

INTERVENCIONES TERAPEUTICAS DESTINADAS A LA RECUPERACION DE LAS FUNCIONES PARENTALES*

Jesús Colás Sanjuán**

Es una obviedad para los que trabajamos con niños, el tener que tomar en cuenta a los padres. No solo para recoger datos biográficos del niño y de los propios padres: desarrollo evolutivo, organización de la crianza, relación fantasmática, etc., sino a la hora de diseñar una estrategia terapéutica, valorar la manera, el grado y la intensidad de la implicación parental en la sintomatología del hijo, y por tanto en el tratamiento.

Partiendo de que la demanda generalmente es referida al hijo, que expresa un sufrimiento psíquico, o manifiesta unos síntomas que llevan a los padres a pedir la consulta. Resulta complicado para mí elaborar unas hipótesis en las que se articulen espacios mentales diferentes: el del propio niño, cada uno de los padres, la pareja parental, la unidad familiar y los espacios externos (escolar, médico, social...). Pienso que fruto de esta interacción emergen unos síntomas que son con los que nos llega el niño a consulta.

Los profesionales nos movemos relativamente cómodos con la psicopatología del niño, existen ya unos criterios diag-

* Ponencia presentada en X Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (S.E.P.Y.P.N.A.) que bajo el título "Intervenciones psicoterapéuticas en la práctica clínica" tuvo lugar del 4 al 6 de octubre de 1996 en Santander.

** Psiquiatra Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil Ayuntamiento de Santander.

nósticos, unas indicaciones terapéuticas, etc. Pero entramos en un terreno brumoso, donde faltan muchas referencias tanto conceptuales como técnicas, cuando tomamos contacto con los padres, su propio espacio y el espacio de la relación entre ellos y con su hijo. Me surgen dificultades derivadas de los propios padres, pueden disociar o reprimir inconscientemente o, callar conscientemente información, creyendo de buena fe que no tiene relación con la problemática del hijo; otras derivadas de mí mismo, ¿hasta dónde puedo llegar a investigar sobre ellos cuando la demanda no es por ellos?, ¿cómo plantearlo sin sentirme un invasor de una intimidad que no se me ha ofrecido desvelar? ¿Me excedo o me quedo corto?

El nuevo espacio que se está creando entre los padres y yo me ha expuesto a contestaciones cortantes y defensoras de su intimidad, como en otras ocasiones sentir que debía haber ahondado un poco más.

Todo ello añade más dificultad a la hora de articular espacios diferentes, para diseñar un abordaje terapéutico.

Los que trabajamos en un Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil, tenemos dificultades añadidas y también alegrías, relacionadas en articular los espacios mencionados, con el de otros profesionales, fundamentalmente educadores y médicos.

Lo expongo, porque su importancia a veces es esencial.

Sin querer entrar en un desarrollo teórico, si creo necesario mostrar las referencias conceptuales y por tanto los modelos teóricos que me han ayudado a entender las situaciones clínicas que luego mostraré, permitiéndome posteriormente tomar decisiones terapéuticas, en el terreno ya de la práctica clínica.

Inicialmente a Winnicott con sus ideas del ambiente facilitador (madre, padre, la unidad familiar), extendiéndolo al ambiente externo (escolar, social). Ideas en las que pone el énfasis en la importancia, para el desarrollo tanto somático como

psicológico (psiquesoma), de un ambiente suficientemente bueno. Son ideas ampliamente conocidas, pero cuyo alcance para mí es relativamente reciente, cuando redescubrí en nuevas relecturas ideas en las que menciona a los padres, como terapeutas (caso Piggie), o insiste en la importancia de un ambiente sostenedor para que el niño prosiga espontáneamente su potencial evolutivo.

Otro autor es Bion con sus ideas de la función reverie de la madre y la relación continente-contenido. Incluyendo todas las funciones de contención parentales indispensables para el desarrollo de un espacio psíquico en el niño.(Función alfa).

Finalmente un grupo de autores franceses. Agrupados, unos en la escuela psicósomática de París (Marty, Kreisler...) con sus ideas sobre la función del preconsciente, y las consecuencias de su fracaso a través del pensamiento operatorio y sus manifestaciones psicósomáticas.

Otros como Diatkine, Levobici, Gutton, Anzieu, Manzano y Palacios entre otros. Con sus ideas sobre la relación fantasmática, intervenciones con la presencia de madre y/o padre con el hijo, así como la interrelación entre las funciones psíquicas en el contacto corporal y el desarrollo del yo-piel.

