

El contexto de riesgo en la clínica infanto-juvenil

Begoña Olabarría González

Psicóloga, terapeuta de familia de orientación sistémica

He de confesar antes de comenzar que la elaboración escrita de la reflexión que a continuación expondré me ha resultado en extremo laboriosa, pese a los resultados conseguidos.

En realidad, mi objetivo, cuando presente este título a los organizadores de las jornadas, era abundar con la presentación de algunos casos clínicos en las ya definidas «cohortes» a riesgo de O. Masson. El problema estuvo en la introducción: Tenía que presentar, definiéndolo, lo que es o entiendo por «contexto de alto riesgo». En 1983, C. F. Rojero introduce el término con la exposición de dos casos clínicos, pero no lo define. Al respecto menciona en nota a pie de página de *Paradigma Sistémico y Terapia de Familia*: «El concepto de "contexto de alto riesgo" me parece más adecuado, desde el enfoque sistémico, que el de "situación de alto riesgo". Actualmente estoy trabajando sobre él para poderlo perfilar más adecuadamente.» Así pues, me encontraba en el principio de nuevo. Decidí entonces trabajar en la exposición de algunas reflexiones que apunten en la dirección de dicho "perfilaje".

DESCONTEXTUALIZACIÓN DE CONCEPTOS

El concepto de «contexto» proviene de la Teoría Sistémica. Su utilidad ha hecho que se difunda con rapidez entre los clínicos, pero a cambio su significado preciso ha ido desdibujándose. Por ello repetiré que el concepto de contexto hace referencia a las relaciones organizadas entre sistemas o subsistemas. Es de-

cir, al hablar de contexto hacemos referencia a espacio, a entrecruzamiento de sistemas, a entrecruzamiento relacional, al tiempo.

Su utilización indiscriminada entre los clínicos ha hecho que, en ocasiones, se confunda o se utilice «contexto» como sinónimo de «medio» o «medio ambiente». Así, es relativamente frecuente encontrarnos con frases del estilo: «esta persona tiene un contexto deficiente» o «este niño está en un contexto inadecuado», con lo que se produce una cosificación visible, además de una inadecuación teórico-técnica de al menos dudosa utilidad en la intervención, en la medida en que el propio sujeto forma parte significativa de la trama relacional que supone el contexto.

Por otra parte, los clínicos cuando hablamos de «riesgo» nos referimos habitualmente a los «factores de riesgo».

Según la OMS, «un factor de riesgo es toda característica o circunstancia determinable... que, según los conocimientos que se poseen, está asociada a un riesgo anormal de aparición o evolución de un proceso patológico o de afectación especialmente desfavorable de tal proceso». Es decir, hace referencia a elementos que, estando presentes, acentúan o aumentan la probabilidad de aparición de procesos patológicos. Por tanto, al hablar de «factores de riesgo» nos remitimos a un elemento que proviene de la Epidemiología y su método estadístico. Su utilización en la clínica se ha visto incrementada progresivamente con el paso de los años, pero de nuevo en muchas ocasiones con falta de rigor.

Así, no es difícil escuchar hoy frases como «este niño precisa intervención clínica de un equipo especializado de Salud Mental porque su madre ha sufrido una descompensación psicótica». Son frases que, si bien pueden dar cuenta a un tercero del peso de experiencia y conocimiento acumulado por el clínico especialista con el paso de los años, también dan cuenta de que su emisor está haciendo un salto lógico con el que consigue en la intervención clínica estaticismo, cosificación, atemporalidad.

Los factores de riesgo tienen importancia epidemiológica, pero resulta inadecuado su traslado mecánico a la clínica. Una posibilidad más adecuada de uso por un equipo especializado de S M de la información aportada por los factores de riesgo podría ser establecer una cobertura más específica para la Atención Primaria.

INTERVENCIÓN PRECOZ VERSUS PREVENCIÓN DESDE SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE SALUD MENTAL

El uso frecuente de la noción «factor de riesgo» ha facilitado el desarrollo de las intervenciones «preventivas» (casi siempre muy satisfactorias para el técnico) desde un segundo nivel de atención o atención especializada en servicios públicos, y desencadenadas casi siempre al margen de la demanda, por tanto desencadenadas por interés del técnico especialista para evitar la aparición de patologías. Suelen ser muy satisfactorias para el técnico: Si el usuario se niega en redondo a acep-

tarla es por «resistencias», y, si acepta, el técnico puede sentir la agradable sensación de realizar actos sofisticados para salvarlo de un peligro cierto.

