

EVOLUCIÓN DE UN NIÑO CON TRASTORNO MENTAL SEVERO EN EL MARCO DE UN HOSPITAL DE DÍA*

Genoveva Bustillo Gálvez**

1. CONCEPTO DE HOSPITAL DE DÍA PSIQUIÁTRICO INFANTIL

El Hospital de Día psiquiátrico es un tipo de tratamiento utilizado fundamentalmente en las patologías mentales graves. Se basa en los principios de la terapia institucional por la que se intenta tener un efecto terapéutico sobre la evolución de los pacientes a través de la acción de un equipo y de las relaciones que éste permite ofrecer. Además es distintivo de este tipo de tratamiento su aplicación a tiempo parcial, lo que permite un tratamiento intensivo sin desligar al paciente de su medio.

El paciente se integra en un grupo de trabajo y en una colectividad de actividades regladas a lo largo de la jornada volviendo después a su entorno. En el caso de los niños, esto facilitará que sigan en contacto con sus familias, implicándolas directamente en el proceso terapéutico del niño.

En cuanto a su historia, los Hospitales de Día psiquiátricos surgen como una alternativa asistencial a la hospitalización a tiempo completo; como una respuesta de las últimas décadas a la distinta orientación del tratamiento del paciente psiquiátrico y a la diferente actitud de la sociedad hacia este tipo de patología.

* Comunicación aceptada en el XXI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (SEYPNA) que bajo el título "Períodos de transición en el desarrollo e intervenciones psicoterapéuticas" tuvo lugar en Almagro del 17 al 18 de octubre de 2008, aprobada para su publicación en la revista de S.E.P.Y.P.N.A. "Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente".

** Psicóloga Clínica. Hospital de Día de Leganés. (COGESIN).
E-mail: genoveva.bustillo@gmail.com

Alcamí (1992) distingue desde una perspectiva histórica varios tipos de hospitalizaciones parciales:

1. Dirigidas a pacientes que han salido de hospitales psiquiátricos y que algunos denominan Centros de Día y que están orientados fundamentalmente hacia pacientes crónicos, frecuentemente esquizofrénicos, en proceso de desinstitucionalización; proceso de salida que va a necesitar durante una serie de meses o años, un tratamiento de apoyo que les permita aprender a reintegrarse a la sociedad en la que durante mucho tiempo dejaron de ser sujetos activos.
2. Hospitales de Día centrados en tratamientos monográficos con duración de bastantes meses, incluso de varios años, para entidades nosológicas concretas, como pueda ser el caso de los Hospitales de Día para niños autistas o de Hospitales de Día para dementes o de otro tipo de patologías concretas como pueda ser el alcoholismo.
3. Hospitales de Día subsidiarios de atender patología aguda en periodos de hasta tres meses de duración, algunos los ubican como alternativa a la hospitalización en los hospitales agudos y en ellos se reproduce prácticamente de forma fidedigna todas las estructuras de un hospital general con la diferencia de que no hay camas y el paciente duerme en casa y se va a aplicar el tratamiento estándar que se realiza en la unidad de agudos de un hospital general.

2. ELEMENTOS TERAPÉUTICOS DEL TRATAMIENTO EN HOSPITAL DE DÍA PSIQUIÁTRICO

En primer lugar hay que señalar que en todos los Hospitales de Día (HdD) se trabaja a través de la creación de un “ambiente terapéutico”. Este ambiente terapéutico dependiendo del Hospital de Día concreto, combinará unos u otros tipos de actividad: Vaughan (1983) describe la combinación de tareas escolares con terapia ocupacional y música; Woollacot (1978) y Beitchman (1981) describen la utilización conjunta de

actividades escolares y juego; Rogers y Lewis (1989) señalan que sus intervenciones se centran en el trabajo sobre las experiencias afectivas, el empleo del juego y terapia del lenguaje.

Por otro lado, el ideario subyacente a los Hospitales de Día generalmente reconoce y valora el papel jugado por la familia y el ambiente en la etiología y mantenimiento de las alteraciones psicopatológicas. Por este motivo existen muchos supuestos básicos que subyacen en la mayoría de los programas de día y que originan la similitud de sus componentes a pesar de seguir diferentes orientaciones teóricas. En este sentido intentan que su intervención alcance de manera global a todos los aspectos de la vida del niño.