Los años de trabajo y las ideas de otros autores me han ido llevando progresivamente a una actitud más cuidadosa en mis indicaciones terapéuticas, con los niños. Desde una posición inicial centrada inicialmente en tratar al niño, sintiendo a los padres que tenía que atenderles por obligación, y percibiéndoles como un estorbo; hasta la posición actual en la que intento ubicar al niño en su contexto familiar.

Considero importante resituar a los padres, no sólo como responsables de sus hijos, sino como elementos fundamentales de los que dependen sus hijos para su progreso o recuperación psíquica. Unido a ello desconfiar de actitudes técnicas, demasiado intervencionistas, con el riesgo de psicologizar o

psiquiatrizar una situación, que puede interferir o dañar las capacidades parentales sanas de cuidar, entender y hacerse cargo de unos hijos. Capacidades que fácilmente, con la complicidad de los profesionales, pueden delegar los padres en los técnicos, estableciéndose una relación dependiente y perversa.

Esto me ha llevado a buscar en la entrevista inicial, generalmente con los padres, elementos que me permitan detectar las funciones sanas de los padres, así como las capacidades sanas del hijo.

La angustia de los padres, muchas veces acrecentada por las noticias de los medios de comunicación; otras por lo que les dice un familiar o vecino y otras por una inoportuna o mala intervención de un profesional sanitario o educador; como digo, ésta angustia contamina la información que transmiten, mostrándote frecuentemente al hijo en función de como le están “viendo” y culpándose ellos entre sí, o hacia alguien externo de la situación.

Es fácil que nuestra tendencia investigadora para detectar conflictos, enganche en este discurso. De ahí la importancia, a mi juicio en esa primera entrevista de crear un espacio para que los padres reflexionen sobre sí mismos y el hijo, pudiendo rescatar en esos momentos aspectos, capacidades, sentimientos que permanecían ocultos, negados, para ellos mismos. Compartiendo la idea de muchos autores del efecto y valor terapéutico de esa primera entrevista, que a mi juicio es fruto de poder contener la angustia inicial con la que llegan los padres y permitirles y ayudarles a ver sus cosas desde otra perspectiva.

Poder ver los padres la situación de otra forma, introduce un nuevo espacio en la relación con el hijo, espacio que permanecía oculto, disociado y negado; esta nueva situación permite que el hijo se sienta reconocido en cualidades, capacidades y necesidades que hasta entonces estaban ciegas

para los padres; permitiéndole integrarlas y proseguir su desarrollo mental.

En esta entrevista intento detectar el grado de organización del síntoma, fundamentalmente diferenciar si es expresión de una conflictiva interna ya estructurada. O por el contrario es permeable a la acción del entorno familiar y social. Intento averiguar la capacidad del niño para estar solo, con sus juegos, hobbies o actividades de disfrute. Su capacidad de relación social y de vincularse emocionalmente. Su rendimiento escolar. Cambios en el entorno inmediato del niño o niña, tanto familiar (enfermedades, conflictos de pareja, problemática laboral...), como escolar (cambio de profesores, de ciclo, colegio, alumnos), o médicas del propio niño.

Las capacidades y funciones parentales, a mi juicio, son expresión y consecuencia del funcionamiento de su propio espacio psíquico. Con este criterio he ordenado las situaciones que pueden interferir en los padres, así como mi experiencia en su abordaje.

SITUACIONES QUE PUEDEN INTERFERIR EN LOS PADRES, Y SU ABORDAJE

A) Espacio psíquico de los padres, interferido por situaciones externas

Incluyo aquí diferentes situaciones que impiden a los padres entender, a su hijo, poder comprender la relación causal entre la situación y las respuestas emocionales, comportamentales y somáticas del hijo.

Estas situaciones pueden ser:

1) Sociales

Me refiero a un fenómeno de tipo ideológico o de moda social, mezclado con una cierta competitividad parental (ser el

mejor padre, tener el hijo más brillante...). Junto a un buscar satisfacer en los hijos deseos suyos, insatisfechos. Unido a una angustia en los padres de preparar y capacitar a los hijos ante el futuro.

Todo ello lleva a un ritmo de trabajo fuera de las horas lectivas, donde el niño está estudiando música, danza u otra actividad artística. Algún idioma, actividades deportivas (fútbol, balonmano, judo, karate...), clases particulares, etc. Estas actividades a veces ocupan todo el tiempo de ocio disponible de la tarde. Llegan los niños a casa, tienen que hacer los deberes, estudiar, cenar, e ir a la cama.

