

Consideraciones sobre el proceso diagnóstico en el psicoanálisis de adolescentes

Eduardo Kalina
(Buenos Aires)

“Cualquiera que espera aprender el noble juego de ajedrez en los libros, pronto descubrirá que sólo las jugadas iniciales y finales admiten una presentación sistemática y exhaustiva y que la infinita variedad de jugadas que se desarrollan después de comenzada la partida desafían cualquier descripción semejante.

Esta brecha en la instrucción sólo puede ser llenada con un estudio exhaustivo de los juegos librados por los maestros. Las reglas que se pueden establecer para la práctica del tratamiento psicoanalítico están sujetas a limitaciones parecidas.

En lo que sigue, procuraré reunir, para el uso de analistas profesionales, algunas de las reglas para el comienzo del tratamiento. Entre ellas hay algunas que pueden parecer relacionadas con detalles insignificantes, como sin duda lo son. Su justificación es que son simples reglas del juego que adquieren importancia cuando se relaciona con el plan general del mismo”

Sigmund Freud — 1913

introducción

He elegido estas palabras de S. Freud (1) para introducción encabezar este

trabajo, a pesar de que actualmente solo tienen una vigencia parcial, debido a que jerarquizan las jugadas iniciales del proceso analítico o sea el proceso diagnóstico, siempre que se lo considere como la primera etapa del tratamiento (6), y no como un hecho independiente del mismo.

Tanto en el caso del psicoanálisis de adolescentes, como en el de niños, nos enfrentamos constantemente con el peso de la posición reactiva y normativa de la técnica psicoanalítica de adultos, que al determinar los modelos de procedimiento, tiende a colocar en cualquier modificación o adecuación de nuestras técnicas al tipo de pacientes que tratamos, ya sea niños o adolescentes, el aditamento limitativo de “parámetro”.

Esta posición fue, y todavía sigue siendo, más de lo que quisiéramos, un obstáculo, tanto para el desarrollo de técnicas adecuadas a los diferentes tipos de pacientes que tratamos, como para la comprensión de la psicopatología de nuestros pacientes, que es estudiada en **comparación** con el modelo adulto y no **desde** el niño o el adolescente como debiera estudiarse.

Una evidencia de esto es un interesante trabajo de A. Kaplan (5) en el que postula la utilidad de realizar entrevistas conjuntas con los padres y el paciente adolescente, como una modalidad técnica más efectiva para evitar las conocidas dificultades que presentan los tratamientos de estos pacientes, pero limitando desde el título, su posición, al protegerse con la fórmula protectora: “parámetros”*. El título es: “Entrevistas conjuntas de padres y adolescentes como parámetro en el psicoanálisis de adolescentes”.

Como he mostrado en una serie de trabajos que escribí sobre este tema (2), (3), (4), la problemática de la técnica del psicoanálisis de adolescentes ha ocupado mi interés durante los últimos años, y mi posición al respecto fue modificándose en la medida en que la práctica clínica me iba demostrando la necesidad de investigar nuevos procedimientos para encarar una serie ‘de dificultades características de este tipo de tratamientos. Por lo tanto y para

* El término ‘parámetro’ es usado aquí como lo describió K. E. Eisler en su artículo “Estructura del Yo y técnica analítica”, Journal American Psychoanalytic Association 1.104, 1953. “Defino el parámetro de una técnica como la desviación —tanto cuali como cuantitativa— del modelo básico de técnica —de una técnica que requiere la interpretación como instrumento exclusivo”. Según Eisler un parámetro debería cumplir el siguiente criterio: “Ser introducido solamente cuando el modelo básico no basta., no transgredir el mínimo evitable., esto lo conducirá a su propia eliminación y... el efecto sobre la relación transferencial nunca debe ser tal que no pueda ser abolido por la interpretación”.

finalizar esta introducción, quiero aclarar que pasaré a ocuparme de un tema sobre el cual no tengo una posición definitiva sino expectante, ya que constantemente me veo necesitado de experimentar con nuevas técnicas o con modificaciones de las técnicas habituales, debido a que, no solamente carecemos de una técnica más o menos aceptada por todos, sino fundamentalmente a que en nuestro campo de trabajo no es posible manejarse con una técnica única para todos los casos, sino que la práctica clínica exige que el analista de adolescentes (o de niños) maneje una gama de recursos técnicos que deben ser adquiridos por un entrenamiento especializado.