De manera general los elementos terapéuticos compartidos por los programas de día infantiles serían:

1. El “ambiente terapéutico”. Entendemos por ello la existencia de un ambiente estructurado que aporta una variedad de relaciones humanas, interacciones emocionales satisfactorias, oportunidades para nuevos aprendizajes y experiencia, manejo de situaciones nuevas y el desarrollo de competencias sociales y personales. Dicho ambiente terapéutico no sólo actúa sobre el niño, sino que de alguna forma tendrá también su repercusión en la unidad familiar.
2. El abordaje de las características psicopatológicas concretas del paciente que, dentro de cada entidad nosológica constituyen cortejos sintomáticos más prioritarios de intervención. Dependiendo de la orientación teórica del centro este abordaje irá encaminado hacia la aplicación de técnicas psicoterapéuticas, de biofeedback, conductuales, farmacológicas.
3. La rehabilitación de funciones que debido al trastorno emocional que presenta el niño se han visto bloqueadas para su desarrollo. No debemos olvidar nunca el momento crucial de crecimiento y desarrollo en el que se encuentra el paciente en Psiquiatría Infantil y la repercusión que en el futuro puede tener la no consecución de las adquisiciones propias de su edad. Es el trabajo concreto sobre el área motriz, el lenguaje, la

adquisición de la capacidad simbólica el que ayuda específicamente al desarrollo de capacidades que se vieron detenidas por la irrupción del trastorno emocional y que a veces requieren un abordaje específico independientemente de la mejoría emocional.

4. El trabajo concreto con la unidad familiar del paciente. Dicho abordaje familiar se realizará de una u otra forma en función de la orientación teórica del centro concreto.

3. EL HOSPITAL DE DÍA DE LEGANÉS

Pasaré ahora a describir el dispositivo de tratamiento en el que ha tenido lugar la evolución del niño que me planteo describir para continuar luego con la descripción misma del caso.

El Hospital de Día (HdD)-Centro Educativo Terapéutico (CET) de Leganés pertenece a la red de HdD-CET de la Comunidad de Madrid, en la que existe un diseño conjunto entre la consejería de Sanidad y la de Educación que busca integrar los aspectos educativos pertinentes al currículo del niño durante la jornada del HdD.

Concretamente, la sección de infantil atiende a 15 niños entre 6 y 11 años de edad. Los niños acuden desde las nueve de la mañana hasta las tres de la tarde y alternan en su itinerario el programa de tratamiento ofrecido por el equipo terapéutico del HdD con dos horas diarias de clases impartidas por maestros.

El equipo terapéutico de esta sección está formado por una psiquiatra, una psicóloga clínica, una psicóloga psicoterapeuta y un pedagogo a tiempo completo y dos psicopedagogas, un pedagogo y un psicomotricista a tiempo parcial. Una enfermera realiza intervenciones puntuales en cuidados de salud.

Las graves patologías que presentan los pacientes nos han llevado a diseñar un modelo de trabajo que fomente que el niño establezca una relación privilegiada con un terapeuta. Con este objetivo los pacientes están divididos en tres grupos en función de la edad y nivel cognitivo y las dos psicólogas y el

pedagogo hacen las funciones de terapeuta referente en cada grupo.

Los niños son recibidos en grupo por su terapeuta referente y se van integrando en las distintas actividades que se les ofrece ese día. En nuestro HdD se realizan psicomotricidad, taller de noticias, taller creativo, taller deportivo, actividades psicopedagógicas y actividades de sala.

Como en todos los HdD, además de las actividades terapéuticas, se realizan varias actividades cotidianas como el recibimiento, la despedida, el desayuno, aseo, comida o la toma de medicación que forman parte del intento del equipo por ofrecer un cuidado integrado y global al niño.

Mientras los otros terapeutas realizan actividades directivas y estructuradas con los niños, el terapeuta referente se encarga de acompañar al grupo en los momentos más cotidianos y de cuidados. El terapeuta referente también trabaja en sala en actividades centradas en recoger los aspectos emocionales del grupo y además desempeña una importante función de contención y sostén en el aquí y ahora de los conflictos surgidos en las situaciones grupales, con los pares y con otros terapeutas.

También se realiza un grupo de padres semanal en el que se pretende realizar un trabajo específico con los padres, abordando los aspectos emocionales de la crianza de sus hijos. Además, el contacto diario ofrece un modelo de funcionamiento en relación a la patología que presenta el niño, convirtiéndose en un lugar de aprendizaje de nuevas pautas de interacción.

En todos nuestros pacientes, sea cual sea el diagnóstico que cumplen, es necesario crear y enfrentarles a patrones nuevos y diferentes de relación. Nos planteamos ser una zona intermedia entre el niño y el mundo exterior con todo el valor de un espacio transicional de Winnicott (1951): zona neutral de experiencia que no será atacada; zona de ilusión, en la que transitarán los objetos y fenómenos transicionales y que permitirá el surgimiento del juego y del lenguaje.