Los casos que he visto, consultan porque el niño metido y presionado en un ritmo, que no respeta sus necesidades de juego, de tener tiempo para él y con sus amigos, empieza a mostrar una sintomatología que yo llamo “huelga de brazos caídos”, forma de expresar su protesta, junto a una apatía y desinterés, generalmente escolar, con fracaso en su aprendizaje. Manifestaciones que a veces se repiten en la casa.

Sintomatología depresiva, estando contraindicado para mi, un abordaje del niño, puesto que la causa no depende del funcionamiento de su mente, sino reactiva y secundaria a un medio inadecuado.

Al hablar con los padres busco que puedan ponerse en el lugar del hijo. Recordar su propia infancia y la importancia del tiempo de juego, que les permita salir de esa exigencia inducida, para poder empatizar con las necesidades del hijo e introducir cambios en su actitud que en el seguimiento posterior se reflejan en unos cambios en el niño o niña.

Evidentemente existen otros padres, que no pueden modificar su actitud durante la entrevista, expresión de una conflictiva personal trasladada al hijo, necesitándose otro abordaje terapéutico con los mismos objetivos.

2) *Profesionales médicos.*

Es una experiencia habitual en todos los niños el uso del cuerpo y de sus funciones como vía de expresión de un conflicto emocional.

Con relativa frecuencia estos niños son atendidos exclusivamente en un plano físico, son medicados o entran en el circuito de exploraciones, estudios que a veces llegan a hospitalizaciones y propuestas de intervenciones quirúrgicas, como he comprobado en mi experiencia.

El factor temporal y la iatrogenia hacen más complicado su abordaje.

Mi impresión es que frecuentemente el uso de fármacos interfiere al niño, en sus capacidades de expresión emocional, uso de capacidades yoicas y de manejo lúdico de la experiencia. Así como también interfiere en los padres, impidiéndoles tomar en cuenta el espacio emocional, intuitivo y empático de ellos para conectar y ayudar a su hijo.

Les hablaré de un niño varón de 2 años y diez meses cuando los padres me piden consulta. Personas cultas con sensibilidad por el mundo emocional.

Después de un accidente de tráfico que sufrieron yendo el niño con ellos, hace 3 meses, aparece un progresivo deterioro del niño; tartamudez, tic, miedo y llanto por la noche, terrores a separarse de los padres, preguntando a donde van los padres, enuresis secundaria, desasosiego, ansiedad, y una incapacidad para jugar.

El pediatra les recetó un sedante. El padre ha observado que tomando el medicamento, la sintomatología iba en aumento, mientras se tranquilizó algo durante el descanso de unos días entre el primer y el segundo frasco.

Tiene dudas si debe continuar con el medicamento, no atreviéndose a decidirse por no enfrentarse a su médico, per-

sona con la que tienen una buena relación, esperando a comentarlo conmigo. En los días que no lo ha ingerido me refieren “ya no está tan trabado, ni tartamudea tanto ni está tan inquieto”.

Me cuentan que en estos meses “no han podido tomar mucho en cuenta al niño”, por la hospitalización del padre que quedó herido en la cara, los trámites legales y la afectación emocional parental. Algo que va gradualmente cambiando en estas semanas. Percibo al padre que intenta ayudar al niño a poder hablar sobre el accidente.

“Se acuerda de todo”, me dice el padre”, “me he dado cuenta que el niño tiene mucha información”.

Incluso el niño desdice al padre cuando este comenta que les llevaron a todos en ambulancia, cuando en la realidad el niño fue llevado más tarde por la policía, separándoles durante unas horas.

Desde hace pocos días el niño juega a las ambulancias, se ha atrevido a tocar las cicatrices que tiene el padre en la cara. Notándole algo más calmado últimamente.

Durante la entrevista percibo una buena capacidad en los padres, sobre todo en el padre, de empatía con el hijo, de acompañarle y ayudarle a expresar lo que sintió, a poderlo hablar, de ser capaz de observar la interferencia de la medicación y querer suspenderla. Les noto preocupados, angustiados y buscando una referencia que les ayude a entender lo que le pasa al hijo y sentirse capaces de ayudar al niño.