Dicho de otra manera, el técnico especialista, situado en un segundo nivel de atención como especialista en Salud Mental, opera en el presente en evitación de sucesos futuros. Es decir, tratar de vacunar psicológicamente. El acento de esta intervención ideológicamente está puesto en el futuro, pero pragmáticamente se está produciendo en el presente. No quiero olvidar resaltar aquí uno de los peligros inherentes a esta modalidad de intervención preventiva: El efecto iatrogénico de la «Profección autocumplidora» (Watzlawick).

Esta modalidad de intervención tiene su correlato en la «demanda preventiva» (C. F. Rojero, T. Suárez) o demanda que realiza al equipo especializado un sujeto de un sistema para un tercero, no porque en la actualidad tenga algún problema, sino porque piensa que puede surgir en el futuro. Demanda tan sofisticada, tan abiertamente carente de «resistencias», suele suscitar en el técnico satisfacción sin reservas, apresurando su utillaje con rapidez en rela-

que este «acto» o «jugada» implica para el demandante dentro de su sistema y en su contexto significativo.

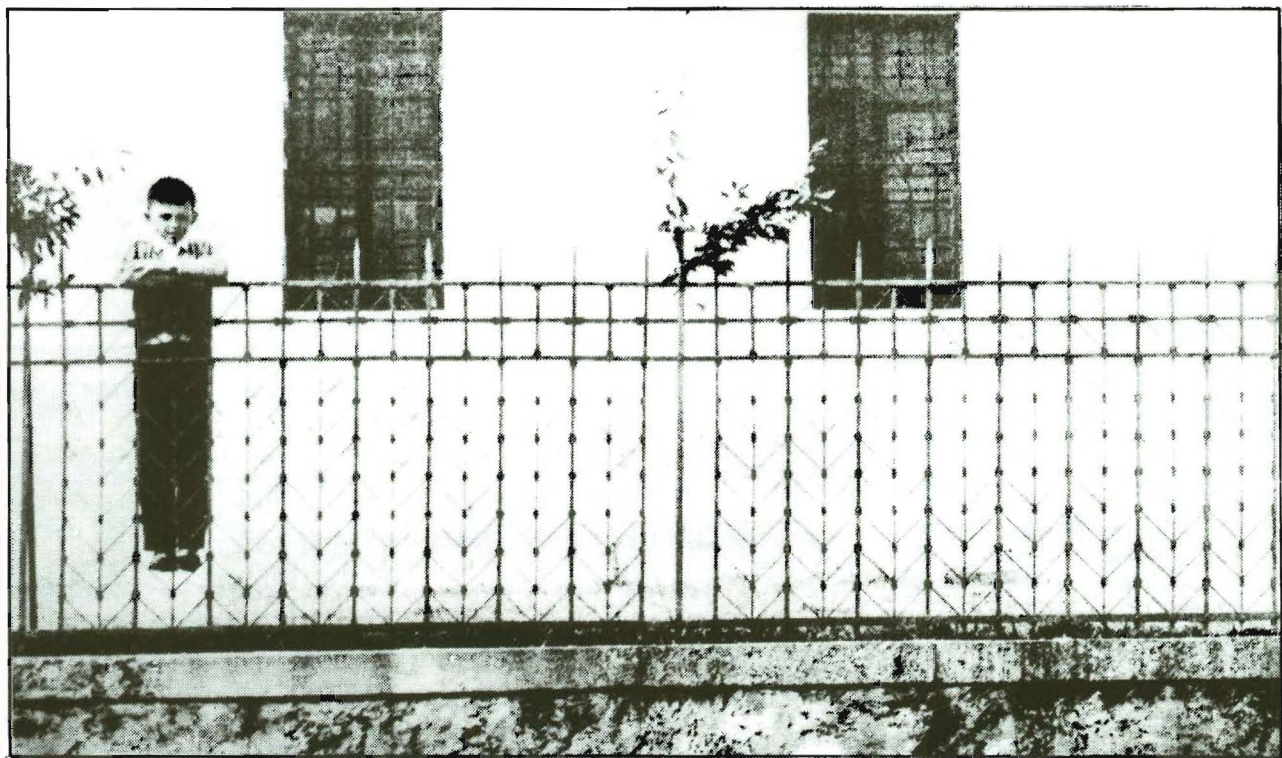
Conviene recordar a este respecto lo que dice Crozier en cuanto a las relaciones de poder de un contexto: «Toda relación de poder es instrumental... en la perspectiva de un fin... y es una relación no transiativa: Si una persona A puede fácilmente obtener de una persona B una acción X y B puede obtener esta misma acción de una persona C, puede ocurrir, sin embargo, que A sea incapaz de obtenerla de C.»

