser preocupaciones absolutas, tienen una dimensión preocupante: la presión asistencial, el crecimiento de los equipos y la aparición de nuevas situaciones asistenciales. Son fenómenos que aparecen dentro de este proceso de dialogo entre el momento social y la Atención Precoz como recurso, es decir, según lo que entiende la atención precoz qué es como recurso y lo que la comunidad cree que es la atención precoz. ¿Hay entendimiento?, ¿Coincide la oferta con la demanda? Son temas a reflexionar.

La presión asistencial

Durante el coloquio posterior a esta comunicación, una compañera psicóloga, refiriéndose a los equipos dijo: “ Nos podemos morir de éxito”. Recogía una frase de Felipe González referida a la época de triunfo absoluto del PSOE. Me pareció muy oportuno porque subrayaba una manera de interpretar el auge de demandas asistenciales que acompaña a la aparición de la presión asistencial, pero también me hacía recordar el texto del poema “If” de Rudyard Kipling en el que señala que triunfo y fracaso como traidores y caras de la misma moneda. En idioma psicológico esa moneda es el narcisismo. No deberíamos permitir que el aumento de demandas sirviera de estímulo al narcisismo de los equipos y despertara la idea “podemos con todo”.

Me parecería más sensato reflexionar alrededor de los límites entre atención primaria y secundaria. La observación de lo cotidiano nos permite ver como van apareciendo numerosos recursos de secundaria para la atención a la infancia, cada vez más específicos cuando, a la vez no se potencian los recursos de primaria. El debilitamiento y sobrecarga de la primaria hace que fallen sus objetivos fundamentales: contener, asumir y resolver problemáticas no graves en la zona asistencial de la normalidad y actuar también desde una dimensión preventiva y

sobre los casos de riesgo. Muchos de estos casos son derivados a recursos secundarios y estos los aceptan. Mi opinión es, que ante el aumento de la presión asistencial, sería necesaria la revisión de los límites entre primaria y secundaria con el objetivo de racionalizar las demandas.

El crecimiento de los equipos

Si la dialéctica del punto anterior estaba puesta entre triunfo y fracaso, por los que respecta a este punto estaría entre crecimiento e hipertrofia. El crecimiento es una forma de expansión armónica producto del desarrollo eficaz de un modelo terapéutico y del aumento de recursos internos. La hipertrofia es una expansión disarmónica producto de un intento de defensa adaptativa. Es obvio que los equipos se están dotando con mucha rapidez de nuevos profesionales y ello obliga a desplegar nuevas formas de organización y al desarrollo de más recursos. Las preguntas serían: ¿persisten los niveles de eficacia del modelo terapéutico? ¿Se está resintiendo la calidad de la intervención?, ¿Esta en peligro el modelo de trabajo en el que el equipo cree?

Las nuevas situaciones asistenciales

Tan solo una referencia muy breve porque creo que tiene que ver con los puntos anteriores. Pongo ejemplos: niños adoptados de otros países que ante la incorporación a P3 son derivados por ciertos “retrasos”. Niños procedentes de litigios matrimoniales altamente destructivos y ante los que los profesionales acaban recibiendo la demanda de peritar en la lucha por la custodia. Niños de familias en situaciones de emigración muy conflictiva. Niños de mucha gravedad orgánica que requieren una atención paliativa etc. Soy de la opinión que muchos de estos casos deberían ser contenidos en ámbitos cercanos a la vida normal del niño: escuela, atención sanitaria, Departamento de Justicia, Servicios Sociales etc. El papel de Atención Precoz debería minimizarse o reducirse a una función puramente consultiva. Desde este punto de partida pienso que resultaría útil, en la búsqueda de clarificar toda esta complejidad la breve descripción de una serie de modelos que deberían ser reflexionados y contrastados para que los equipos pudieran indagar sobre la eficacia y certeza de su propio modelo