Decido no ver al niño, intentando ayudar a los padres a entender lo que está pasando, para poder ellos contener mejor el impacto emocional que para el niño ha supuesto el accidente, ayudarles a estar en condiciones de acompañar, facilitar y poder verbalizar a través de la relación y el juego con el hijo lo que el niño pudo sentir, imaginar o pensar.

Pasado un mes me informaron que el niño sigue mejorando.

“Está más tranquilo y contento. No ha tenido los miedos de que le pase algo al padre”.

Los padres se sienten mejor, menos angustiados, durante la entrevista les noto relajados y sonrientes. Me dice la madre que ahora la reclama más a ella, antes tenía “papitis”.

Ha recuperado la autonomía esfinteriana. Ha mejorado en la tartamudez, salvo momentos en los que se le pide de prisa las cosas o se le riñe. Duerme bien, juega con animalitos de juguete y le gustan los cuentos con imágenes de animalitos, llevándose a la cama estos cuentos.

Tres meses después se mantiene la mejoría. Ha empezado a ir unas horas a una guardería, necesitando llevarse algún juguete con él, tolerando aceptablemente esta situación. Me informan de sus juguetes con el edredón de la cama, sobándolo para dormirse. Durmiendo bien.

En estos momentos les planteo el alta aceptándola los padres y mostrando su agradecimiento.

Creo que a los padres les tranquilizó, que yo como médico, no sólo no descalificase su decisión de querer suspender la medicación, sino que además la apoyara. Yo sentía que lo mejor que podía hacer era no interferir en la relación parental.

La vía de expresión mental, con el uso de las capacidades de expresión simbólica (juego, la palabra), están supeditadas a la existencia de un marco contenedor que las sustente (Relación continente-contenido de Bion). Este marco contenedor en el niño depende de la propia capacidad continente parental. Marco que contenga las emociones que el niño, por sí mismo, no puede contener.

La pérdida de esta capacidad parental, supone una pérdida traumática para la mente del niño que le aboca a la desorganización y a la búsqueda de una vía regresiva, como puede ser el cuerpo y sus funciones.

Mi papel fue de apoyo y de contención de la angustia de los padres, afianzando sobre todo en el padre la función que él espontáneamente estaba ya realizando.

3) *Profesionales de la educación*

Las vicisitudes por las que pasa un niño en un centro escolar son múltiples. Unas dependen de sus propias dificultades por el momento evolutivo y los conflictos inherentes. Otras tienen relación con elementos que dependen del sistema escolar: cambios de ciclo, que supone cambiar un profesor de referencia a tener 5 profesores, la personalidad del educador y la relación que se establece con el alumno, la relación con el resto de los compañeros etc.

Las respuestas emocionales inevitables y normales del niño en el contexto escolar la mayor parte de las veces son entendidas y manejadas por los educadores y los padres. Sin embargo otras veces nos puede llegar como síntomas depresivos manifestados a través de inhibiciones, fracaso escolar y trastornos del comportamiento.

En estos casos la mala respuesta de los educadores, expresión de su poca capacidad de entender y empatizar con las dificultades del niño, suele llevar a actitudes hacia el niño que agravan su situación personal. Así como justificar su proceder atribuyendo al niño "Algún diagnóstico", generando una ansiedad añadida en los padres, que empiezan a fantasear a su hijo enfermo mental, predelincente o vago.

De forma resumida presentaré dos ejemplos.

El primero un chico de 8 años y medio, consultan por consejo del psicólogo escolar por mal comportamiento en clase, queja de los profesores, que le han castigado cambiándole de sitio y colocándole atrás, junto a mal rendimiento escolar. No tiene amigos estables en el colegio. Los padres vienen preocupados, sintiéndose presionados por las frecuentes llamadas

de los profesores quejándose del mal comportamiento. Esto ha generado una dinámica en casa hacia el chico de crítica y exigirle un cambio en su actitud.

Llamativamente, en casa su conducta es bastante normal, responsable de sus cosas personales. Tiene amigos en el barrio, juega, integrado en un equipo de fútbol. Me entero que este curso cambió de colegio, en el anterior rendía escolarmente bien y su conducta era buena. Tras preguntar a los padres qué opinan del cambio de colegio, cambia el tono quejoso y crítico hacia el hijo y pueden hablar de forma más afectiva y cercana, planteándose que quizás el hijo tiene dificultades para adaptarse al nuevo colegio, que es más exigente que el anterior. Esto les permite hablar de su hijo rescatando sus cualidades, hablando de su forma de ser y de sentir. Les comento que no creo que sea necesario ver al hijo, quedo en verles 3 meses después. Posteriormente me informan que el hijo ha mejorado en el Colegio, a veces parece llamar la atención, ha mejorado el rendimiento escolar. Hablaron con los profesores después de mi entrevista y también ha cambiado su actitud hacia el niño. Les di el alta.