Se busca crear un ambiente terapéutico, un clima en el cual los pacientes puedan establecer nuevos vínculos a través del cual se pueda producir la experiencia emocional correctora

que supone la convivencia con los diferentes terapeutas y niños.

Por un lado, la relación con el terapeuta referente proporcionará al niño una estabilidad afectiva que favorecerá el proceso de diferenciación e individuación; por otro el grupo de niños representa una amplia oferta de distintos matices relacionales aumentando la posibilidad de conexión entre ellos y fomentando por tanto las posibilidades de funcionar como un objeto diferenciado.

4. GONZALO Y SU DIFICULTAD DE SER

Como forma de mostrar el proceso, presento el caso de un niño con características autísticas al que podemos seguir en el camino de relaciones que ha ido estableciendo y desarrollando a lo largo del tiempo que lleva con nosotros.

4.1. Evaluación y diagnóstico

Se trata de un paciente de 9 años de edad incorporado a tratamiento en Hospital de Día hace nueve meses. Había sido derivado a tratamiento desde el SSM de Zona al considerarse que precisaba de tratamiento intensivo e integral. Presentaba “episodios de angustia, rabietas y *oposicionismo*; no establecía relaciones afectivas con iguales y estaba bloqueado en los aprendizajes”.

En cuanto a su historia evolutiva, podemos señalar un embarazo y parto normal. Hubo mayor control ecográfico por epilepsia materna. Se mantuvo la lactancia materna hasta los seis meses y hubo un buen crecimiento ponderoestatural. Aceptó bien los cambios de alimentación, pero le costó el destete. Los padres insisten en la normalidad de su desarrollo durante las primeras etapas: adquisición de hitos motrices; ansiedad ante extraños pero sin signos de ansiedad de separación excesiva; llorón sin irritabilidad. Primeras palabras a los 10 meses.

Aunque los padres insisten en que no hubo problemas en sus patrones de interacción hay que destacar que precisó de tratamiento específico en un centro de estimulación cuando al

ser escolarizado a los tres años se hicieron evidentes sus dificultades (escasa intención comunicativa; dificultades de comprensión verbal; poca fluidez verbal y descontextualización del lenguaje; movimientos estereotipados; tenso e inseguro y sin relación con los iguales). Fue tratado en dicho centro hasta los 6 años. Allí le diagnostican de retraso del desarrollo y disfasia semántico-pragmática. Su hermana mayor (13 años actualmente, 4 años mayor que él) también fue atendida durante un tiempo en ese centro y había recibido el diagnóstico de trastorno del vínculo.

Ha tenido muchas dificultades en el dormir; interrupciones del sueño y necesidad de la presencia de un adulto para conciliación. Control de esfínteres diurno a los dos años y nocturno a los tres.

Al inicio de escolarización a los tres años tuvo muchas dificultades de adaptación debido probablemente al enfrentamiento al nuevo entorno sin la protección materna. Según los padres su rendimiento escolar era bueno aunque era un niño poco comunicativo. En el segundo curso se hacen evidentes sus dificultades. Según los padres, porque su tutora estuvo de baja y ello implicó numerosos cambios de profesor. Estaba aislado, no se comportaba mal pero tenía un gran control omnipotente y oposicionismo.

A los 5 años, en 3.º de Educación Infantil el informe del EOEP describía: Dificultades para mantener la mirada, tenía escasa gestualidad y expresión de emociones, evitaba el contacto físico. Gonzalo tenía una pobre intención comunicativa, poca fluidez y un uso descontextualizado del lenguaje, hablaba en tercera persona y tardaba en reconocerse en un espejo, utilizaba un volumen de voz bajo y consideraban que existían dificultades en el aspecto pragmático del lenguaje. La motricidad fina y gruesa era buena. Describían dificultades en el proceso sensorial auditivo y desajuste atencional. Presentaba movimientos estereotipados. Se mostraba tenso e inseguro en general y, sobre todo, frente a situaciones nuevas, en las cuales buscaba la figura materna y reaccionaba con ansiedad expresada a través de tensión, rabietas y llanto. Aunque podía ser autónomo, no tenía iniciativa.

Ante la persistencia de las dificultades, fue derivado a una evaluación psiquiátrica. Presentaba en aquella época grandes dificultades en la interacción así como frecuentes rabietas y control omnipotente. En la evaluación se destacaba una actitud tensa o pasiva y desafiante en ocasiones, junto a la utilización de jerga o frases/palabras descontextualizadas. Tenía un escaso contacto ocular y una gestualidad muy singular. No interactuaba con niños por lo que su desempeño fue mejor en la exploración individual que grupal aunque con una considerable falta de atención. Escaso juego simbólico, su acercamiento a los objetos-juguetes se redujo a una pura manipulación de materiales. Aunque presentaba grandes dificultades en la interacción y la comunicación, se descartó que su trastorno correspondiera a un TGD. Se señaló la existencia de un yo frágil con escasa diferenciación.