el proceso diagnóstico

Como señalé anteriormente parto de la postulación de que el proceso diagnóstico es la primera etapa del tratamiento y en este sentido nos encontramos ante una situación muy particular, que consiste en que hasta los 18 años, nuestro contacto con el paciente es precedido por las entrevistas con los padres. Es decir que partimos de una diferencia significativa, que reside en que incluimos la familia, particularmente a los padres, en el proceso diagnóstico.

Hasta hace unos pocos años la técnica que utilizaba (2), consistía en realizar 162 entrevistas con los padres, con la finalidad de registrar los datos necesarios para confeccionar una historia clínica del paciente, que me permitiera llegar a un diagnóstico y en consecuencia a la indicación o contraindicación de una terapia psicoanalítica para el paciente adolescente. Si la indicación no me ofrecía dudas, arreglaba las condiciones del contrato y luego de una breve entrevista (*) con el adolescente, lo informaba sobre lo acontecido en las mismas y le explicaba las características que iba a tener el tratamiento, y las condiciones del contrato.

Cuando luego de la evaluación de lo acontecido en las entrevistas con los padres, el caso me ofrecía dudas, citaba al paciente para una o dos entrevistas diagnósticas y luego de una entrevista posterior informaba a los padres acerca

* La razón de esta brevedad (entre 20 y 30 minutos) reside en que por una parte, es el tiempo necesario para explicarles lo tratado con los padres y las características del contrato, y por la otra, obvia la dificultad habitual de las entrevistas con adolescentes que tienen menos de 16 años, en el sentido de que no hablan y sólo contestan al terapeuta ante indicaciones o preguntas, lo que crea situaciones de tensión, que de esta manera se evitan.

de mis conclusiones, y si la indicación era un tratamiento analítico, formalizaba el contrato y en una breve entrevista final con el paciente, hacía lo propio con él.

En los pacientes mayores de 18 años, salvo excepciones, el procedimiento de las entrevistas diagnósticas es el mismo que sigo con pacientes adultos, excepto que hasta los 21 años, en general requiero el consentimiento (responsabilidad) de los padres, para aceptar al paciente en tratamiento.

A pesar de que esta técnica me resultó útil en mi práctica psicoanalítica, poco a poco me vi necesitado de cuestionarla, debido a que no resuelve, a mi modo de ver, ciertas dificultades tradicionales del tratamiento de adolescentes. Me refiero, a modo de ejemplo, a que la problemática del adolescente está profundamente imbricada con la correspondiente de los padres, con la complicación de que en nuestro medio, los adolescentes, en su gran mayoría, viven con sus padres hasta bastante después de cumplir los 20 años (5). Por lo tanto las explicaciones, también tradicionales, de que los padres por sus resistencias no toleran el tratamiento de los hijos y cuando mejoran los sacan del tratamiento, me resultaron insuficientes, por ser el resultado de una visión parcial del problema.

Me refiero a que desconsideran que lo que para nosotros es positivo, por ejemplo las regresiones características que presentan nuestros pacientes durante el proceso analítico, para los padres son apreciadas generalmente en forma negativa, debido a que desde sus expectativas de ver a su hijo recuperado (reparado), en estos períodos sucede lo contrario, pues aparece más perturbado y si no están adecuadamente prevenidos y preparados, suelen producirse conflictos familiares, algunas veces muy difíciles de tolerar. Por otra parte recordemos que S. Freud en los tratamientos psicoanalíticos de adultos, preparaba a los pacientes para que comprendieran la utilidad de estas agravaciones transitorias de su sintomatología, y sin embargo en nuestro campo de trabajo, donde estas medidas son todavía más necesarias que en los casos de adultos, debido a las circunstancias anteriormente descriptas, no las preveíamos lo suficiente.

