

El Psicoanálisis de niños en Puerto Rico: Ensayo sobre el libro el niño, su sufrimiento y la pobreza

ELDA ABREVAYA
PUBLICACIONES PUERTORRIQUEÑAS, 1992.

Revisado por:
Alfonso Martínez-Taboas, M.A.
Centro de Salud Mental de la Capital

El libro de la Dra. Abrevaya, quien es profesora de psicología en la Universidad de Puerto Rico, presenta varias agendas importantes. No tenemos dudas que su pretensión principal es describirnos, a veces con lujo de detalles, sus experiencias y vivencias como terapeuta psicoanalista en los Centros de Salud Mental de Cayey y de Caguas. Sin embargo, el libro va más allá de esto, adentrándose en temáticas históricas, sociales y teóricas. En la siguiente revisión haremos un resumen crítico de las posturas e ideas que presenta la Dra. Abrevaya.

En el capítulo 1, la autora hace un repaso conciso de la "locura y la institución psiquiátrica". A su manera de ver, las psicopatologías son enjuiciadas por el sistema psiquiátrico como *inadaptación social*; o sea, "todo el que se aparte de las normas y sea problemático para el orden social es un candidato posible para las instituciones de salud mental" (p. 2). Consonante con esta portura, la autora ejemplifica a la psiquiatría y a las instituciones psiquiátricas como unas que se limitan a la tarea científicista de clasificar, ordenar, controlar y medicar. Sin embargo, en todo este esfuerzo de la psiquiatría no hay un saber genuino. Según la autora, es sólo con el descubrimiento del psicoanálisis que "la enfermedad habla su propio lenguaje" (p. 5). Por lo tanto, la labor del

psiquiatra se reduce a procesos "físico-químicos disociándolo de toda referencia a un ser humano" (p. 5).

La autora propone como alternativa a la psiquiatría un modelo en donde se vaya a las "determinaciones del sufrimiento del sujeto particular, las cuales se refieren al contexto social donde vive ese sujeto" (p. 9).

Esta privilegiación que le ofrece la autora al psicoanálisis, y que hace su entrada en el mismo primer capítulo, será reiterada una y otra vez en el texto. Sin embargo, aunque hay que admirar la honestidad de la autora en expresar sus convicciones clínicas sin ambages algunos, no por ello se le puede excusar su falta de profundidad en las temáticas que pretende abarcar.

Por un lado, si auscultamos la bibliografía utilizada para el capítulo 1, nos encontramos con autores anti-psiquiatras como Foucault, Brauns-stein, Laing, Szasz y otros. Nos preocupa, sin embargo, que están ausente de la discusión autores de no menos calibre que han realizado una labor crítica de las bases históricas, conceptuales y empíricas de la anti-psiquiatría y de los enfoques que abrazan la teoría de "control social". Así, pues, autores del calibre de Gove (1980, 1982), Oppenheim (1991), Porter (1987) y Roth y Kroll (1986), entre muchos otros, estean ausentes del texto de la Dra. Abrevaya.

Por otro lado, la estereotipación que realiza la autora de la psiquiatría y de los psiquiatras raya en lo inadmisibile. Aunque no hay duda posible de que en la psiquiatría se han defendido modelos simplistas lineales de corte biologicista, también es justo señalar el surgimiento de modelos más sofisticados y holistas tales como el modelo biopsicosocial u otros de corte sisteemico, psicoecológico y etnomédicos (Fabrega, 1989; Goodman, 1991; Jenkins & Karno, 1992; Siever & Davis, 1991).

La revisión que nos ofrece la autora de la historia de la psiquiatría adolece, pues, de una estrechez hasta cierto punto incomprensible. Decimos esto porque aunque concedemos que la autora tiene todo su derecho de demostrar sus inclinaciones teóricas, no está exenta de la crítica cuando plantea sus opiniones como inequívocas y con poco o ningún margen para una discusión socio/histórica de sus posturas.

En el capítulo 2 se elaboran los escollos y dificultades que se le presentan a una psicoanalista en un Centro de Salud Mental. Al respecto, la autora señala, con una buena medida de razón, que la labor del terapeuta debe estar insertada dentro de las condiciones

sociales de vida de la población que acude a dicho centro y sobre su cultura. Por lo tanto, la autora aboga, acertadamente creemos, por un psicoanálisis que tome en consideración el entorno social del paciente.

