

PSICOTERAPIA CON NIÑOS PEQUEÑOS*

Lucía Álvarez-Buylla Bustillo**

Cuando empecé a pensar sobre los casos que vemos en la clínica de niños hasta los seis años, la primera pregunta que se me vino a la cabeza fue, ¿qué es lo que hace que al final de una evaluación hagamos una indicación de psicoterapia, o de consulta terapéutica, o que enviemos a la madre o al padre a tratamiento sea de terapia breve, psicomotricidad... etc.

En realidad la sintomatología no es muy diferente en los casos graves y en los leves. A esta edad, nos vamos a encontrar, que los padres consultan por, trastornos de la alimentación, dificultades con el sueño, enuresis retrasos en el desarrollo, hiperactividad, rabietas mal manejo de la agresión, intolerancia a la frustración o incumplimiento de normas. ¿Cómo saber, con los niños que tienen una sintomatología parecida en que casos estaría indicada una psicoterapia y en cuáles con varias consultas terapéuticas se resolvería el problema?

¿Se Podría considerar el cuadro clínico como una crisis del desarrollo que no requiere intervención?.¿Son los padres los que necesitan ayuda, pero solo Pueden pedirla a través de su hijo? - En realidad el interés por la infancia, la empatía necesi-

* Ponencia presentada en el I Congreso Virtual de Psiquiatría, 1 de Febrero - 15 de Marzo 2000; Conferencia 11-CI-C: [19 pantallas]. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa11/conferencias/11_ci_c.htm.

** Psiquiatra y Psicoterapeuta de niños y adolescentes en el Centro de Salud Mental de Ciudad Lineal. Coordinadora del Área IV de la Comunidad de Madrid del Programa de Infancia y Adolescencia.

ría para poder ponerse en el lugar del niño y la pediatría no se desarrolla hasta el siglo XVIII, como explica LLoyd de Mause en su libro "Historia de la infancia", los padres no se relacionaban con los hijos de la misma manera a lo largo de los siglos. Para él la fuerza central del cambio histórico no es la tecnológica ni la económica, sino los cambios psicogénicos de la personalidad, resultantes de las interacciones entre padres e hijos en sucesivas generaciones. Para que se mantengan determinados rasgos culturales, se han de dar determinadas experiencias infantiles, y una vez que esas experiencias ya no se dan, los rasgos desaparecen. Esto da una idea de la importancia que tiene en la clínica de los niños y adolescentes la historia de los padres, el origen de la evolución en las relaciones paterno-filiales se halla en la capacidad de sucesivas generaciones de padres para regresar a la edad psíquica de los hijos y pasar por las ansiedades de esa edad en mejores condiciones esta segunda vez que en su propia infancia.

Sería la evaluación cuidadosamente hecha la que nos llevaría a elegir el tipo de tratamiento, después de valorar todos los factores que influyen en el crecimiento de un niño, tanto los de orden interno como los debidos al medio. En general la psicoterapia estaría indicada en los casos de niños con trastornos emocionales que parecen ser lo suficientemente permanentes como para impedir la actuación de las fuerzas de madurez y desarrollo, y me estoy refiriendo a un tipo de terapia interpretativa, dirigido a poner de manifiesto los conflictos intrapsíquicos.

Con respecto al niño habría que valorar, su estructura (neurótica, psicótica), su sintomatología, el momento evolutivo en el que está pues no tiene el mismo valor una enuresis a los tres, cuatro años que a los doce, o los terrores nocturnos durante la configuración del Edipo o en la latencia, su capacidad de insight, el estado de sus defensas, si hay una detención del desarrollo o si por el contrario la evolución ha sido armónica y se ha producido una regresión posteriormente si el niño sufre con lo que le pasa y su evolución desde el naci-

mientos, si ha ido alcanzando los hitos evolutivos adecuadamente o si tenemos la impresión de que en el crecer va siempre con la lengua fuera.