Otra dificultad íntimamente relacionada con ésta, y también atribuida a las resistencias de los padres, son las habituales tergiversaciones, omisiones y ocultamientos de datos que hacen los padres durante las entrevistas diagnósticas y que se evidencian posteriormente.

Pues bien, inquietudes como éstas me llevaron a buscar técnicas para resolver estos problemas y en primer término comencé en ciertos casos d padres que estaban muy involucrados en la problemática del hijo y que era previsible presentarían complicaciones ante las agravaciones transitorias — regresiones— del tratamiento del mismo, a tratarlos en psicoterapia de pareja (*), derivando al paciente adolescente a otro terapeuta o viceversa.

El paso siguiente fue una experiencia que tuve la oportunidad de realizar, en el sentido de que a posteriori de la terminación de una de éstas psicoterapias de pareja, comencé el tratamiento psicoanalítico del hijo adolescente, observando los beneficios que me significaban los conocimientos que tenía de las características de la pareja parental del paciente, así como el clima de colaboración logrado a priori, pues me encontré en una posición que facilitaba significativamente la evolución del tratamiento, al eliminarse las dificultades habituales de los primeros períodos del mismo.

Las experiencias recién descritas, mas otros elementos como: el estudio de la bibliografía especializada, mi práctica en una institución psiquiátrica (*), etc., me llevaron a experimentar con una nueva modalidad de procedimiento diagnóstico, que utilizo tanto para adolescentes como para niños.

características del proceso diagnóstico

En los casos de adolescentes menores de 18 años, me entrevisto en primer término con los padres, tantas veces como sea necesario y siempre que me resulte posible, no sólo para confeccionar una historia clínica del paciente y del

* El enfoque que seguí en estos tratamientos es el de las denominadas psicoterapias breves o psicoterapias de tiempo u objetivos limitados (3)

* Departamento de Adolescentes del Centro de Salud Mental N° 1 de la Municipalidad de Buenos Aires.

grupo familiar con el objetivo de llegar a un diagnóstico completo: clínico, socioeconómico y familiar, y en consecuencia a una indicación o contraindicación de un tratamiento psicoanalítico; sino que también utilizo simultáneamente este procedimiento con otras finalidades.

Jerarquizando esta oportunidad, tan singular, de tener varias entrevistas con la pareja parental sin la limitación que significa, ya sea la presencia del hijo, o que se establezca el contrato característico de estos tratamientos: en el sentido de tener que contarle al paciente todo lo que acontece en las entrevistas con los padres sin la recíproca, es decir que lo que ocurre entre el paciente y el analista debe ser guardado en secreto por el terapeuta según las reglas del secreto profesional; intento a través de la instrumentación de las técnicas de “entrevistas operativas” (**), aprovechar mucho más ampliamente esta situación como se verá en la siguiente descripción. Aunque antes quiero explicar, que para lograr estos objetivos participo activamente en las entrevistas, preguntando, haciendo señalamientos, explicando, ejemplificando, etc. Es decir que mediante esta actitud técnica, busco movilizar a la pareja parental para que ellos mismos encuentren su propia apertura al proceso que estamos investigando (y en el que están involucrados), lo cual es un factor de fundamental importancia prospectiva, en lo que se refiere a nuestra intención de que recobren la autonomía perdida y se decidan a emprender los cambios necesarios en su conducta para lograr el fin buscado.

** Siguiendo a F. Ulloa (7), tenemos que: “La entrevista operativa procura resolver una situación en los dos sentidos que suele tener comúnmente la palabra: en primer término resolver, en cuanto esto implica una solución favorable a un problema. El otro alcance del término resolver, y que constituye el más importante dentro de la entrevista operativa, es el de yo resuelvo, yo decido, y equivale a que el sujeto recobre la autonomía perdida y se decida a emprender los cambios necesarios en su conducta a vista no procura curar definitivamente, sino remover fin de lograr un objetivo. En este sentido la entre-un obstáculo para que alguien se movilice a tal fin.”

objetivos del proceso diagnóstico

Además de los ya enunciados tenemos:

a) Estudiar la estructura y las características de la pareja parental y del grupo familiar con la finalidad de investigar:

1) Las fantasías de enfermedad y curación respecto del hijo, para por una parte verificar si coinciden o no con las “deducidas” por nosotros, y por la otra si son capaces de tomar conciencia de la enfermedad del mismo e inclusive del grupo familiar, y en el caso contrario si es posible ayudarlos a adecuarse a la realidad del problema, y cuál es el procedimiento adecuado para lograrlo si estas entrevistas no son suficientes, como por ejemplo, una psicoterapia de pareja o del grupo familiar, etc.