Se recomendó la realización de un tratamiento intensivo en HdD, pero la familia optó por recursos de tipo educativo que se mantuvieron hasta que los mismos recursos educativos recomendaron 3 años más tarde nuevamente la valoración y tratamiento en recursos de Salud Mental.

En el momento de consultar en nuestro Centro, Gonzalo estaba estancado en aprendizajes y conductas. Seguía sin mantener conversaciones (en ocasiones utilizaba ecolalias o inversión pronominal), era un comedor selectivo, y continuaban sus dificultades frente a cambios o nuevos entornos. Antes reaccionaba con rabietas ahora con bloqueos (*"Mamá, mi cabeza ya no puede más"*). Era capaz de estar con otros niños, los reclamaba, pero apenas participaba en los juegos. Normalmente se mostraba dócil y colaborador, aunque por momentos se mostraba impulsivo. Al ser molestado presentaba rabietas con frases punitivas estereotipadas.

En la evaluación realizada en nuestra Unidad pudimos constatar la existencia de una precaria estructuración yoica. Se observaron dificultades en la resolución del proceso de individuación-separación evidenciado por la escasa diferenciación entre la representación del sí mismo y del objeto y la existencia de un self desvalorizado y vulnerable. Los mecanismos de defensa utilizados son la disociación y fragmentación, "viven-

cias de desintegración” y el aislamiento y desconexión. Existía una regular diferenciación mundo interno-externo, no permitiendo una adecuada percepción de la realidad y de sus estados internos y emociones. Predominaba la vivencia persecutoria del mundo externo. A nivel afectivo existía labilidad y desligamiento afectivo, creemos que defensivos por su alto nivel de angustia y sentimientos de vacío. Con respecto a la hipótesis diagnóstica pensamos que presenta un trastorno afectivo con rasgos psicóticos.

Los objetivos de su tratamiento se centraron en el desarrollo de una adecuada estructuración yoica.

4.2. Evolución del caso

Al inicio se le integró en un grupo de niños un poco mayores. Éste se caracterizaba por la impulsividad. En este contexto hay que señalar un enorme aislamiento, casi no interaccionaba con los otros niños. Solo era adecuado en el “mantener las formas”, es decir, estar sentado y atento a la tarea. La tarea que él suponía que haría bien la llevaba a cabo diligentemente y muy “obediente”. Cuando la cosa transcendía sus capacidades, tanto de simbolización como de interacción con los otros, se hacía el dormido, “tengo sueño”, y se desconectaba. En las actividades en que el trabajo era decididamente en equipo y no se le permitía trabajar en individual se evadía hasta el punto de físicamente levantarse y alejarse (fundamentalmente en los juegos deportivos). Decidimos en ese punto dejarle y no forzarle a integrarse a las actividades, lo que con el tiempo contribuyó positivamente a que Gonzalo fuera incorporándose a su ritmo pero también contribuyó a señalarle como mucho más diferente, comparado con el resto del grupo. La actitud de los demás basculaba entre la sobreprotección y la provocación directa, por ejemplo molestarle o reírse de él como depositario de la envidia al “nene de mamá”. Lo cierto es que no consigo recordar momentos en que le trataran como a un igual en ningún sentido.

Aunque los trastornos de conducta del resto del grupo se llevaban gran parte de mi atención, y en muchas ocasiones, me veía impedida para atender las necesidades de Gonzalo,

muy pronto el niño empezó a buscar el contacto físico conmigo en una actitud de queja y búsqueda de consuelo. Al poco tiempo también recurría al resto de los terapeutas fundamentalmente para mostrarnos cosas de su interés.

Más tarde llega el momento de las vacaciones de verano. Cada niño toma vacaciones por su cuenta y el resultado es que en general no se conserva el grupo como tal todo el tiempo este periodo destaca por la exclusividad de la que Gonzalo puede disfrutar en la relación conmigo. Esta época de transición durante el verano supone un punto de inflexión en el que la apertura del niño que se iba dando pero muy lentamente empieza a ser evidente.

