

# Psicofármacos en las dinámicas individuales, familiares y sociales

Eulàlia Torras de Beà\*

## RESUMEN

En este trabajo se estudia la función de la psicofarmacología en las dinámicas relacionales interpersonales que se tejen entre el niño y su entorno. En la tarea del psiquiatra y el psicólogo de niños y adolescentes es fundamental la modificación de las dinámicas negativas, que entorpecen la evolución emocional y de las funciones psíquicas del niño. Bien usada, la psicofarmacología puede contribuir positivamente a esta modificación. Se estudia el riesgo de utilizarla con una visión fenomenológica y la necesidad de prescribir con un enfoque psicodinámico. PALABRAS CLAVE: psicofarmacología, farmacoterapia, dinámicas relacionales, evolución, mundo interno, interacciones.

## ABSTRACT

PSYCHOPHARMACOLOGY IN INDIVIDUAL, FAMILY AND SOCIAL DYNAMICS. This paper examines the function of psychopharmacology in the interpersonal relational dynamics which are formed between the child and his environment. A fundamental task of child and adolescent psychiatrists and psychologists is to modify the negative dynamics which impede and obstruct emotional and psychological development. When it is used correctly, psychopharmacology can contribute positively towards this goal. The risks of using psychopharmacology from a phenomenological standpoint, and the need to prescribe from a psychodynamic standpoint, are studied. KEY WORDS: psychopharmacology, pharmacotherapy, relational dynamics, development, internal world, interactions.

## RESUM

PSICOFÀRMACS EN LES DINÀMIQUES INDIVIDUALS, FAMILIARS I SOCIALS. Aquest treball estudia la funció de la psicofarmacologia en les dinàmiques relacionals interpersonals que es teixeixen entre el nen i l'entorn. En la tasca del psiquiatre i el psicòleg de nens i adolescents és fonamental la modificació de les dinàmiques negatives, que dificulten l'evolució emocional i de les funcions psíquiques del nen. Si està ben utilitzada, la psicofarmacologia pot contribuir positivament a aquesta modificació. S'estudia el risc d'utilitzar la psicofarmacologia amb visió fenomenològica i la necessitat de prescriure amb visió psicodinàmica. PARAULES CLAU: psicofarmacologia, farmacoteràpia, dinàmiques relacionals, evolució, món intern, interaccions.

Las consultas que recibimos en psiquiatría y psicología de niños y adolescentes tratan siempre de problemas de evolución: niños y adolescentes que no se desarrollan bien, sea desde el ángulo emocional, intelectual o social. Sabemos que la evolución del niño en todas sus áreas depende en buena parte de su entorno, de las relaciones interpersonales con éste, de las interacciones que se tejen y de las dinámicas que se generan en esta red de relaciones. Sabemos que hay dinámicas positivas que estimulan la evolución y conducen a un buen equilibrio personal y otras negativas, generalmente en círculo vicioso, que perjudican la evolución o directamente la bloquean.

Nuestra tarea es siempre psicodinámica: consiste en modificar las interacciones, las dinámicas negativas, para procurar convertirlas en favorables y evolutivas. Esto es lo que tratamos de conseguir con nuestras intervenciones terapéuticas, que pueden ser psicoterapéuticas o farmacoterapéuticas.

\* Doctora en Medicina, psiquiatra, psicoanalista, Presidenta de la Fundació ETB  
Correspondencia: eulaliata@comb.es

El tipo de ansiedad y especialmente la clase de defensas que se utilizan frente a ella intervienen siempre para determinar las características de la dinámica que se va conformando en las relaciones interpersonales. La combinación de ansiedad y defensas a menudo se manifiesta en forma de síntomas que, a su vez, pueden estimular mayor ansiedad en el niño, con lo cual se crea un círculo vicioso. Esta combinación, además, puede influir en el entorno –padres, escuela, etc.– produciendo preocupación, irritación y tensión de toda clase, que pueden dar lugar también a una situación circular negativa.

Sabemos que para realizar nuestra tarea, cuando se trata de niños y adolescentes, hemos de atender siempre el entorno a través del trabajo psicológico con los padres y la colaboración con la escuela, además de la ayuda psicológica que el niño o adolescente pueda necesitar. A veces es también necesario un psicofármaco (Mardomingo, 1997).