2) La capacidad de tolerancia a la frustración, dato de fundamental importancia, pues si no toleran el proceso diagnóstico, es muy difícil que resistan las vicisitudes que acompañan a todo proceso analítico (5).

3) Evaluar las perspectivas de reajuste tanto de los padres como del grupo familiar frente a los cambios del hijo en tratamiento y en consecuencia establecer los pronósticos: terapéutico y vital, tanto del paciente como del grupo familiar, pues son indicadores de primer orden para la elección de una terapia analítica, ya que nos ubican en el “allá y después”, y aunque más no fuera en un nivel de proyecto.

b) Vencer las resistencias iniciales (generalmente expresadas a través de la desconfianza), mediante la oportunidad de conocernos mutuamente que ofrecen estas entrevistas, y fundamentalmente explicándoles lo más ampliamente posible, las características del o de los tratamientos indicados y en consecuencia,

c) los preparamos para el o los mismos y

d) para vencer las resistencias del hijo, cuando éstas impiden que concurra a

las entrevistas que le corresponden —ya sea conmigo o con el psicólogo, neurólogo, etc., cuando son necesarios otros estudios complementarios para llegar a un diagnóstico y en consecuencia a una indicación terapéutica más precisa.

e) y finalmente para prepararlos para la **derivación** a otro terapeuta, ya sea de la misma o de otra especialidad, momento crítico en el que desertan muchos casos y que constituye un problema técnico frecuente, poco estudiado, y por supuesto no resuelto.

En este punto quiero aprovechar para fundamentar un paso más en este procedimiento, y es que excepcionalmente veo al adolescente, antes de decidir: qué tratamiento voy a indicar y si lo voy a encarar personalmente o derivar a otro terapeuta; con el objeto de evitar crear o favorecer un vínculo transferencial (el contratransferencial nos encargamos nosotros de resolverlo), que justamente se puede cortar al tener que derivar-lo, por las características tan particulares, que tiene (la transferencia) en la temprana o mediana adolescencia, como por ejemplo: frágil, masiva, en general muda por la intensa desconfianza, etc.

La situación correspondiente de los padres tiene más posibilidades de ser manejada por nuestro vínculo con ellos.

Es por esto que prefiero trabajar en equipo con otros especialistas (4) (0), como el psicólogo, por ejemplo, pues la disposición con la que va el paciente a hacer una hora de juego o los tests necesarios, es diferente que la que tiene cuando va a entrevistarse con un psicoanalista, y al respecto quiero resaltar que además esto lo puedo intentar manejar desde las entrevistas con los padres.

Este procedimiento permite llegar a la entrevista con el adolescente, en el caso de que se indique un tratamiento analítico que personalmente vamos a realizar, con la ventaja que significa nuestro conocimiento de lo que ocurre en el grupo familiar y el punto de vista de los padres acerca de lo que le ocurre al paciente, posición que en algunos casos no es la mejor, pero que en la mayoría

de las veces nos permite manejarnos exitosamente por las ventajas que significa el conocimiento previo —aunque parcial— del campo a operar.

ejemplo clínico

Con la finalidad de ilustrar los puntos de vista recién expuestos, expondré sintéticamente un fragmento de lo acontecido en un procedimiento diagnóstico instrumentado con esta técnica. En la quinta entrevista de una serie de diez, que tuve con una pareja de padres, que me habían consultado por un problema de obesidad y dificultades de aprendizaje en su hijo menor (tenían otro hijo dos años mayor), surgió el dato de la existencia de un aborto realizado pocos meses después del embarazo correspondiente al hijo por el cual me consultaban. Interrogando a la pareja acerca de este dato, recordaron que el cirujano les había dicho que la criatura abortada era una nena y siempre lamentaron, en especial la madre, no haber tenido una hija.