En este otro caso, los padres están preocupados por su hijo de 7 años, a causa de su conducta agresiva. Parece que está descontento en el Colegio, en casa, y con los hermanos. “Parece buscar que perdamos la paciencia y le peguemos un cachete. Algo parecido debe de ocurrir en el Colegio”. Ha vuelto a orinarse por las noches.

Los comentarios que han recibido los padres de la tutora y el psicólogo escolar, les hace creer que algo le ocurre al niño. Me llama la atención que llevando este niño en este colegio desde hace 3 años, ha empezado su sintomatología coincidiendo con el inicio del curso y tener nueva profesora. Preguntándoles sobre ello, van tomando en cuenta datos e información que no habían visto importantes como son, que el niño desde el principio se ha quejado de la profesora, por su trato,

y sentir miedo hacia ella. La madre comenta que es una profesora mayor que parece tener poca paciencia y ser exigente. A lo largo de la entrevista va surgiendo en los padres la idea de intentar cambiarle de grupo en el mismo curso, con otra profesora que es más joven, para lo que hablarán con el Director del Centro. Por teléfono me confirman que lo han conseguido. Pasado un mes con la nueva profesora, los padres me comentan que el niño va cambiando, va contento al Colegio, tiene interés por aprender, alegrándose de sus progresos, “parece que tiene ganas de ser mayor”, ha disminuido la frecuencia de la enuresis. Les doy el alta.

Me viene al recuerdo niños sobre los 11 ó 12 años con problemas de aprendizaje, comportamentales y rechazo al estudio, coincidiendo con el cambio del 2.º al 3.º ciclo, dejan de tener un profesor tutor de referencia y encargado de todas las asignaturas, pasando a tener 5 ó 6 profesores, uno por asignatura. Es de suponer que estas dificultades de adaptación pueden aumentar con la E.S.O puesto que también estos niños cambian de Centro al pasar a un Instituto. Otras veces el conflicto tiene relación con algún compañero del Centro, que lidere la clase o un grupo dentro del Colegio. Son circunstancias importantes a tener en cuenta.

A veces los padres sienten la necesidad de que, a pesar de haber hablado con ellos, vea a su hijo, tras reflexionar con ellos sobre esta demanda suelo acceder, quedándose tranquilos.

En todos estos casos el cuadro clínico del niño, por muy aparatoso que pueda ser, lo entiendo como algo reactivo. Buscando restituir el marco mental en los padres, que les permite un espacio psíquico en ellos y hacia el hijo para que juntos puedan resolver la situación y aprender de esta experiencia, como diría Bion, evitando ser interventivo.

A veces no ha sido suficiente, necesitándose mi ayuda más psicoterapéutica hacia el niño.

B) Espacio psíquico de los padres alterado por conflictiva emocional propia

En este apartado considero importante en la sintomatología del hijo la implicación emocional de alguno de los padres o ambos. Algunos de los niños estaban en tratamiento psicoterápico, permitiéndome observar la interrelación entre los cambios que pudieron dar los padres y sus hijos.

Ciñéndome al objetivo de la Ponencia dejaré de lado aspectos relacionados al proceso psicoterápico del niño o niña. Incluso al aspecto técnico que puede ser controvertido de compaginar el mismo profesional la psicoterapia del hijo y el abordaje psicológico de los padres. Comentaré mi forma de verlo y de manejarlo.

1) Situaciones de duelo

Las dificultades parentales para tolerar las emociones de dolor, tristeza, así como la ambivalencia que una pérdida inevitablemente hace sentir, puede influir de forma clave en el hijo. O bien porque su propio espacio psíquico los padres se lo niegan para evitar sentir, impidiendo el reconocimiento en el hijo de su propio espacio psíquico, con todos sus deseos, necesidades, emociones etc. O porque el hijo se hace cargo de las emociones negadas de los padres, convirtiéndose en una especie de portavoz. Otras porque el dolor es tan intenso en alguno de los padres o ambos que el niño/niña no puede permitirse mostrar sus propias emociones y necesidades, percibiendo la gran fragilidad mental de ellos, no queriendo generarles más sufrimiento o sintiendo que no hay un espacio afectivo adecuado para mostrarse.