A la hora de prescribir el fármaco podemos prestar atención a la fenomenología – los síntomas– para tratar de suprimirlos, atenuarlos o, con una visión más amplia, podemos estar atentos a las dinámicas relacionales y a los círculos viciosos individuales, familiares y sociales que se han creado y que son el núcleo del problema. Nuestra intención es que el fármaco contribuya a modificar estas dinámicas negativas, para dar lugar a dinámicas relacionales positivas que impulsen nuevamente la evolución del niño.

Atender todo esto significa también, como cosa importante, estar atentos al mundo interno del niño. Cuando las interacciones entre el niño y el entorno son negativas; o sea, cuando las imágenes que se le proyectan son negativas, su mundo interno se va deteriorando y las imágenes que el niño tiene de sí mismo, aquellas con las que se identifica, se van volviendo también más negativas. Un niño que fracasa, que crea preocupación e irritación en su entorno –padres y otros familiares, maestros, etc.– que se sabe insatisfactorio, acaba sintiéndose malo, se llena de culpas y termina atrapado en una situación de la que no puede salir por sí mismo, cada vez más negativa para su futuro (Manzano y Palacio Espasa, 1993). Estar atentos a estas dinámicas que describo permite aproximarnos mucho más a la medicación útil y necesaria.

Por supuesto, hay muchas situaciones clínicas que ilustran todo esto. Serviría de ejemplo el niño ansioso, tenso, fóbico, que fracasa en la escuela, que llena de frustración y descontento a las personas de su entorno, que de rebote lo hacen sentir incapaz, insatisfactorio, le proyectan imágenes negativas y le estimulan más ansiedad y fracaso. Todo esto deteriora su autoestima creando el riesgo de cronificación, a menudo tan difícil de modificar más tarde. La medicación podría ayudar a atenuar la inquietud, facilitar una mejor manera de estar en la escuela, mejorar las interacciones, modificar el círculo vicioso, y así facilitar experiencias más positivas que son las terapéuticas. Porque en realidad, no es la medicación lo que cura, sino que ella facilita crear experiencias positivas que son "curativas" en el sentido de que mejoran el mundo interno, las imágenes en la mente del niño y con esto permiten un camino hacia una mejor salud mental.

Pondré un ejemplo que creo que ilustra lo que sería medicar con visión fenomenológica, en el sentido de tener en cuenta solamente los síntomas, o con un enfoque psicodinámico, teniendo en cuenta la dinámica individual y familiar

subyacente al problema. Me parece el típico caso de medicación de los síntomas, en esta ocasión incluso de una forma bastante disociada, en el sentido de que se medican, casi por separado, los diferentes conjuntos de síntomas que presenta el muchacho. Parece caricaturesco, pero en realidad no es excepcional que nos encontremos con esta forma de prescribir.

#### Viñeta clínica 1: Néstor, 12 años

La consulta es en el mes de marzo. Vienen los padres con Néstor. Consultan porque el muchacho, que nunca ha ido contento al colegio, hace cinco meses que no va, se niega a ir. Estuvo enfermo más de una semana en octubre, un mes después de comenzar el curso. Tenía dolor de cabeza, febrícula, mareo. Le recetaron antibióticos. Cuando estuvo bien no consiguieron que volviera a la escuela.

En los antecedentes consta que nunca había aceptado las salidas escolares de más de un día, pero hace dos años fue a una porque su maestro lo estimuló mucho, lo presionó. La primera noche hubo una tempestad y sus padres lo tuvieron que ir a buscar al día siguiente. Nunca le había gustado pasar la noche fuera de casa, ni aún con sus padres. Ha sido siempre "muy de casa", de entretenerse con juegos, leyendo... Tiene algunos amigos en la escuela y también en el barrio, a pesar de que algunas veces "se han metido con él".

Siempre ha sido muy nervioso, inquieto. De pequeño se despertaba a menudo y lloraba bastante. Era de comer poco. Miedo a la oscuridad, sonambulismo. "Había que estar mucho por él". Dos veces en los primeros años lo tuvieron que llevar a urgencias por problemas respiratorios. Hizo una crisis convulsiva antes de los dos años. Sin embargo, los electroencefalogramas siempre salieron normales. Me traen el informe correspondiente.