Puede ilustrar esta afirmación de Crozier un ejemplo de demanda de «consulta preventiva».

Una señora viuda de cincuenta y cinco años se dirigió al Centro donde trabajo solicitando consulta para su única hija de dieciséis años, huérfana de padre desde hacía diez. El motivo de la consulta era la preocupación de la madre por el desarrollo futuro de su hija, que estaba pasando por la difícil época de la adolescencia. Su hija actualmente no presentaba ningún tipo de problema, iba bien en los estudios, tenía amistades, se llevaba bien con su madre, aunque era respondona, lo que era calificado de «normal» por ésta, añadiendo que «así había de ser», etc.

La madre aceptaba explícitamente cualquier modalidad de intervención: individual, grupal, familiar... Subrayaba que le sería útil que le diéramos en su caso criterios sobre cómo debía ella acomodarse en relación a su hija, cambiar ante ésta, para enfrentar la nueva época de desarrollo de su hija. Aceptamos la consulta en la seguridad de que se trataba de una jugada sofisticada que, caso de ser rechazada, encontraría pronto algún otro lugar donde sería ampliamente aceptada.

Así pudimos comprobar que aquella madre viuda que tras la muerte de su esposo consiguió un buen empleo, que mantenía en la actualidad, que había rechazado propuestas de relación de pareja en varias ocasiones y que había mantenido una vida social bastante activa, en el último año había disminuido sus relaciones de amistad, se encontraba «más aburrida», también en su trabajo, y, en general, más pendiente que lo había estado nunca de su hija (¡justo en la época de que su hija diese un nuevo y significativo paso de autonomización!); siempre había sido una niña más bien tímida a quien su madre había de empujar para que saliese con amigos y que desde el año



anterior, hacía unos meses, había experimentado un cambio notable de interés por el exterior. Desde hacía un mes tenía un amigo con el que «salía» regularmente, lo que había comentado a su madre hacía una semana.

Tal vez esta madre «sabía» que no podría obtener de su hija una renuncia a este interés por el exterior que a ella postergaba, pero consideró posible obtener la intervención de un especialista para su hija (o para ella misma en relación a su hija, cosa que ésta habría de saber enseguida), a lo que ésta no se negaría. Con ello conseguiría «clavar» a la adolescente a su lado, al tiempo que obtener de nuevo la preponderancia perdida.

La entrada en el juego que proponía la demanda habría contribuido al establecimiento de una rigidificación del contexto. El acento de la demanda se propone en el futuro, pero pragmáticamente la demanda de intervención se realiza en el presente y para el presente. Dicho de otra manera, esta madre había previsto que su demanda «encajaba» en la ideología en boga en algunos servicios sanitarios, preveía una respuesta que sirviese a sus objetivos. Si ella se hubiese dirigido a su hija directamente, no habría podido obtener de ella el comportamiento deseado. Es decir, no habría obtenido el poder buscado en relación a su hija. Dentro de su abanico de posibilidades de actuación recurre a una que resulta ser la que prevé que disminuye el margen de maniobrabilidad de su hija, aumentando el propio a través de la demanda a un equipo especializado de Salud Mental.

Volvamos de nuevo ahora a la noción de contexto: Entrecruzamiento relacional de sistemas. Si entendemos que las relaciones —como señala Crozier— se hacen posibles a partir de la unión de sujetos (aceptada o no explícitamente dicha unión) para cumplir una tarea o fin determinado, entenderemos que se insertan en un conjunto organizado.

Las características de este conjunto organizado delimitan el campo de ejercicio de las relaciones, o, en términos de Crozier, «constituyen las coacciones que se imponen a los participantes».

Por tanto, si un sistema, como conjunto humano organizado, se desarrolla a lo largo del tiempo, aumentará su flexibilidad en sus actuaciones en el interior y en el exterior, su zona de impresibilidad en los contac-

tos y/o relaciones con el exterior permitirá un suficiente abanico de impredecibilidad en la actuación y un mayor abanico —por ende— de posibilidades. El efecto visible desde el exterior es la flexibilidad en cuanto al ejercicio de las relaciones.