La labor del analista lo coloca en la posición privilegiada de hacer una lectura de los eventos que trastocan al paciente, para entonces conectarlos y relacionarlos entre sí. Se señala que estos eventos provienen muchas veces de un espacio social el cual en nuestra cultura suele estar contextualizado por la violencia familiar y extra-familiar.

La autora sostiene que es 'gracias al psicoanálisis (p. 22) que se puede abordar al paciente. Y añade: "Este último (el psicoanalista-AMT) nos abre todo un campo dentro de la subjetividad humana" (p. 22). Por otra parte, sostiene categóricamente que "la psiquiatría y la psicología" no hacen "referencia alguna al sujeto" (p. 24.).

Esta caracterización que hace la autora de "la psicología" nos preocupa y, a la vez, pone de relieve los prejuicios teóricos de la autora de una manera tajante. La dicotomía falsa que pretende defenderse en su escrito, entre, por un lado, el psicoanalista, y por el otro, del psicólogo, nos parece gratuita e innecesaria, en especial en lo que concierne a la ostensible privilegiación del analista. Decimos esto porque la Dra. Abrevaya no parece ni siquiera contemplar la idea de que otro terapeuta, con otro marco teórico que no sea el psicoanálisis, pueda ser capaz de entrar de lleno en la subjetividad del paciente. Clínicos provenientes de escuelas de corte existencialista, humanista, cognitivas e interpersonales también muestran sensibilidad al momento de escuchar y analizar la subjetividad del paciente. El que estos discursos no estén enraizados en una escuela analítica no minimiza su importancia, a menos que se parta de la premisa, inaceptable en todo caso, de que sólo en el discurso analítico se logra realizar esta labor.

Más aún, esta privilegiación del discurso analítico no resiste al día de hoy un análisis crítico. En primer lugar porque aun dentro del mismo psicoanálisis los analistas cargan consigo una multiplicidad de enfoques productos de las divisiones y facciones internas del psicoanálisis (Edelson, 1988). Estas facciones ocasionan que a un mismo paciente se le escuche diferente, lo que plantea el hecho de que en el psicoanálisis la construcción narrativa que se entreteje entre analista-paciente depende de los compromisos particulares, teóricos y conceptuales del analista. Así, por ejemplo, Fine & Fine (1991) demostraron que 4 psicoanalistas diferentes realizaban interpretaciones y construcciones totalmente disímiles de un paciente al que se le grababan unas

sesiones analíticas. En segundo lugar, comenzando con el propio Freud (véase a Martínez-Taboas, 1990) y retomando la labor analítica actual, la evidencia disponible sugiere fuertemente que el analista escucha, interpreta y construye la subjetividad del paciente a través de los prismas de su adiestramiento como analista y de la escuela en particular a la que pertenece. Dicho adiestramiento, lejos de fortalecer la facultad de una "percepción inmaculada" del paciente, influye, trastoca y colorea la construcción que hará el analista de dicha subjetividad (véase la obra de Peterfreund, 1983, para una documentación exquisita de este punto).

En el capítulo 3 la autora describe su experiencia como psicoanalista en los Centros de Salud Mental de Cayey y Caguas. La autora hace varios señalamientos acertados y otros no tan acertados. Entre los primeros, indica con mucha razón las deficiencias que adolecen los Centros de Salud Mental en P. R. Entre ellos: un personal con poco adiestramiento clínico; en donde hay una carencia de organización terapéutica; en donde la burocratización excesiva es rampante; y en donde el paciente es percibido como "un número de expediente" con pocos derechos como persona.

Aunque estos señalamientos son en buena medida acertados, nos preocupa grandemente que la autora generaliza inequívocamente su experiencia a *todos* los centros de Salud Mental de P. R. El autor de estas líneas precisamente trabaja como psicólogo clínico en el Centro de Salud Mental de la Capital, bajo la hábil dirección de la Dra. Iris Zavala. Al leer las acusaciones de la Dra. Abrevaya, e incluso compartirlas con varios colegas, nos vemos obligados a distanciarnos considerablemente de señalamientos tales como:

1- al sistema de salud mental no le interesa, en última instancia, ofrecer un servicio de calidad

2- el personal sufre de la misma marginación y el estigma que padecen los pacientes en la comunidad.

3- los usuarios, por experiencia, conocen la actitud distante, indiferente... que tiende a caracterizar al empleado público. No confían en él.