Vemos que Néstor, sobre una organización personal de fondo fóbico, ha desarrollado una fobia escolar que lo mantiene casi recluido en casa, con muy poca autonomía. Su relación con sus padres y en general es muy regresiva y su evolución está seriamente comprometida. Nuestra intervención tendrá por objetivo modificar su organización fóbica regresiva, ayudarlo a evolucionar y a desarrollar capacidades y autonomía y, por supuesto, a reintegrarse a la escuela. Será necesario trabajar también con los padres y la escuela para facilitar que se modifiquen las relaciones interpersonales de Néstor con su entorno. El objetivo es facilitarle experiencias positivas que estimulen nuevas posibilidades de evolución y de progreso. Todo esto significa modificaciones, no solamente en el mundo familiar y escolar de Néstor, sino primariamente en su mundo interno.

Volviendo a los antecedentes, recientemente los abuelos paternos que viven en un país vecino, presionaron para que hicieran una consulta a un médico de su confianza que trabaja en su localidad. La familia estaba de visita en la casa de aquellos y en esos días Néstor estaba muy nervioso. Además, los padres contaron que cuando se le insistía en relación a volver a la escuela se ponía muy excitado y agresivo. El médico le recetó un ansiolítico, un neuroléptico y un antiepiléptico. De todos modos, el problema de no poder ir a escuela ha continuado hasta el momento de la primera visita en nuestro servicio. En este momento lo ven abatido, decaído. Le da vergüenza encontrar compañeros de colegio por la calle, por lo que no sale de casa.

En la primera entrevista conmigo, los padres expresan sus dudas acerca de continuar con la medicación. Les propongo de momento no hacer cambios, ya que aún no conozco suficientemente al muchacho y prefiero primero completar la exploración. A la siguiente entrevista, Néstor se niega a entrar solo. Se nota claramente que no se atreve, que no puede. Entran los tres. Su aspecto es desmejorado, pálido, apagado, deprimido, como ausente. Es difícil hacerlo participar de la conversación, que conteste las preguntas, que explique alguna cosa. Lo mismo sucede en la entrevista siguiente.

Cuando cito a los padres para una entrevista con ellos solos, vienen los tres. Me dicen que no han conseguido que se quedase con algún familiar. Tampoco acepta esperar en la sala de espera. Explico a Néstor y a sus padres como entiendo la dinámica del problema y propongo una intervención terapéutica que comprenda: tratamiento psicoterapéutico para el muchacho, colaboración con la escuela, trabajo psicológico con los padres y medicación. Propongo hacer equipo con una psicóloga que se ocupe del tratamiento de Néstor y del trabajo con la escuela (Palacio Espasa, 1993) y ocuparme del trabajo con los padres y de la medicación. Prescribo un antidepresivo tricíclico, la Clomipramina, a razón de 25 mg la primera semana, aumentando progresivamente hasta la dosis correspondiente a este muchacho por edad y peso, que sería entre 100 y 150 mg al día. Propongo decidir, en contacto semanal con los padres y de acuerdo con la psicóloga, el aumento progresivo de la dosis.

Néstor se niega a entrar solo a las primeras sesiones con la psicóloga, por lo cual de momento entran también los padres. La psicóloga estudia con la escuela un plan para la reintegración progresiva del muchacho. Actualmente estamos en el trabajo de reinserción escolar que, con momentos mejores y otros más difíciles, va progresando. El muchacho ha podido asistir a algunas actividades escolares, generalmente las últimas horas de la mañana antes de la pausa del mediodía, ha llevado trabajos para hacer en casa y los ha ido a entregar, aunque todo esto aún con irregularidad.

En relación a la cuestión del enfoque con que decidimos la medicación – fenomenológica o dinámica– pienso que en un principio a Néstor se le recetan tres productos, dos siguiendo los síntomas actuales que la familia explica (ansiedad y agresividad) y el tercero por el antecedente de crisis convulsiva de cuando era pequeño. Además, en aquel momento, seguramente debido a que la consulta se hace lejos del domicilio de la familia, no se habla de trabajo psicológico con el muchacho y los padres, ni de la colaboración con la escuela.