El análisis de todos estos factores es lo que nos va a dar con respecto al niño una idea por ejemplo, de si ese retraso en la adquisición del lenguaje es una pequeña disarmonía evolutiva o está indicando una dificultad de separación grave, o es el pequeño de la casa y todos quieren tener un bebé el mayor tiempo posible.

Con respecto a los padres habría que tener en cuenta su disponibilidad, el investimento del niño y lo que está representando para ellos. No me voy a detener en esto ahora por que volveré sobre ello más tarde, pero si quiero hacer hincapié en otro factor, que sobre todo en la asistencia pública tiene importancia, y es que una vez evaluado correctamente el caso y hecha la indicación terapéutica el tratamiento debe ser factible, el terapeuta debe poder tener el tiempo necesario para hacerlo, los padres deben entenderlo y aceptar lo que va a suponer para ellos un tratamiento para el niño a largo plazo.

Quizá Podamos considerar que lo mejor es enemigo de lo bueno, y que a veces aunque lo indicado sería una psicoterapia individual a largo plazo, lo posible es una serie de entrevistas en las que se pueden interpretar a los padres delante de los hijos determinadas conductas que están en relación con su propia historia, y que pueden producir pequeños cambios que permitan al *niño* evolucionar. A veces lo único posible es transmitirle a los niños que entendemos su sufrimiento y que ahora son pequeños y dependen de otros, pero que hay un lugar donde se pueden poner palabras a las cosas, y que cuando crezcan lo pueden buscar.

La psicoterapia de la que voy a hablar hoy es la psicoterapia de orientación psicoanalítica, voy a empezar haciendo un breve repaso histórico del inicio del trabajo con niños, y como no, la primera referencia obligada es S. Freud con caso del pequeño Hans, una fobia en un niño de cinco años, cuyo trata-

miento se llevó a cabo a través del padre. Esto sucedió en 1909, y en 1913 Sandor Ferenczi hizo el primer intento de tratamiento psicoanalítico de un niño sin intermediarios, pero pronto halló que los niños no querían hablar sino jugar y dedujo que el método psicoanalítico no era aplicable a niños. Henninia Hug-Hellmut en 1921 publica un trabajo sobre el juego como medio de tratamiento emocional para niños trastornados.

Pero fue Melanie Klein y posteriormente Anna Freud, la que desarrolló una técnica del juego específica, ya que consideraba que éste era el método natural de comunicación del niño, y que su manejo del lenguaje era mucho más pobre que el de un adulto. Para ella, la caja de juguetes y el juego que se desarrollaba en la sesión analítica equivalía a la relación transferencias verbal del adulto, y lo trataba de manera equivalente. Es decir, habría una caja de juguetes para cada niño, que se abriría al iniciarse la sesión y se cerraría antes de que el niño abandonase el despacho. Los juguetes representarían objetos internos del niño, a veces dañados, y el juego la relación con esos objetos.

Siguiendo con el esquema de J. Ingelmo y M^a I. Ramos, para considerar que un tratamiento constituya un sistema de psicoterapia es necesario que exista una coherencia lógica entre la teoría del trastorno (que daría respuesta a la pregunta, ¿Cómo se producen los trastornos mentales?; teoría etiopatogénica). La teoría de la cura (que daría respuesta a la pregunta ¿cómo se modifican los trastornos mentales; teoría del cambio psíquico) y las técnicas empleadas (que daría respuesta a la pregunta ¿ qué instrumentos son los más adecuados para producir una modificación de los trastornos?: teoría de la técnica). Y también es necesario que exista una coherencia con la teoría que da cuenta del inconsciente, de sus orígenes, constitución y funcionamiento.

Actualmente se podrían considerar cuatro corrientes fundamentales en la psicoterapia de los niños y adolescentes, que voy a desarrollar brevemente.