4- Tampoco perciben al Centro de Salud Mental como un lugar donde pueden abordar sus dificultades. El Centro es visto... como un lugar de consumo. Se les provee cosas: medicamentos, cartas y certificados..."

Opiniones como estas se repiten *ad nauseam*. Nuestra posición al

respecto es que la Dra. Abrevaya muestra o poco conocimiento o poco cuidado al enfocar la pluralidad de servicios, aún dentro de los Centros de Salud Mental de P. R. Por lo tanto, el capítulo 3 provee a lo sumo una imagen parcialmente correcta de dichos centros. Hay particularidades que se escapan a su análisis y que, ciertamente, rompen con su esquema.

Retornando al capítulo 3, la autora elabora con más amplitud la función del psicoanalista en un Centro de Salud Mental. Se nos dice que el psicoanalista interviene en "la realidad psíquica" y no en la realidad material. Adicional, y citamos: "El silencio del analista está para recordarle (al paciente-AMT) que debe contar sobre todo consigo mismo para resolver sus dificultades de vivir. Pues el analista no está allí para reconfortarlo ni para aconsejarlo, sino para acompañarlo en esa travesía de dolor" (p. 51).

Esta posición, semejante a la que Braunstein llama "ninguamiento", se perfila a través de la obra de la autora. Sin embargo, no queda claro qué posición adopta la autora respecto a otras modalidades de intervención que parten de premisas incompatibles con la analítica. Por ejemplo, en las terapias sistémicas (en especial las estructurales y las estratégicas), las conductuales, las experienciales las cognitivas e, incluso, las de corte psicodinámico corto, el terapeuta no asume dicho ningunamiento ni se conformaría con acompañar al paciente en su dolor. Al contrario, en dichas modalidades el terapeuta construye una alianza terapéutica para trabajar de plano con maneras estructurales y directivas con los pensamientos, conductas y emociones del paciente e incluso con su entorno familiar. Ante este cuadro, a un nutrido número de terapeutas nos parece insuficiente y cuestionable la adopción de una postura tan pasiva como la que asume y recomienda la Dra. Abrevaya. Más aún, un nutrido volumen de investigación psicoterapéutica sugiere el valor *clínico* de intervenciones estructurales y de corte más directivo (véase, por ejemplo, el excelente volumen editado por Beutler y Crago, 1991, sobre investigación psicoterapéutica).

En el capítulo 4 la autora entra de lleno sobre el psicoanálisis infantil, el cual ella resume como el análisis de los deseos y fantasías inconscientes. Para recobrar los mismos, la autora recomienda primariamente la terapia de juego y el análisis del dibujo proyectivo. Dicho análisis debe estar siempre enmarcado dentro del contexto familiar. Según la autora, el síntoma del niño va dirigido a los padres y tiene como propósito "ocultar un acontecimiento familiar o social doloroso

so" (p. 67). Por lo tanto, el síntoma no debe eliminarse sino respetarse. Para el conocedor de la investigación psicoterapéutica en niños esta postura ineludiblemente traerá el recuerdo de los argumentos esgrimidos en la década de los 1960s cuando varios autores analistas auguraban la aparición de "substituciones de síntomas" en los niños tratados con técnicas conductuales. Investigaciones dirigidas a auscultar la credibilidad de dicha tesis revelaron que la substitución de síntomas era la excepción y no la regla y que las predicciones de los clínicos psicoanalistas adolecían de falta de fundamento (véase la revisión histórica que realiza Grünbaum, 1984). Extrañamente, la Dra. Abrevaya no ofrece apoyo alguno a su postura, excepto incidir en la elaboración del propio dogma que la sustenta.

Precisamente, es en este capítulo de su obra que queda patente que los fundamentos medulares de la autora descansan en la obra de psicoanalistas europeos tales como Winnicott, Lacan, Mannoni y Dolto. Todos ellos, a nuestra manera de ver, guardan en común el esbozo de posturas rígidas y quienes son conocidos por la falta de interés en una conceptualización clínica integracionista del ser humano (véase a Arkowitz, 1992, sobre el movimiento de integración de las psicoterapias).