Por mi parte, utilizo un antidepresivo porque creo que éste, incidiendo en el fondo depresivo-regresivo de este muchacho puede modificar su dinámica interna individual. Elijo la Clomipramina por mi experiencia de buena tolerancia y buenos resultados en este tipo de problema y me propongo ajustar la dosis según sea la evolución. Descarto el neuroléptico porque la agresividad que seguramente motivó la prescripción no me parece producto de un fondo de poca contención, impulsividad y agresividad primaria, sino que la creo reactiva frente a la presión de los adultos para que volviera a la escuela, cosa que aumenta la ansiedad y tensión del muchacho. Creo que con un enfoque correcto la agresividad cesará. Por otro lado, no creo que se tenga que dar medicación por aquella crisis convulsiva que nunca más ha dado manifestaciones clínicas ni en el EEG.

Me planteo la prescripción de Clomipramina de la siguiente manera: interesa modificar la dinámica de ansiedades depresivas, temor, enganchamiento a casa, abandono de la escuela, aumento progresivo de las imágenes negativas de la escuela y de todo lo que sea "fuera de casa" y por tanto del miedo a salir. Este conjunto tiene un trasfondo regresivo-depresivo. Con la medicación me propongo mejorar el ánimo del muchacho y facilitar que se atreva a salir y, apoyado por sus padres y por la psicóloga, ayudarlo a comprobar que puede hacerlo, que puede no solamente ir a escuela, sino también tener allí experiencias positivas y ser capaz de realizaciones satisfactorias. Estamos en este camino.

Siempre que utilizamos medicación hemos de tener en cuenta los factores psicológicos que participan en relación con ella, facilitando o entorpeciendo la posibilidad de usarla e influyendo, a veces radicalmente, los resultados. Estos factores, que en definitiva son la forma como se vive la medicación, las proyecciones que recaen sobre ella y, por tanto, la clase de objeto –bueno, idealizado, malo, persecutorio, etc.– en que ésta se convierte, pueden intervenir en el proceso anterior a medicar, durante el período de medicación o después de él. En la visita en la que prescribimos medicación a menudo nos encontramos con situaciones como las siguientes:

- La escuela indica a la familia que venga a consultarnos diciéndole que al niño hay que darle medicación, incluso indicando el producto que se le debe prescribir. Esto último suele suceder cuando se trata de un niño difícil para la escuela, inquieto, que molesta en el aula, y para el que, a menudo, se ha sugerido ya el diagnóstico "cajón de sastre" de la hiperactividad o TDAH. Podemos encontrarnos con que los padres nos llegan convencidos de que a su hijo hay que darle esta medicación y en ocasiones no les interesa ninguna otra cosa. Otras veces los padres tienen sus interrogantes y desean que se haga el estudio necesario para saber cual es el problema de fondo. La colaboración entre la escuela, los padres y nosotros puede no ser fácil si las posiciones están muy establecidas.
- En otras ocasiones los padres se niegan a que se medique a su hijo. A veces la madre acepta la medicación pero el padre la rechaza o viceversa. Entonces hace falta un trabajo previo con los padres y el hijo, ya que empeñarse en dar medicación con los padres en contra es un verdadero riesgo: sus proyecciones negativas sobre el fármaco conducirán a una mala interpretación de los resultados o, incluso, a que los resultados *sean realmente* negativos debido a los aspectos inconscientes y de sugestión que participan. Sabemos que los factores psicológicos en la interacción con el hijo influyen en los resultados y, por supuesto, influyen en la lectura que padres e hijo harán de los efectos del producto.
- Un tercer caso es cuando el adolescente no quiere medicación y en cambio nosotros la creemos necesaria. Podemos encontrarnos con que los padres estén de acuerdo con su hijo o que entiendan nuestra prescripción. Aquí también hemos de realizar un trabajo previo que tenga en cuenta los factores psicológicos que pueden hacer fracasar el tratamiento farmacológico. Si no se tienen en cuenta estas dinámicas y sus factores emocionales, los resultados pueden ser negativos no sólo farmacológica, sino también relacionamente, tanto en las relaciones de la familia con nosotros, como en las relaciones entre ellos.