Al comenzar la entrevista siguiente, la madre visiblemente conmovida me dijo: “que se había dado cuenta que el verdadero motivo por el cual me consultaban no era el anteriormente formulado sino el temor que siempre tuvo, sin llegar a tenerlo suficientemente claro hasta la última entrevista, acerca de que hubiera podido inducir a su hijo a la homosexualidad, por su frustración de no haber tenido una hija”. En consecuencia también pude entender y así se los expliqué a los padres, los motivos de la insistencia de la madre de que a su hijo lo atendiera un analista-hombre, con la fantasía de reforzar así la masculinidad del hijo, por identificación con una figura masculina. Anteriormente habían interrumpido, sin tener un motivo suficientemente valedero, otro tratamiento con una analista-mujer.

Este descubrimiento y la verificación de la importancia que tenía durante la investigación diagnóstica realizada en el paciente, me llevaron a cambiar la indicación que previamente tenía planeada para encarar el problema por el cual me habían consultado, indicando un tratamiento psicoanalítico, pues la patología latente de la identidad que presentaba este paciente, requería un enfoque cuya meta es un profundo cambio estructural de la personalidad.

consideraciones finales

Como señalé anteriormente, mi intención al describir esta modalidad de proceso diagnóstico es la de encontrar un procedimiento adecuado a las características propias de la problemática de los análisis de adolescentes (y/o de niños), que nos ofrezca la mayor cantidad de soluciones posibles a las dificultades técnicas que habitualmente se nos presentan en dichos tratamientos y lograr aprovechar de una situación privilegiada, como son las entrevistas previas con los padres, toda la riqueza de posibilidades que las mismas nos ofrecen si son instrumentadas operativamente.

He querido comunicar estas observaciones que continúan en un constante replanteo, y que como consideraciones finales señalé anteriormente, son parciales, pues este campo de trabajo requiere (del especialista) saber instrumentar operativamente diferentes técnicas de abordaje, tanto al paciente como a la pareja parental.

Finalmente comentaré que en lo que respecta a mi proceder con las entrevistas durante el tratamiento, es diferente según las características del paciente, de los padres, y de la situación y el momento del proceso analítico en el cual el pedido surge; pero como norma general estipulo en el contrato que nos entrevistaremos dos o más veces por año, dependiendo la frecuencia de las características del caso, así como también si estas entrevistas serán con o sin la presencia del adolescente.

BIBLIOGRAFIA

- 1) FREUD, S.: La iniciación del tratamiento..Obras Completas. Edit. Biblioteca Nueva. Madrid, 1948
- 2) KALINA, E.: Contribución al estudio del encuadre en el análisis de adolescentes, Rev. Psicoanal. 1967, 24311.
- 3) KALINA, E.: Psicoterapia psicoanalítica de la pareja. Su enfoque como psicoterapia breve. Acta Psiquiat. Psicol. Amer. Lat. 1968, 14311.

- 4) KALINA, E.: Puntos de vista sobre psicoterapia en adolescentes. Orientación Médica, 1969, año XVIII, Nº 871.

- 5) KALINA, E.: Discusión al trabajo del Dr. A. Kaplan. Revista Argentina de Psiquiatría y Psicología de la Infancia y de la Adolescencia, 1970, 1,3.

- 6) KAPLAN, A.: Entrevistas conjuntas de padres y adolescentes como parámetro en el psicoanálisis de adolescentes. Revista Argentina de Psiquiatría y Psicología de la Infancia y de la Adolescencia, 1970, 1,3.

- 7) MOTTO, L. ROCCO y FRIEDMAN, S.: La función del equipo en el proceso diagnóstico. Revista Argentina de Psiquiatría y Psicología de la Infancia y de la Adolescencia, 1970, 1,3.

- 8) ULLOA, F.: La entrevista operativa, Departamento de Psicología de la Facultad de Filosofía y Letras de la U.B.A., ficha Nº 149.