Finalmente, en los capítulos 5, 6 y 7 la autora concentra su esfuerzo en la presentación de 7 casos clínicos los cuales ilustran las dificultades inherentes de la labor analítica con la población infantil que acude a un centro de salud mental. El enfoque que se esboza es el de trabajar primariamente con el niño y con la madre. Un supuesto básico de su enfoque es que los síntomas desaparecerán una vez el niño entienda que no tiene que ser el portavoz de los sufrimientos y traumas de la madre (o familia).

En estos capítulos la autora nos permite desvelar parcialmente su *modus operandi* clínico. La terapia de juego y de arte, las conjeturas analíticas con un alto grado inferencial e incluso consejos directivos comprenden dicha labor. Lamentablemente, tal parece que a la autora no le preocupa documentar de una manera creíble (ni siquiera digamos científica) la ostensible efectividad y eficiencia de su enfoque analítico. Sintomático de esto es que la presentación de los historiales clínicos se limitan a descripciones tales como que el niño o niña es "rebelde", que "se distrae fácilmente en la escuela", que "no obedece los maestros", que "rehusa comunicarse con los demás" y así por el estilo. El lector fácilmente notará la poca precisión a que aludíamos.

En cuanto a la "cura", la autora no entra en un terreno más firme. De los 7 casos presentados, en 5 de ellos el niño no mejora o la familia discontinúa la terapia abruptamente. El caso de Mario atrae la atención por su extensión (28 páginas) y porque la autora inequívocamente habla de una "cura". Sin embargo, a nuestro juicio, aún en dicho caso la pretendida "cura" psicoanalítica es cuestionable y dudosa. Decimos esto porque Mario se presenta a terapia a los 4 años con la queja de encopresis y enuresis y más tarde presenta la conducta de hablar solo, incapacidad de aprender y de no defenderse en la escuela. La Dra. Abrevaya ve por primera vez a Mario en febrero de 1986 y cierra el caso en septiembre de 1989. En otras palabras, transcurrieron 3 años y 7 meses desde la fecha del contacto inicial hasta su terminación. La autora propone una cura analítica debido a que luego de casi 4 años el niño supera el problema de incontinencia y a que en la última sesión dice: "Ahora crecí". Dice la autora: "Parecía decirme que ya no podía afectarse y perderse como antes" (p. 111). También comenta que ahora Mario era "vivaracho" y "juguetón del habla".

En este punto, a este revisor le asaltan las dudas. En primer lugar, estudios transversales indican que los problemas de incontinencia son bastante comunes a los 4 años. También sabemos que ya a los 8 años sólo un porcentaje pequeño de niños presentan aún dicha problemática (Achenbach, 1982). O sea, los problemas de incontinencia van controlándose con el transcurrir del tiempo y con procesos de maduración. Decimos esto porque la autora no parece haber considerado la posibilidad básica de que el eventual control de la incontinencia de Mario se haya dado por procesos que en nada tienen que ver con las terapias de juego. No creemos que la autora se encuentre en terreno firme haciendo conjeturas *causales* en un estudio de caso de corte anecdótico. En cuanto a los otros problemas de Mario (problemas de aprender, hablar solo, no saberse defender), la autora señala que ahora Mario es "vivaracho" y "juguetón del habla". Clínicamente no comprendemos la relación de sus problemas anteriores con que ahora sea "juguetón del habla".

Finalmente, en la conclusión, la autora realiza una mirada retrospectiva de su labor analítica en los Centros de Salud Mental. Describe dicha labor como una "investigación clínica", la cual va dirigida a lo particular del individuo. De esta manera, la autora se distancia en alguna medida de los pormenores administrativos y políticos que subyacen a los Centros de Salud Mental. Como bien dice: "esa acción política no puede substituir a la labor clínica" (p. 149).

Para ella el psicoanálisis es el espacio donde hay ese encuentro clínico. La autora nuevamente no plantea la posibilidad de otros tipos de encuentro que no sean el psicoanálisis. También recalca que dicho encuentro debe estar mediatizado en el contexto social de la familia que lleva una demanda psicológica.

Al final, la Dra. Abrevaya trata de lidiar con un tema central: ¿tiene algún lugar la labor analítica en el servicio público? La autora no titubea y nos ofrece una afirmación de su valor. Dice: "Por lo menos, eso es lo que espero y es mi apuesta" (p. 151).