En septiembre, y debido a los cambios generados por la entrada de nuevos pacientes en el centro, el grupo de Gonzalo cambió y se incorporó con niños menores: Jhonatan, de 7 años, y Ángela, de 8. Ambos con trastorno del vínculo y con un nivel de adquisiciones muy bajo. El nivel cognitivo de Gonzalo le permitía un nivel escolar mayor que sus compañeros, sin embargo desde el primer momento se pudo constatar que este desfase parecía adecuarse mejor a su estructura, así que el niño en general, se desenvolvía bien. Además decidí diseñar tareas en las que se exigiera menos grado de interacción entre los niños con el fin de favorecer un espacio de mayor tolerancia en el que poder integrarse. Desde que se abrió este grupo Gonzalo se está pudiendo beneficiar de estar en un grupo donde uno podría hacerse la ilusión de que es uno más. E incluso en muchos momentos “brillar” como el que “puede” más.

Para intentar describir la evolución de Gonzalo en el Hospital de día, he elegido dos aspectos de su conducta. Intentaré describir la evolución de cada uno de ellos. El primero es el juego y el segundo la expresión de la hostilidad.

4.2.1. La evolución del juego

En primer lugar he elegido escenas de juego. La mayor parte de las descripciones están centradas en dos momentos desestructurados, el recreo y el tiempo de descanso tras la comida. En los recreos están todos los niños y los terapeutas

en el patio y en los tiempos de descanso después de comer, están sólo los niños de su grupo con el referente en su sala.

Cuando Gonzalo entró en HdD prácticamente no jugaba. El juego consistía en armar construcciones (más apilarlas que armarlas) y en individual. No intentaba jugar ni con los otros niños, ni con los adultos:

- En el patio solía dar patadones a la pelota. En apariencia los balonazos no tenían destino (si bien es verdad que nunca acertó a ninguna persona). Era un juego más al servicio de la descarga pulsional. No era capaz de modular el tiro para pasar la pelota a un compañero, ni siquiera cuando se le veía cierto interés por cumplir la premisa que le daba el adulto.
- En el descanso después de comer era capaz de seguir algún juego cuando un adulto estructuraba mucho la tarea y además le ofrecía apoyo constante (por ejemplo jugar a las cartas). En los lapsos en que la actividad de los demás se centraba en juegos más de competición y “pelea”, se desentendía y aislaba.

Poco a poco llegó una época en que sí que buscaba la interacción con algunos de sus compañeros:

- En el patio, empezó a solicitar atención de cualquier terapeuta para mostrar o contar sus excavaciones en la arena del patio (que tenían habitualmente la intención de buscar un tesoro).
- Después de comer intentamos instaurar un descanso dedicado a la lectura. Cuando los otros niños cogían cuentos para leer, Gonzalo les buscaba para mostrarles algo como por ejemplo un animal en un libro o un avión en un catálogo (tenía cierta preferencia por un niño pero no en exclusiva).

Estas conductas se fueron ampliando, también empezó a buscar a otros niños para mostrarles el resultado de sus excavaciones o sus proezas acrobáticas (dónde destaca mucho).

Pero quisiera pasar a centrarme en la evolución en el juego que se ha producido fundamentalmente después de verano, cuando es integrado en un nuevo grupo.

Al poco de comenzar en este grupo estábamos en una actividad de juego reglado en la que les propuse jugar al escondite inglés en la sala:

“El Mago Gonzalo”

Tanto Jhonatan como Ángela seguían las reglas sin problema. Gonzalo comenzó por imitar al niño que jugaba para intentar llegar a la meta. Gonzalo se iba fijando y se paraba cuando el otro se paraba. A estas alturas no entendía la regla o el para qué, pero evidentemente estaba interesado en jugar con ellos (como un niño de 2 años con un grupo de mayores). Le llegó el turno de contar a él. Me impresionó la cara de goce cuando se giraba de repente, extendía una mano al frente con ademán de mago que detiene el tiempo y ¡Zas! Mágicamente sus compañeros se paraban. Él no llegaba a más, no entendió que tenía que pillar a sus compañeros en “falta” de manera que en seguida alguno llegó a la meta y se acabó su tiempo de gloria.

A lo largo de estos meses, el propio grupo fue eligiendo y conformando un tiempo de descanso en el que a menudo sacan una colchoneta y juegan en ella. Lo han llamado “jugar a la colchoneta.” Siempre es por petición del grupo y para rellenar ese espacio que hay entre que terminan la comida y comienza la siguiente actividad. Mi actitud siempre es muy poco directiva, aunque a veces les tengo que parar para mediar en una discusión y cuidar de que no se hagan daño. Suele durar unos 10 o 15 minutos.

“¿Jugamos a los escondites?”