1. La de M. Klein y sus seguidores de la escuela post-Kleiniana, que consideran que la realidad externa desempeña un papel secundario en la estructuración de psiquismo y que es la fantasía inconsciente y las pulsiones las que determinan el desarrollo del sujeto, el yo estaría constituido desde el nacimiento, así como la relación recíproca investida pulsionalmente entre la madre y el niño, y los deseos y fantasmas del este los expresaría en el tratamiento de un modo simbólico en el tratamiento mediante el juego. El fantasma sería “una actividad mental que acompaña y subyace desde el nacimiento a todo proceso psíquico. El fantasma inconsciente es la representación psíquica del instinto y tiene su origen en las sensaciones corporales de base que se atribuyen de inmediato a un objeto que sería el responsable. Estas sensaciones se representan primariamente como una relación de objeto” (Laplanche-pontalis). También sostienen siguiendo los planteamientos freudianos más clásicos, que los trastornos mentales tienen su origen en un conflicto intrapsíquico, que el Principal factor terapéutico es la ampliación de la conciencia y que el cambio psíquico se produciría solo por la interpretación.
2. La segunda corriente estaría representada por la escuela objetal inglesa, Balint con su concepto de la “falta Básica”, Winnicott los psicósomáticos franceses Marty y Fain, y Kohut y Mahler, sostiene que los trastornos mentales tienen su origen en un déficit en la estructuración del psiquismo debido a que les falta algo que debió ser provisto por el medio, una madre no “suficientemente buena” que frustró al niño en un momento en que no podía hacerse cargo de la realidad. Que el Principal factor terapéutico es la experiencia emocional y que la herramienta fundamental de curación, sería la relación y el sostén del terapeuta.
3. La de los discípulos de Anna Freud, que hacen hincapié en la diferencia entre neurosis que se daría en niños psíquicamente bien estructurados que sufren una regresión, y los

trastornos del desarrollo mucho más graves y no tratables mediante psicoterapia

4. Aquí podrían situarse los discípulos de Lacan que consideren en el extremo opuesto de los Kleinianos, que la enfermedad de los niños es el síntoma de los padres, el cual ocuparía, un lugar en relación a la pareja, o bien como síntoma de la pareja, lo que daría lugar a un trastorno neurótico en el niño, o bien como objeto en el fantasma de la madre, lo que daría lugar a un trastorno psicótico.

En este momento nadie discute el valor del juego como instrumento terapéutico en la psicoterapia con niños. El juego tiene el valor en el niño de transformar en actividad lo que ha sufrido pasivamente, para a través de la repetición dominar una situación conflictiva o traumática que le hace sentir a lo largo del desarrollo su indefensión y dependencia, es también para él un medio de comunicación, un vehículo de expresión y un medio de sublimación.

Habría muchas variaciones individuales en cuanto al contenido de la caja (pocas cosas y muy simples, familia, cuerda, pegamento, papel, lápices, coches, tijeras y en general los elementos que permitan más fácilmente la proyección y simbolización) y también en cuanto al desarrollo de la técnica, participar en el juego del niño mientras puedas mantener una distancia objetiva y no te impida observar o pensar, y no permitir juegos que puedan dañar al niño, al terapeuta o a la consulta.

LA CONSULTA TERAPÉUTICA

Winnicott ha sido el que más atención ha prestado a la consulta terapéutica. Este tipo de intervención estaría indicada en niños pequeños y después de hacer una valoración cuidadosa de la calidad del entorno inmediato del niño. Para él, la existencia de factores potentes y continuamente hostiles, constituye una contraindicación para la intervención terapéuti-

ca breve, y aunque muchas veces constata que la sintomatología de los niños refleja la enfermedad de uno o de ambos padres, centra la acción terapéutica directamente en el niño. Utiliza la técnica del garabato” y basa el efecto terapéutico en la confianza que inspira en el niño. La interpretación del inconsciente no es esencial en su enfoque, las entrevistas suelen estar espaciadas y su duración es variable.