El modelo imperante

Vivimos en la llamada “sociedad del bienestar”. El sociólogo alemán Ulrich Beck la denomina “sociedad de riesgo”. El objetivo es la preservación de la vida y de la salud, el bienestar como lo más preciado. Alrededor de estos objetivos se articula un sistema de prevención y alerta constante en el que todo riesgo debe ser controlado. Las tecnologías y sobre todo la ciencia deben tener las respuestas a todos los problemas. Llegamos a ser esclavos de esta lucha para ser ciudadanos competentes y sanos y salvos de cualquier riesgo previsible. El dinero y la ciencia son la pareja dominante en una época en que los referentes grupales, las ideologías políticas y las tradiciones están en crisis. Pero en el panorama de esta modernidad apresurada aparece lo que otro sociólogo importante, Zygmunt Bauman describe como “vida líquida”, lo sólido se fluidifica y diluye y aparecen la superficialidad y la fragilidad. Bauman hace referencia a una frase del pensador R.W. Emerson:” Cuando patinamos sobre hielo quebradizo, nuestra seguridad depende de nuestra velocidad”. Es peligroso pararse (pensar) porque todo puede fallar. Estas fallas de la función continente del Episteme Social actual estarían como base de la negación de la complejidad emocional que había señalado al inicio de la comunicación.

En este contexto, y en lo referido a la infancia los niños cobran un valor social extraordinario. En parte, porque son más escasos y han pasado de ser de una inversión (llegan con un pan bajo el brazo) a un coste. Pero hay que proteger a los niños del riesgo de no ser competentes y entonces se hace necesario sistematizar los problemas de los niños y convertirlos en niños con problemas que deben ser urgentemente atendidos. Se reparten cuestionarios de diversos trastornos en el ámbito escolar para crear un sistema de alerta preventiva que detecte problemas para que el niño sea introducido en el “tubo asistencial”. Puedo parecer exagerado, lo acepto, pero solo quiero recordar la enorme potencia condicionadora de los mensajes sociales en nuestra conducta y también, el hecho constatado de que esas presiones sociales son producto de conflictos sociales no resueltos. Por último, querría subrayar que una consecuencia preocupante de esta situación es el “excesivo protagonismo del niño en el ámbito asistencial”. Es decir, al niño se le hace tomar conciencia temprana de su “limitación” y deberá luchar para superarla en el encuadre terapéutico.

La ideología actual parte de la idea que la ayuda terapéutica es un bien al que el niño tiene derecho. Mi opinión es que esto es cierto siempre que sea estrictamente necesario. Creo que el niño debe ser protegido de la dimensión incordiante de todo

tratamiento si se puede solventar tratando la problemática en otros ámbitos como la familia, la escuela etc.

Los profesionales de primaria y secundaria deberían priorizar este criterio: proteger al niño.

El modelo de los equipos.

Jorge Thomas decía que un modelo es el diálogo entre una teoría y una experiencia. En nuestro trabajo terapéutico cotidiano vamos desde aquello que hacemos y como lo sentimos, la experiencia, a una determinada teoría que nos permite repensar aquello que hacemos. Todo esto no resulta difícil a nivel individual pero es muy compleja conseguirlo a nivel de un equipo. Siempre he dicho que la Atención Precoz es “un conjunto de técnicas al servicio de una idea”.

Los profesionales proceden de distintos ámbitos formativos, (médico, psicológico y social) y necesitan integrar sus conocimientos en un idioma común que sería la base ideológica del grupo. Esta es una tarea difícil pues se hace necesario el liderazgo de una forma de pensamiento consensuado que permita poner las diversas técnicas al servicio de una idea. Si esto no se consigue, lo que acostumbra a suceder es que aparece un diálogo-lucha entre lo médico y lo psicológico que no permite el consenso. Lo importante del modelo no sería discernir que ideología es la más eficaz sino que sea coherente con la expectativa del grupo.

Los problemas derivados de la situación actual creo que obligan a los equipos a revisar su modelo terapéutico y en el proceso de clarificación, el ir redescubriendo “como quieren trabajar”, les permitirá tratar adecuadamente el tema de la presión asistencial.

El modelo dinámico (psicoanalítico)

Desde sus inicios, una gran parte de los equipos, buscaron supervisores y consultores de orientación psicoanalítica. También muchos profesionales iniciaron formaciones alrededor de este modelo. Es natural, por tanto, que muchos equipos se declaren de orientación dinámica. Sin embargo querría reflexionar alrededor de esto. El pensamiento médico y el psicoanalítico se han pasado el siglo XX en debate constante, uno buscando la raíz biológica y la solución médica a los trastornos, y el otro buceando en la comprensión de los fenómenos inconscientes como origen de los trastornos. Por suerte, hoy en día, los progresos de la neurociencia en diálogo con el psicoanálisis abren la puerta a una síntesis enriquecedora. No obstante, creo

que en los equipos, esta síntesis entre modelo médico y modelo psicoanalítico es un proceso abierto en vías de resolución.