De nuevo es el tiempo en que acaban de comer y hay un pequeño descanso antes de la siguiente actividad. Gonzalo le pregunta a Jhonatan “¿Jugamos a los escondites?”. Comienzan y Jhonatan pide ser él el que se esconde, y dispone que Gonzalo sea el que cuente. Es evidente que Gonzalo no entiende bien la regla. En realidad lo que le gusta, es que le permite crearse la ilusión de que él maneja la situación y cuando él cuenta mirando hacia la pared, mágicamente Jhonatan desaparece... Indefectiblemente el escondite siempre es el mismo (debajo de la colchoneta). Gonzalo se gira y levanta la colchoneta pero como de una

vez, no levanta una esquinita para “pillar” al escondido, la levanta de un tirón para ver “aparecer” a Jhonatan. (Como el niño que juega al cucu-tras). Ahora le toca el turno a Gonzalo. Gonzalo también entiende que se tiene que esconder. Por supuesto se esconde debajo de la colchoneta y disfruta mucho cuando Jhonatan, que sabe el escondite de memoria, levanta rápido la colchoneta y sale corriendo para dar “por Gonzalo”. Gonzalo no llega a esta parte del juego, porque ni le interesa. Solo quiere que le vuelva a tocar contar a él.

Estos son momentos en los que se evidencia que Gonzalo entra en contacto (todavía a su modo) con los otros. Creo que gracias a que los niños y la situación se presta, de alguna manera, a que se pueda llevar a cabo esta suerte de juego en paralelo entre los dos. El juego de la colchoneta cobra más presencia en los momentos de evasión del grupo. Entre los dos varones se va coformando una relación cada vez más ¿auténtica?, dejando a Ángela un poco al margen (también por desinterés de la niña en estos juegos, que aprovecha el momento para tener una relación más de exclusividad conmigo).

Otro modelo de juego con la colchoneta es jugar a hacer acrobacias en ella. Gonzalo es particularmente hábil, sin embargo Jhonatan es especialmente patoso.

“Saltos y volteretas”

De nuevo Gonzalo se dedica fundamentalmente a hacer sus acrobacias pero sin otra satisfacción que el mero desarrollo de las mismas, quiero decir que no creo que pueda llegar a comprender que lo hace mucho mejor que el otro, aunque algo sí que le mira, lo suficiente para establecer algún tipo de turnos. Luego Jhonatan hace su acrobacia que suele ser una patata, intenta seguir el patrón de Gonzalo y remedarle pero lo hace fatal. Sin embargo como Gonzalo no hace aspaviento alguno, Jhonatan lo toma como una aprobación en cierto sentido, y sigue jugando satisfecho (esto ha permitido que Jhonatan vaya perdiendo mucho miedo y haya mejorado considerablemente su habilidad motora gruesa gracias simplemente a la posibilidad

de este entrenamiento “en ambiente protegido” que Gonzalo le aporta). En cualquier caso, Gonzalo parece disfrutar de hacer este juego mejor con Jhonatan que solo, e incluso algunas veces intenta ayudarle cuando Jhonatan le pide consejo. Eso sí, lo hace como un pesado deber que cumplir para poder seguir jugando con Jhonatan.

En este sentido, me da la impresión de que conforme va aumentando el contacto del niño con los demás se va produciendo un aumento importante de la excitación. Es como si se abriera una puerta y se hubiera abierto la caja de los vientos de Pandora. La preocupación es cómo encauzar adecuadamente esta excitación que este niño no podrá gestionar.

“Jugando a enrollarse dentro de la colchoneta”.

Hace mucho tiempo que uno de los juegos es enrollarse dentro de la colchoneta. Este “gesto” lo inició Gonzalo y Jhonatan empezó a imitarle sólo por el afán de jugar con él. Así el juego consiste en que “por turnos” uno se enrolla y luego el otro. A partir de este esquema básico, Jhonatan intenta apropiarse y enrollarse más veces que Gonzalo o provoca a Gonzalo en alguna manera. Por otro lado, a Gonzalo le satisface estar dentro, siempre con la cabeza fuera y pedirme que le mire. Usa las palabras prestadas por los terapeutas para nombrarse: “Soy un capullo de seda, soy una croqueta”... Después le deja el turno a Jhonatan.

Estaban jugando por turnos pero ahora cuando Jhonatan está enrollado, cabeza incluida, Gonzalo aprovecha para darle besitos a la colchoneta desde fuera, Jhonatan no se da cuenta. Después de esto, él se mete en la croqueta y me pide que le salve (yo estoy mirándoles).

A partir de aquí se producen una suerte de desencuentros entre Jhonatan y Gonzalo. Jhonatan intenta seguir siendo la pareja de juegos de Gonzalo mientras que Gonzalo se enfada porque él lo que quiere es que sea yo la que le atienda y mire.