- Una cuarta posibilidad es cuando se trata de padres con una vida desestructurada, con desorden en el cuidado de los hijos, que crean dudas al profesional a la hora de recetar un fármaco, ya que no puede tener claro si lo administrarán o cómo lo harán. En estos casos, a menudo no sabemos qué dosis están dando al niño: puede ser que le den cantidades inferiores a la prescrita debido a actitudes fóbicas ante la medicación, o una dosis demasiado alta debido a que "la medicación no hace le está haciendo nada". En ocasiones administran la medicación con completo desorden y, por tanto, no podemos evaluar los resultados ni los efectos secundarios del tratamiento.
- Aún a veces nos encontramos con que hay médicos alrededor de la familia que intervienen queriendo medicar cuando nosotros, por lo menos de momento, no lo creemos conveniente; o que desaconsejan la medicación que nosotros hemos indicado. A veces sugieren otro producto, distinto del que hemos prescrito nosotros, o indican dosis más elevadas o más bajas, o pueden interferir con sus opiniones lo que puede crear desconfianza, proyecciones negativas sobre el producto que hemos aconsejado o hacia nosotros mismos. De todos modos, a menudo no nos queda claro si se trata de la interferencia de un médico o si es la familia quien, inconscientemente o no, ha movido los hilos y utiliza a ese médico para la expresión de sus propios temores, desconfianzas o desacuerdos.

Otro momento es cuando el niño ya se está medicando:

- Los padres pueden atribuir a la medicación aquellas manifestaciones negativas que ellos creen detectar: produce somnolencia, le cuesta atender en clase, se encuentra cansado, tienen menos apetito, le han salido granitos, ¿será el dolor de barriga por la medicación?, ¿será por la medicación que sucede esto o aquello?, ¿será la dosis excesiva o demasiado baja?, etc. Todo esto expresa sobre todo desconfianzas y nuevamente proyecciones negativas sobre la medicación que pueden ampliarse fácilmente hasta nosotros mismos.

Conociendo la importancia de los factores psicológicos, hemos de escuchar bien la impresión de los padres y del muchacho. A pesar de todo, no es excepcional que nos queden dudas en relación a los efectos farmacológicos y psicológicos de los resultados. Con todo esto tendremos que elaborar nuestra prescripción e insistir en ella, intentar otro fármaco o directamente renunciar, por lo menos por el momento. Nuestro conocimiento de la familia, de su reacción emocional al fármaco y sus proyecciones sobre él, son determinantes en que tomemos una u otra decisión. Más fácilmente renunciamos cuanto más sugestionables o *borderlines*, cuando menos realistas y coherentes los vemos.

Todos estos factores hacen que el uso de la medicación no pueda ser cosa establecida, fija, generalizable, que pueda consignarse solamente en un protocolo. Al contrario, la medicación depende mucho del entorno del niño y de las dinámicas relacionales en este entorno. Así, por ejemplo, será muy diferente la situación de un niño impulsivo, tenso, actuador, que tiene unos padres continentales, sólidos, flexibles y organizados, de la situación del mismo niño si sus padres son ansiosos, depresivos, fóbicos, derrotistas de fondo melancólico o que aguantan mal. En el primer caso, quizá en un primer momento no medicaremos esperando la mejoría que se pueda conseguir a través del trabajo psicoterapéutico, pero si creemos que es preferible medicar, seguramente podremos evaluar bien los resultados. En el segundo caso, en cambio, es posible que decidamos utilizar la medicación desde el inicio para

que los padres no tengan que aguantar más de lo que son capaces, con el riesgo de que se establezcan círculos viciosos que empeoren tanto el ambiente como al mismo niño. En este sentido deberíamos hablar de "medicación de la familia" ya que el fármaco va dirigido a reequilibrar el grupo familiar.