Otro tema sería recordar a los profesionales que se definen de orientación dinámica la complejidad de la formación en este modelo de trabajo. Se puede estar en desacuerdo con el psicoanálisis, solo faltaría, pero todos están de acuerdo con la seriedad y exigencia formativa. A este respecto me ha sido muy útil la relectura del artículo de Esther Bick “ *El análisis de niños en la actualidad*”, publicado en 1962 y parafraseando el título, me parece de gran vigencia. Bick introdujo la técnica de observación de bebés en la formación de los psicoanalistas partiendo del reconocimiento de la gran dificultad emocional que representa trabajar con un niño y sus padres. Ella explica que la técnica de observación permite recuperar en el terapeuta una posición de neutralidad y ayuda a enfrentar los factores estresantes del trabajo de primera infancia. Un factor son los conflictos inconscientes del terapeuta en su relación con los padres y el otro es el derivado de su relación inconsciente con el niño. Dice que el mundo interno de los niños es primitivo y difícil de reconocer, que su transferencia es muy intensa y primaria y que la relación que mantiene con sus progenitores es de una enorme ambivalencia. Todo el sufrimiento derivado de estos factores puede conducir al terapeuta a contraidentificaciones antiterapéuticas.

Otro pilar de la formación psicoanalítica es la supervisión sistematizada. El reconocimiento de la dificultad de la tarea dinámica lleva a la conclusión de la facilidad con que el terapeuta puede caer en situaciones inconscientes de antitarea. Por ello, la revisión del trabajo con un experto neutral y liberado de las ansiedades de cada caso resulta imprescindible como elemento de formación y protección. El otro pilar de la formación psicoanalítica es hacer un trabajo terapéutico personal que parte de la idea sensata que para ayudar a resolver los problemas emocionales de otro es necesario ir resolviendo los tuyos. Estoy seguro que esto que he explicado ya lo sabéis, sin embargo lo que quiero plantear es que la formación psicoanalítica es costosa económica y emocionalmente. Los equipos que se consideren de orientación dinámica deben valorar como acercarse a estas exigencias formativas para no caer en el engaño de tener una orientación dinámica “como si”.

El modelo familiar

Desde mi formación en trabajo psicoanalítico con familias hace años que propugno el modelo familiar. Este modelo parte del reconocimiento del exagerado protagonismo del niño y considera a la familia como protagonista de la atención terapéutica, lo cual

no significa no atender al niño si fuera necesario. Partiría de un buen diagnóstico inicial del grupo familiar con el objetivo de convertir la posición de padres colaboradores de una atención de un niño protagonista a padres protagonistas de un problema que también concierne a su hijo. Reconozco las dificultades de llevar a cabo este modelo debido a que choca frontalmente con el modelo imperante que considera cliente central al niño, tanto desde el punto de vista administrativo como médico. Sin embargo no lo considero un modelo utópico y es por ello, por coherencia personal que lo describo brevemente. Muchos equipos que me tienen como supervisor saben de este modelo, pero no me piden supervisión para llevarlo a cabo, sino para que les ayude a mejorar el trabajo con los padres realizado desde un modelo más estándar.

Conclusiones

En resumen me gustaría concluir sintetizando una serie de tareas que, creo yo, serían de ayuda para que los equipos pudieran realizar un análisis correcto de la situación actual:

- Revisión profunda del modelo del equipo: ideología recursos, formación etc...
- Revisión de los límites de intervención como recurso secundario.
- Replanteamiento como colectivo.
- Replanteamiento de los diálogos con primaria y administración.

Bauman, Zygmunt: *Vida líquida*. Ed. Paidós Estado y Sociedad.

Beck Gernsheim, Elisabeth: *La reinención de la familia*. Ed. Paidós Contextos.

Beck, Ulrich: *La sociedad de riesgo*. Ed. Paidós Básica.

Bick, Esther: "El análisis de niños en la actualidad". Dentro de *Prácticas psicoanalíticas comparadas* de L. Grinberg. Ed. Paidós.

Kipling, Rudyard: *Poemas*
Ed. Renacimiento.

Thomas, Jorge: Cursos sobre "Trabajo con familias" realizados en el Centre "Emili Mira" de 1989 a 1993.