Gonzalo va entrando en juegos más claramente competitivos y realizará más de una actuación con el objetivo de conseguir mi atención o en otras ocasiones los favores de la niña

con la cual también jugará en ocasiones a “novios”. Son datos que dan muestra del intento de triangulación que el niño está realizando. Esta situación le produce un aumento importante de la excitación, que hay que contener incluso farmacológicamente.

4.2.2. La evolución de la hostilidad

Quisiera ahora pasar a describir la evolución de la expresión de la hostilidad en Gonzalo.

Al ingreso en HdD Gonzalo no era capaz de llegar a pegar a los otros niños; por otro lado, era muy sensible al contacto físico y lo tomaba como una molestia.

Si le daban con una pelota o algo así, la reacción era muy exagerada. Se tiraba al suelo con aspavientos y maneras mecánicas muy caricaturescas, que recordaban a algún dibujo animado. Gritaba: “Me han matado el brazo”.

En los primeros meses los enfados de Gonzalo eran poco frecuentes, lo que estaba más presente eran las conductas de aislamiento: el “tengo sueño” y hacerse el dormido. O bien también se enfadaba cuando no le salía un dibujo. Había un extraño perfeccionismo en el representar algo que él tenía en la cabeza, o en copiar un dibujo de un cuento. A veces pedía a alguien que le hiciera ese dibujo que no le salía y no siempre estaba contento con el resultado.

Tras el verano, y al comienzo de la integración en el nuevo grupo, el niño parecía estar preparado para abrirse un poco más. Desde el principio era notorio las escasas veces en que Gonzalo se desconectaba y se hacía el cansado (la tarea disminuyó drásticamente de nivel y él podía acceder con más facilidad). Fueron unas semanas muy centradas en las crisis de Jhonatan, y posteriormente de Ángela. Cuando yo sacaba a Jhonatan de la sala autoagredándose y dando patadas o tenía que pararle físicamente, él solía gritar con cierta angustia pidiéndome que no castigara a Jhonatan. Más tarde empezó a mostrarse enfadado ¿conmigo?

Fue una época en que empecé a ponerle algún límite porque en la relación con Jhonatan había que poner paz. Él solía decir: “pues me castigo” y se iba fuera y luego se

ponía a llorar desconsoladamente porque “mamá se va a enfadar”. Mi intervención era unas veces de dejarle hasta que él se integraba espontáneamente, lo que solía ocurrir a los pocos segundos. A veces salía al pasillo con él e intentaba hacerle llegar a la idea de que su mamá no estaba allí con nosotros, la que estaba era yo y el que estaba enfadado era él. (Nunca estuve segura de que alguna de estas palabras le llegara a algún sitio).

Luego aparecieron momentos francamente opositoristas.

Decía que no quería hacer la tarea, incluso llegaba a romper el papel muy teatralmente y lo tiraba a la papelera y se sentaba en otra mesa cruzado de brazos. En esta época y ante estas conductas yo le dejaba oponerse, pero le “castigaba” si la expresión de la hostilidad era muy exagerada. El castigo no era otra cosa que estar apartado en la silla aproximadamente 15 segundos (no aguantaba más). Pero no le obligaba a hacer aquella tarea que él no quería (podía) hacer y sin embargo a menudo salía de la sala con la cantinela de “mamá se va a enfadar y no querrá estar conmigo...” (o algo así).

Intentaba andar el camino de la diferenciación pero dada su estructura, ésta arrastraba su confusión interna. No tendrá más remedio que andar algunas veces más este momento en el proceso de individuación.

Esta época dejó paso a una relación con apariencia de competición con Jhonatan.

La cosa comenzó, yo creo, por conseguir “los favores” de Ángela. En realidad la escena se circunscribía a ser el elegido para sentarse al lado de la niña (cosa que ella manejaba con gran destreza). Estas escenas iban generalizándose a otras situaciones en las que Gonzalo realmente trataba de adelantarse a Jhonatan y conseguir antes que él algo que por experiencia todo el grupo ya sabía que Jhonatan iba a pedir (la tarea es fácil, porque Jhonatan quiere ser el primero y único en todo). Competir por ser el primero en entrar en HdD, competir por ser el primero en entrar en psicomotricidad, ser el que se encargaba de alguna tarea de la sala: “¿Quién me ayuda a...?”. “¡Yo!”.

Me da la impresión de que el niño deseara quitarle a Jhonatan ese fantaseado lugar principal. Es más, recientemente Gonzalo expresaba abiertamente su temor a que Jhonatan “le quitara lo que era suyo”. De hecho explota con mucha facilidad intentando “defender-se”. Podían ser los primeros atisbos de un mecanismo paranoide al servicio de un intento de estructuración del niño.