Manzano y Palacio en Suiza han conceptualizado los tipos de intervenciones breves que se darían básicamente en un servicio público. Siguiendo su esquema, la indicación de intervención terapéutica breve, se daría en los casos en los que el niño y sus manifestaciones sintomáticas, desempeñan un papel en la economía psíquica de la madre, permitiéndole reencontrar un objeto perdido en el que el duelo es todavía conflictivo, proyectando sobre el hijo ese objeto al que de hecho viene a sustituir. Con el resultado de la ambivalencia que acompaña a todo duelo patológico. Las manifestaciones “patológicas” del niño representan los aspectos dañinos o persecutorios del objeto, pero también permiten la recuperación del vínculo libidinal con él. Hay un predominio de un vínculo libidinal que es lo que facilita la instauración de una pretransferencia positiva con el psiquiatra, lo que constituye la indicación para una intervención breve.

Habría una subforma clínica de esta dinámica típica, que sería cuando los padres adoptan frente al hijo una actitud contraria y reactiva, a la que han vivido por parte de sus propios padres con respecto a ellos. Se daría con tres problemáticas:

Cuando el padre se vuelve hipertolerante con su hijo como reacción a su propio padre que él ha vivido como colérico, intransigente y agresivo.

Trastornos de la alimentación en bebés, cuyas madres se han sentido privadas del interés y del afecto maternal e invaden a sus niños con conductas entrometidas, el rechazo en la alimentación lo convertiría en el blanco de los reproches con relación a su propia madre y

Cuando el padre mantiene una actitud contraria y de reacción frente a la de un padre vivido como alguien que abandona y rechaza. Se vuelve hipersolícito y crea en el niño trastornos del sueño pero también crisis de cólera y agresividad. Posteriormente el padre requeriría una psicoterapia a largo plazo para elaborar los intensos sentimientos depresivos subyacentes.

Habría también un tercer tipo de casos, en los que aunque de entrada haya una transferencia positiva, las características del niño no pueden ya considerarse esencialmente un síntoma de la madre, sino como un síntoma común a la madre y al niño. Lo que quiere decir que se establece una formación de compromiso que también desempeña un papel en la economía psíquica del niño. En estos casos a pesar de la desaparición de los síntomas después de una intervención breve, es necesario un tratamiento a más largo plazo de la madre o del niño.

Resumiendo la indicación de consulta terapéutica para dichos autores, sería la de una madre en situación de crisis con un duelo sin elaborar, con la que se da una pretransferencia positiva y el papel de la interpretación como factor de cambio.

En mi experiencia, las derivaciones a salud mental en los niños pequeños son situaciones simbióticas que se desarrollarían en una escala, desde la psicosis con una indiferenciación madre-hijo sin presencia de un tercero, hasta dificultades de separación leves. Suele tratarse de madres que no han podido hacer una separación exitosa de sus propias madres y que repiten con sus hijos su propia historia, el padre está ausente o ajeno a la situación, hay un sufrimiento muy importante en la relación madre-hijo, y el niño se siente atrapado y detenido en su desarrollo. Cuando se indaga en la historia evolutiva de los padres, rara vez aparecen datos que aporten luz a la situación, solo un funcionamiento inconsistente y negador. El tratamiento de esos casos que en general tienen buen pronóstico, es largo con una sesión semanal durante uno o dos años. Al principio las sesiones son conjuntas madre-hijo y posteriormente solo

con el niño. Mis intervenciones van dirigidas a crear un espacio transicional, facilitador, en el que poco a poco la madre va sintiéndose con derecho a ser madre, a poner normas, a incluir al padre. Hasta que no se dan una serie de cambios en la relación entre los dos en el espacio terapéutico, el niño no puede empezar a evolucionar y cuando lo hace es el momento de iniciar la psicoterapia individual, ya que al haberse modificado los comportamientos maternos, el niño puede establecer nuevos vínculos con la ayuda de la interpretación. Casi siempre la derivación se hace a través del pediatra que lo envía por diversos motivos, sin que haya una conciencia clara por su parte de lo grave que puede llegar a ser el cuadro.