Es importante también recordar que cuando medicamos al hijo a veces los padres lo registran como que la patología está en él, en el sentido de "solamente en él". Esto los lleva en ocasiones a obviar los factores relacionales, la importancia del tipo de dinámica establecida en la familia, el papel de la contención de las ansiedades –las suyas y las del hijo– e incluso también la patología de los padres que puede estimular mayor patología en el hijo. Todo esto hace necesario trabajar con los padres la función de la medicación en la psicopatología de la familia.

En un tercer caso, como decía antes, quizá no podremos medicar, debido a que nos encontramos con padres desorganizados desestructurados, quizá *borderline* y no podremos confiar en como será administrada la medicación. Creo que todos tenemos ejemplos de los resultados negativos y a veces alarmantes de la medicación mal administrada.

En todo esto, nuevamente es importante el papel de la escuela. Hay escuelas que se hacen cargo de la medicación, especialmente cuando los padres no son capaces de hacerlo. Además, hay escuelas que entienden muy bien la situación: nuestra manera de entender el problema y nuestras propuestas terapéuticas. Estas escuelas suelen ayudarnos a organizar las intervenciones terapéuticas tal como creemos que hemos de hacerlo. Hay en cambio escuelas más desbordadas, con más problemas en las aulas, con las que tendremos que colaborar en forma diferente haciéndonos cargo de sus posibilidades y dificultades. Habremos de anteponer el prevenir la formación de círculos viciosos –y por tanto en este caso medicar aunque pudiera ahorrarse este paso– para facilitar que puedan aguantar al niño en la escuela y mantenerlo integrado (Stagnaro y Massei, 1993).

Si hablamos nuevamente de la idea de "medicación de la familia", en ocasiones medicamos para atenuar tensiones familiares, de manera que la dinámica circular de tensión -irritación-agresividad-mayor tensión, se atenúe o se rompa y permita el establecimiento de dinámicas favorables en las que se proyecten imágenes más positivas tanto hacia el niño como hacia el entorno. A continuación presento una situación clínica de este tipo, a través de una niña de cinco meses. Aquí, con una visión psicodinámica del problema de la niña y de la situación familiar, la medicación coincide mucho con la que podría prescribirse con una visión fenomenológica.

#### [Viñeta clínica 2: Carla, 5 meses](#)

Acuden al Centro de Desarrollo y Atención Precoz (CDIAP) los dos padres con su hija. Los recibe una psicóloga del Centro. Consultan porque es muy nerviosa: "Desde que nació no hemos conseguido que coma ni duerma aceptablemente, ni de día ni de noche". En cambio es muy espabilada y aprende mucho. La alimentan dormida, dándole un biberón. Cuando ve la cuchara o el biberón se inquieta mucho, "no puede ni verlos, es horroroso", dicen. Siempre nerviosa, siempre moviéndose con un tono muscular rígido. La madre desea dejar de alimentarla dormida pero no sabe cómo hacerlo. Pidió medicación a la pediatra para

calmarla, pero ésta prefirió que primero hicieran esta consulta al CDIAP. Dijo que con su nerviosismo la niña pone nervioso a todas las personas de su entorno.

Se procede a la exploración. Se trata de una bebé tensa, que cuando está en brazos tiene tendencia a echarse para atrás como para salir de los brazos, con mirada fija, dura. Se mete todo en la boca y lo chupa ávidamente. Cuando la psicóloga toma la bebita en brazos, le habla, la coloca en una posición recogida y trata de relajarla, la nena se tranquiliza. De momento forcejea para echarse hacia atrás, pero poco a poco se relaja y acaba durmiéndosele en los brazos.

La psicóloga conversa con la madre sobre la manera de tranquilizar a su hija, relajarla y, en cuanto a la comida, sobre la conveniencia de dejarla probar diferentes sabores para poder saber qué le gusta. Le sugiere que le deje probar algunas cosas de lo que ellos comen. Habla de interesar a la nena en el comer, en cierto sentido, como algo más importante que hacer la dieta correspondiente a su edad. Comenta también que hablará con la pediatra sobre la cuestión de la medicación. Dice que cree que será necesario medicar durante un tiempo largo para romper el círculo vicioso que se ha establecido y que deberán irlo revisando.