Entraba en HdD con unos billetes de juguete que traía para la clase de la profesora. Solo las traía él. Jhonatan entraba pidiéndole que se las enseñara como hace siempre con cualquier niño que tiene algo diferente. Para ello hacía además de cogerle la mochila mientras Gonzalo la estaba colgando en la percha. Gonzalo gritaba. “No me las vas a quitar”... “son mías”

El otro día repartí unas tarjetas que había que emparejar. Todos teníamos las tarjetas boca arriba para que sirviera de muestra. El mecanismo de pedir a otro compañero la carta que te falta no terminó de entenderlo Gonzalo. Lo que él tenía en cuenta (creo yo) era quién tenía mas tarjetas. Entonces Jhonatan tocó una de sus tarjetas y la giró para verla mejor, Gonzalo saltó a defenderla y le gritó que quería quitársela.

No solo su conducta, sino su capacidad de pensamiento, está cambiando. Ensayo mentiras.

Por ejemplo cuando me dice: “Geno, ya me lo he comido todo”. Yo, muy teatralmente, miro en su plato y compruebo que es mentira. Le digo que es un gamberrillo que quiere engañarme y él disfruta mucho de comprobar que “yo no sé todo lo que él tiene en su cabeza”.

4. CONCLUSIONES

El trabajo en HdD con un niño de las características de Gonzalo pasa por una labor de “maternaje” desempeñada por uno de los terapeutas. Esta labor ya había sido intentada por su madre, mujer dedicada a envolver con cuidados y proteger a este niño que, en su percepción, no podía funcionar en el mundo. En ese modelo la diferenciación con el cuidador no había podido establecerse. Las especiales dificultades de

Gonzalo han invadido a todo el entorno, de esta manera no pudieron propiciarse los movimientos de individuación. En el espacio de HdD la angustia proyectada en el terapeuta es compartida con el resto de miembros del equipo, permitiendo que éste no quede bloqueado e invadido por la psicosis de Gonzalo.

El grupo de iguales se convierte en un sin fin de opciones de relación disponibles a usar por el niño, sin que tenga que protegerse defensivamente con patrones tan rígidos como los que utilizaba previamente.

La principal ventaja de un centro de este tipo es el amplio abanico de posibilidades relacionales, donde el niño elegirá y ensayará relaciones novedosas que le ofrecen fórmulas de interacción más tolerables para su estructura psíquica.

BIBLIOGRAFÍA

- ALCAMÍ M. *Eficacia del Hospital de Día psiquiátrico infantil*. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid. Madrid, 1992.
- BEITCHMAN J. H., MURRAY C. Y MINTY G. *A survey of referral problems to a psychiatric preschool program: patient characteristics and therapeutic considerations*. Can. J. Psychiatry 1981, 26, 5: 323-328.
- BLEICHMAR, S. *La fundación de lo inconciente*. Amorrortu. 1993.
- KANNER L. *Autistic disturbances of affective contact*. Nerv. Child. 1943, 2: 217-250.
- KLEIN, M. (1932): *El psicoanálisis de niños*. Obras completas, tomo 2. Paidós
- KLEIN M. *La importancia de la formación de símbolos en el desarrollo del yo*. Obras completas, tomo 1. Paidós
- MAHLER M. *On childhood psychosis and schizophrenia: autistic and symbiotic infantile psychosis*. Psychoanal. Study Child. 1952, 1: 286-305.
- MAHLER M. Et al. *The psychological birth of the infant*. New York: Basic Books. 1965.
- MANZANO J. y PALACIO-ESPASA F. (1993): *La acción terapéutica de los centros de día. Las terapias en psiquiatría infantil y en psicopedagogía*. Paidós.
- PERAL, M. *Hacia un aclasificación de los trastornos emocionales severos de la primera infancia*. Jornadas Internacionales de Avances en Psicología y Psiquiatría Infantil
- ROGERS S. y LEWIS H. *An effective day treatment model for young children with pervasive developmental disorders*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 1989, 28 (2): 207-214.
- TUSTIN F. *Autismo y psicosis infantiles*. Ed. Paidós. 1977.
- VAUGHAN W.T. *The disordered development of day care in psychiatry*. Health Trends 1983, 15: 91-94.
- Winnicott, D.W. (1951): *Escritos de pediatría y psicoanálisis*, Laia, Barcelona.
- WOOLLACOT S., GRAHAM P. y STEVENSON J. *A controlled evaluation of the therapeutic effectiveness of a psychiatric day center for pre-school children*. British Journal of Psychiatry 1978 132: 349-355.