Rara vez derivan para evaluación y tratamiento trastornos de alimentación en lactantes. Algún que otro cuadro regresivo debido a acontecimientos externos, como nacimiento de un hermano, separación de los padres, dificultad para aceptar normas, y baja tolerancia a la frustración. En realidad las indicaciones clásicas de psicoterapia psicoanalítica individual, difícilmente se da en la primera infancia, porque entre otros factores las neurosis mas o menos estructuradas no aparecen clínicamente hasta la latencia. En resumen en mi experiencia, las dificultades mayores en el tratamiento de niños pequeños estriba en que ni los padres ni el medio que los rodea, médicos de atención primaria, profesores de jardín de infancia o familiares cercanos no perciben la posible gravedad de la situación, por lo que los padres no piden ayuda hasta que la situación se hace insostenible, el cuadro clínico se ha cronificado y el tratamiento se hace muy difícil y con pronostico incierto, teniendo en cuenta la escasez de recursos en la Asistencia pública.

HISTORIA CLÍNICA

El paciente, un varón de tres años y siete meses, llega a la consulta derivado por el pediatra de atención primaria. La

madre había ido a consultar por otro motivo distinto, pero el niño cogió una rabieta tan impresionante en la consulta, que el pediatra lo derivó inmediatamente a salud mental, a la madre no se le hubiera ocurrido nunca consultar por ello.

Llegan puntualmente, la abuela materna, la madre y el niño. La madre explica el motivo de consulta y añade “pero el niño está bien, no le pasa nada”. Es una mujer grande con sobrepeso, bien arreglada, que no tiene manos suficientes para sujetar al niño mientras hablamos. La abuela colabora activamente, cazándolo al vuelo cuando salta cerca de ella.

La madre va hablando espontáneamente. “Si que está un poco enmadrado sabe usted, nunca quiere quedarse con nadie, llora todos los días al llegar al colegio, pero una vez que me voy se calla y la profesora dice que está bien integrado en la clase y juega con los otros niños”.

En este caos de entrevista con abuela y niño persiguiéndome a gritos por el despacho, sin que el niño preste ninguna atención a las ordenes de la madre, decido intervenir y ver las dificultades reales de separación del niño. Me dirijo a él y le propongo quedarnos solos, en ese momento se sube encima de la madre se agarra a ella con total desesperación y empieza a llorar con gritos desgarradores. Le digo que no se va a quedar a solas conmigo si no quiere, ¿quizá la próxima vez que venga que ya me conoce?.

Diez días más tarde volvemos a vernos, esta vez no acude la abuela, ¿Se habrá sentido la madre autorizada por mí a separarse de su propia madre?. Desde que se levantaron madre e hijo están con el hacha de guerra desenterrada, porque no le dejó beber en la taza del cole, tiró el desayuno, gritos, llantos, pataleta, y a cuenta de eso se pelearon ella y el marido y ella se puso fatal. El niño permanece sentado al lado de la madre y cogido de su mano, le pide el chupete, no se entiende lo que dice, no quiere quedarse conmigo, pero no corre ni grita, solo da patadas a la mesa. Hablamos del tema que trae la madre, que ya habíamos tocado brevemente en la

entrevista anterior, la relación con el marido que no quiere venir. “Porque cree que al niño no le pasa nada, y si le pasara que no es probable la culpa entera seria de la madre, o sea que para que va a venir ya que, el niño le obedece y con él se porta correctamente “. Parece haberse producido un efecto “dominó” y la madre también se separa del padre peleándose con él.

Como se puede imaginar a la entrevista en que cito a los padres acude la madre sola. El niño tiene un retraso evolutivo global, ansiedad de separación grave, retraso en la adquisición del lenguaje, bajísima tolerancia a la frustración, mal manejo de la agresión, hiperactividad, no ha alcanzado los hitos evolutivos que le corresponden por el desarrollo. Aunque físicamente se corresponde con su edad cronológica, psíquicamente está en un estado indiferenciado con respecto a la madre. En cuanto al desarrollo libidinal nunca ha alcanzado la fase que le corresponde por edad. Tiene un narcisismo dependiente de otros, no hay constancia objetal, esta exclusivamente centrado en sí mismo.