En la exploración, la psicóloga observa que la niña se agarra mucho a los juguetes que le ofrecen, los chupa con avidez, pero en cambio se interesa poco por ella misma, la psicóloga, la mira poco, y también mira poco a su madre, responde muy brevemente cuando ésta la llama. Esta observación se repite en diferentes momentos de la exploración, a tal punto que considera que hay un riesgo de evolución hacia un trastorno grave (Torras de Beà, 2007). En la conversación con la pediatra, la psicóloga relata sus observaciones y aquella decide prescribir Hidroxina a razón de un miligramo por kilo y día.

En la siguiente entrevista, los padres dicen que esta medicación pone más nerviosa a la nena, que ahora duerme menos, pero en cambio come mejor. Se les aconseja volver a la pediatra con la que la psicóloga hablará. La pediatra cambia la medicación y ahora receta Almenazina a razón de tres gotas diarias. Esta medicación ayuda a la nena a tranquilizarse, dormir varias horas seguidas y además, a dormir dos ratitos durante el día, con lo que la familia se tranquiliza. La niña sigue comiendo mejor.

Ahora, con la niña más tranquila, la psicóloga procede a explorarla más detenidamente. Observa, como había ya visto antes, que mira poco a los ojos, se interesa poco por la cara y su mirada es huidiza, evitativa. Por otro lado la ve espabilada, que aprende y que su nivel evolutivo corresponde a su edad. Propone tratamiento continuado de estimulación terapéutica para trabajar la conexión con el entorno, la relación. A lo largo de este tiempo hay dos momentos en que la bebita vuelve a inquietarse y parece retroceder: nuevamente no duerme, está tensa y aumenta su tendencia a ser esquiva. La pediatra aconseja una gota más de Almenazina y la niña vuelve a tranquilizarse. Llegan a la dosis de cinco gotas diarias.

Con esta intervención medicamentosa y psicológica complementándose, la nena progresa hacia una mejor relación con el entorno, se va normalizando la alimentación y el interés por la relación con los otros. Después de unos meses, la nena mira a los ojos, sonríe, interacciona normalmente según la edad, progresa bien desde el ángulo motor y también en comprensión del habla y en los inicios de

ésta. Toda esta evolución estaba en peligro si la bebita hubiese continuado con su inquietud y con su vinculación algo perturbada con su entorno.

Hacia los 10 meses de haber comenzado esta intervención terapéutica, la pediatra, de acuerdo con la psicóloga, decide proponer una bajada lenta y progresiva de la medicación, que en este momento está en curso.

### Como conclusión

Para acabar y en síntesis, me he referido a la importancia de utilizar la psicofarmacología con una visión psicodinámica del problema por el que nos consultan. Esto significa tener presente la dinámica individual, la del funcionamiento familiar y las dinámicas en relación al entorno, como por ejemplo la escuela e incluso, según como, la familia extensa –cuando por ejemplo son los abuelos o algún otro familiar quien cuida del niño– y otros espacios donde se mueven el niño y sus padres. Utilizar la medicación en esta forma significa a menudo ocuparnos de la "medicación de la familia", en la medida en que los efectos mejorarán toda la situación familiar.

Creemos recomendable, pues, evitar medicar con visión fenomenológica, ya que aún cuando en ocasiones consiga hacer desaparecer algún síntoma, puede suceder que las dinámicas personales y familiares no se modifiquen o empeoren.

### Bibliografía

- Manzano, J. y Palacio-Espasa, F (1993). *Las terapias en psiquiatría infantil y en psicopedagogía*. Barcelona. Paidós.
- Mardomingo Sanz, María Jesús; Rodríguez Ramos, P. y Velasco Martín. A (1997). *Psicofarmacología del niño y del adolescente*. Madrid. Díaz de Santos S.A.
- Stagnaro, Juan Carlos y Masei, Hugo (Compiladores, 1993). *Psicofarmacología clínica infanto-juvenil*. Buenos Aires. Ediciones Polemos.
- Palacio-Espasa, F (1993). *La pratique psychothérapique avec l'enfant*. Paris. Bayard.
- Torras de Beà, Eulàlia (Compiladora, 2007). *Normalidad, psicopatología y tratamiento en niños, adolescentes y familia*. Valls. Lectio.