Creemos que el libro de la Dra. Abrevaya constituye un esfuerzo honesto y valiente de entrelazar los compromisos ideológicos/teóricos del psicoanálisis con las demandas y problemáticas de una población clínica (mayoritaria) la cual clásicamente ha sido vista como poco apropiada para beneficiarse de la labor analítica. El lector debe de juzgar por sí mismo si los historiales clínicos y los postulados que esboza la autora son lo suficientemente persuasivos como para engendrar credibilidad y entusiasmo. Mi lectura particular de este libro me ha dejado con muchas más inquietudes y dudas que respuestas. Asimismo, terminé su lectura con la fuerte impresión de que el aporte de la labor analítica en un Centro de Salud Mental es mucho más modesta y limitada de lo que la autora estaría dispuesta a admitir.

Finalmente, mi preocupación mayor con este libro es el encuadre arbitrario que la autora realiza de todo aquel psicólogo (o psiquiatra) que no apoye o comparta su entusiasmo por la labor analítica y que prefiera otro devenir y otros saberes. En el estado actual del conocimiento psicológico no creemos que sea afortunado el cerrar filas a favor de X o Y escuela psicológica. Al contrario, el análisis de multiniveles (Cacioppo & Berntson, 1992), los modelos biopsicosociales (Lang, 1985) y la pluralidad metodológica (Roth, 1987) nos ofrecen una visión más integradora y abarcadora de la complejidad inherente del proceso de cambio en el ser humano (véase el excelente trabajo de Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992). El psicoanálisis potencialmente es una de las vertientes que aporta al devenir psicológico. Pero más allá de él hay otros quehaceres y métodos los cuales han demostrado la capacidad práctica y teórica de enriquecer nuestra profesión. Por lo tanto, visto desde una óptica más integradora y pluralista, el libro de la Dra. Abrevaya ofrece un aporte valiente, pero fragmentado y parcial, de la labor clínica a llevarse a cabo con los pacientes que acuden a un Centro de Salud Mental.

Referencias

- Achenbach, T.M. (1982). *Developmental psychopathology*. Nueva York: Wiley.
- Arkowitz, H. (1992). Integrative theories of therapy. En D. D. Freedheim (Ed.), *History of psychotherapy* (pp. 261-304). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Beutler, L.E., & Crago, M. (1991). *Psychotherapy research: An international review of programmatic studies*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Cacioppo, J., & Berntson, G. (1992). Social psychological contributions to the decade of the brain: Doctrine of multilevel analysis. *American Psychologist* 47, 1019-1028.
- Edelson, M. (1988). *Psychoanalysis: A theory in crisis*. Chicago: Chicago University Press.
- Fabrega, H. (1989). An ethnomedical perspective of anglo-american psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 146, 588-596.
- Fine, S., & Fine, E. (1991). Four psychoanalytic perspectives: A study of differences in interpretive interventions. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 1017-1042.
- Goodman, A. (1991). Organic unity theory. *American Journal of Psychiatry*, 148, 553-563.
- Gove, W.R. (1980). *The labelling of deviance*. Beverly Hills: Sage.
- Gove, W.R. (1982). *Deviance and mental illness*. Beverly Hills: Sage.
- Grünbaum, A. (1984). *The foundations of psychoanalysis: A Philosophical critique*. California: University of California Press.
- Jenkins, J., & Karno, M. (1992). The meaning of expressed emotion: Theoretical issues raised by cross-cultural research. *American Journal of Psychiatry*, 149, 9-21.
- Lang, P.J. (1985). The cognitive psychophysiology of emotion. En A. H. Tuma & J. D. Maser (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders* (pp. 131-170). Nueva Jersey: Erlbaum.
- Martínez-Taboas, A. (1990). Freud como arqueólogo de la mente. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 6, 1-22.
- Oppenheim, J. (1991). *Shattered nerves: Doctors, patients, and depression in victorian England*. Nueva York: Oxford University Press.
- Peterfreund, E. (1983). *The process of psychoanalytic therapy*. Hillsdale: The Analytic Press.
- Porter, R. (1987). *A history of madness in England*. Cambridge: Harvard University Press.

- Prochanka, J., DiClemente, C., & Norcross, J. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- Roth, P. A. (1987). *Meaning and method in the social sciences: A case for methodological pluralism*. Ithaca: Cornell University Press.
- Roth, M., & Kroll, J. (1986). *The reality of mental illness*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Siever, L., & Davis, K. (1991). A psychobiological perspective on the personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1647-1658.