En cuanto a la historia de los padres, se casaron muy jóvenes, ella no quería tener hijos, lo tuvieron por que él se empeñó, hasta entonces dice la madre, todo bien en la pareja, “aunque a él no le gusta salir y a mi sí. Salimos por separado, yo voy los fines de semana con un grupo al que le gusta ir a bailar y el niño se queda con los abuelos”.

La historia familiar de los padres no aporta ningún dato de interés, la madre está en situación de crisis aunque no es ella la que pide ayuda, el padre no parece poder tolerar la competencia con su hijo y se muestra incapaz de hacer de tercero. Hay una relación pretransferencial positiva de la madre conmigo. Puede escuchar lo que le digo y se dan pequeños cambios en la relación con su hijo, ahora duerme solo y no está todo el día con el chupete en la boca, pero las rabietas siguen igual a poco que se le contradiga.

Estamos en la cuarta entrevista, y la madre dice que ha pasado bien la semana, cuando le sugiero que acerque la silla a la mesa, se pone a llorar, a pegar a la madre y a gritar, ¿por que deja que le pegue? Le digo a la madre que soporta los golpes sin defenderse y sin sujetar al niño, la madre entonces le contiene en mí presencia, pero el llanto no cesa, hay un silencio en la sala de espera que compartimos varios despachos sobrecogedor, no puedo soportar por más tiempo el llanto y adelanto el final de la sesión.

A partir de esta sesión el niño se puede quedar solo conmigo en el despacho, primero con la puerta abierta, después entrando y saliendo varias veces para ver a la madre. Parece que se mantienen los límites en casa. ¿Pero están consolidados los pequeños cambios adquiridos?.

En este punto me planteo que hacer, el caso claramente no reúne las características de una intervención terapéutica breve. El niño no representa una relación libidinal positiva debido a un duelo sin resolver de los padres, sino que parece representar la evacuación de un objeto o parte de él, una proyección interna de la madre. Con el padre no se puede contar para que haga de tercero y tampoco hay una relación de pareja satisfactoria. El nivel intelectual de la madre es bajo y su disponibilidad psíquica para iniciar un tratamiento de psicoterapia de ella o del niño parece inviable por el momento.

Parece que este caso estaría entre los del tercer tipo descrito anteriormente, en los que hay una transferencia positiva pero el niño no puede considerarse un síntoma de la madre sino común a ambos, lo que aunque lleve a la desaparición de los síntomas en un plazo breve, sería necesario un tratamiento más a largo plazo de la madre o del niño.

Desde la primera entrevista de evaluación en Octubre del 97, nos hemos visto quince veces. Los padres se han separado, parece ser que el padre estaba ya con otra mujer desde la primera vez que vinieron, aunque la madre no lo sabía, la madre se ha puesto a trabajar y mantiene su propia casa,

resistiéndose a la tentación de ir a vivir con sus propios padres, la mejoría sintomática del niño se mantiene pero no avanza como debiera. La disponibilidad de la madre para traerle es mucho menor y a veces le acompaña la abuela. ¿Cuánto tiempo más le veré en forma de entrevistas terapéuticas?. Yo pensé cuando empecé a verlos que era un caso perdido, más tarde como muchas veces sucede en la asistencia pública si se crea el espacio transicional facilitador hay una evolución, pero en este momento para iniciar un verdadero tratamiento de psicoterapia haría falta una demanda, que no se da ni por parte de la madre ni del niño. La partida de ajedrez está detenida, y para poder seguir jugándola sería necesario algún cambio. ¿Espero a que se produzca sin modificar nada, Le doy el alta y espero a que en el futuro se produzca la demanda?.