Por el contrario, si un conjunto humano organizado establece unas «coacciones» generadoras de «saltos lógicos» (Bateson) o contradicciones entre distintos niveles lógicos para las relaciones a sus participantes, evitando así el desarrollo de la complejidad organizativa del mismo, las actuaciones posibles de cada individuo de acuerdo a sus relaciones dentro del sistema y en el exterior del mismo quedarán constreñidas enormemente, disminuirá su impredecibilidad en la actuación y tendrá un menor abanico de posibilidades. El efecto visible desde el exterior es la rigidez.

Así, cuando dos o más organizaciones entran en relación, constituyendo un contexto en el que el abanico de posibilidades de actuación para los individuos partícipes del mismo de acuerdo a las constricciones de ambas organizaciones es muy limitado, podemos pensar que estamos ante un contexto de riesgo.

Sin embargo, y dado que resulta imposible concebir en términos cotidianos la existencia de una única posibilidad de actuación en las relaciones entre seres humanos, esta concepción no abona tesis de intervenciones clínicas preventivas de los especialistas clínicos situados en un segundo nivel de atención con el objetivo de evitar sucesos futuros.

Frente a la anterior insisto en la necesidad de la intervención precoz, en el presente, versus la intervención preventiva, entendiendo por in-

tervención precoz aquella que apoyándose en una demanda y en función del presente intenta la resolución de situaciones actuales en el presente sin postergaciones favorecedoras de agudizaciones o cronificaciones. El acento temporal de la intervención no está puesto en el futuro, sino en el presente.

Por tanto, conocer la existencia de contextos de riesgo permitiría al clínico la intervención precoz, pero no resultaría de aplicación inmediata para el epidemiólogo, porque se trata de contextos únicos que cambian con el tiempo.

Creo que una utilización adecuada del conocimiento de los factores de riesgo que nos proporciona la Epidemiología a los clínicos situados en segunda línea de atención está en la direccionalidad del trabajo de cobertura a la Atención Primaria, primordialmente, e incluso en hospital general, en la medida en que permite apuntar hacia el establecimiento de criterios ajustados de detección en relación al campo de la Salud Mental para las primeras y terceras líneas de atención sanitaria, e incluso de actividades a desarrollar por dichas líneas, primordialmente en Atención Primaria.

RESUMEN

Se presentan algunos deslizamientos en rotulaciones clínicas, producto de un uso no riguroso de los conceptos de Contexto y Riesgo. Se describen consideraciones acerca de intervenciones clínicas preventivas y su correlato tipificado en «demandas preventivas». Se concluye con una apuesta de actuación: Intervención precoz versus intervención preventiva desde los servicios especializados de Salud Mental.

BIBLIOGRAFÍA

- M. CROZIER y E. FRIELBERG, *L'acteur et le système*. Ed. du Seuil. París, 1986.
- B. ERTALANFFY, L. VON ASHBY, W. R.; WEINBERG y otros. *Tendencias en la Teoría General de los Sistemas*. Alianza Universidad. Madrid, 1978.
- WATZLAWICK, P.; WEAKLAND, J., *Sur l'interaction*. Ed. du Seuil. París, 1981.
- SELVINI PALAZZOLI, M., y otros, *Sul fronte dell'organizzazione*. Milano. Feltrinelli, 1981.
- SELVINI PALAZZOLI y otros, *El mago sin magia*.
- C. F. ROJERO y T. SUÁREZ. «Prevención: Encrucijada de intervenciones sistémicas.» *Rev. de Psicoterapia y Psicopatología*. Nueva Época. N.º 3, 1981.

- O. MASSON. *Casistique d'enfants de mères schizophrènes*. Evol. Psychiatrique. N.º 2. 1975.
- C. F. ROJERO y B. OLABARRIA. «Programa de Salud Parento-Infantil del CPS de Carabanchel: Un modelo de Prevención Primaria Precoz en Salud Mental.» *Rev. AEN*. Año 2, n.º 3, 1982.
- O.M.S., *Método de Atención Sanitaria de la madre y el niño basado en el concepto de riesgo*. Ginebra, 1978.
- C. F. ROJERO, «Enfoque Sistémico de la Prevención en Salud Mental». En *Paradigma Sistemático y Terapia de Familia*. Ed. AEN, 1983.
- SELVINI PALAZZOLI, M.; PRATA, G., y otros, «Hipotetización, circularidad, neutralidad». *Rev. Clínica y Análisis Grupal*. N.º 42. Madrid, 1987.