Mostraré brevemente algunos ejemplos. El primero consultan los padres, por su hija de 13 años, la menor de tres hermanas. A causa de mal rendimiento escolar. Ha suspendido todo. Mal comportamiento en la clase, no estudia, no atiende, interfiere cantando o comentando que porqué no se casa

con ella el profesor. Comentarios a algún profesor ¿me dejas que te toque el culo?

En casa es una chica muy abandonada con sus cosas. Busca que la madre se enfade para hacer sus tareas. Se comporta de forma poco responsable, como una niña pequeña. Esta situación conduce a que ella mienta para evitar la crítica o el castigo.

La menarquia la tuvo hace 2 meses, observando que desde entonces se ha incrementado esta situación. La madre habla de su angustia, preocupada por la hija, que es demasiado inocente y desde la menarquia más irresponsable. Preguntándoles que les hace pensar la relación de la menarquia con todo lo que me cuentan. La madre cambia algo de actitud, comenta que desde que habló con la hija “Para mostrarle la realidad que no se puede decir todo a los chicos”, desde entonces algo ha cambiado. Sigue reflexionando diciéndome “que ella no ha tenido con su hija conversación de mujer, comparándolo con las otras dos hijas mayores”. Apartándola de los temas de mujeres, en un tono triste añade, “no dándome cuenta que ya no es una niña”.

En seguimientos telefónicos me informa la madre del cambio de la hija, mejorando y responsabilizándose de sus cosas.

La tristeza inevitable de perder a su niña, que se va haciendo mujer, era negada por la madre, negando a la hija el acceder al nuevo espacio femenino. Presionada la chica por el despertar puberal y sexual, le generaba conflictos que pudieron encauzarse cuando la madre reconoció sus propias dificultades y dio acceso a su hija a ser reconocida como mujer. Durante la entrevista posibilidad que la madre pensará sobre sí misma, tomara en cuenta su propio espacio como madre y sintiera la tristeza inevitable. Creo importante que se pudo rescatar algo que la madre intentó hacer cuando habló con su hija de la realidad, puesto que algo cambió su hija, pero insuficiente al faltar el componente emocional de tristeza en la madre, que sí pudo sentir durante la entrevista.

En otras situaciones el niño puede ser el portavoz del duelo no reconocido y negado por los padres. Lo ilustraré con el caso de un niño de 2 años y 3 meses. Durante la entrevista con los padres y el pequeño relatan que desde la muerte del abuelo materno hace dos meses se da cabezazos en objetos duros. (pared, muebles, suelo), está muy irritable, por la noche duerme mal o también se da cabezazos, come muy mal en casa, en la guardería sin embargo come normal y su comportamiento es el habitual.

Comentan que vivían con los abuelos maternos, requiriendo atención el abuelo por sufrir una trombosis cerebral hace 10 años, necesitando una silla de ruedas, y estar muy limitado. El niño ahora pregunta por el abuelo y al volver a casa va al salón, donde habitualmente estaba el abuelo, “siempre estaba” dicen. “Estaba muy acostumbrado al abuelo”.

En este momento el niño que hasta entonces estuvo tranquilo, de pie, apoyado tanto en la madre como en el padre, empieza a moverse por el despacho.

Preguntando sobre las circunstancias de la muerte del abuelo, me entero que fue inesperada por una complicación respiratoria secundaria a una gripe, muriendo en el hospital al segundo día del ingreso.

El niño sigue moviéndose por el despacho y va despertando la inquietud de la madre.

Pregunto como lo ha llevado la familia, la madre se calla, interviniendo el marido por primera vez que no le parece normal que hayan quitado las fotos del abuelo, no hablen de él su mujer con la abuela materna. Cuando pregunto a la madre qué piensa sobre lo que dice su marido, la noto muy afectada, los ojos llorosos, dice que no puede llorar.

En ese momento el niño se revuelve, dice algo, y va corriendo hacia la madre dándole un cabezazo en el costado, abrazándose a sus piernas.

Pudo hablar de sus sentimientos por su padre, lo inesperado de su muerte. Comentó que su hijo parecía intuir algo, porque la noche anterior al ingreso hospitalario del abuelo, el niño quiso entrar en su cuarto y durmió mal. Lloró algo. El niño permanecía tranquilo al lado de ella, cogido de su pierna, mientras hablaba y se enjugaba las lágrimas.

Les comenté que entendía que para evitar sufrir, evitaban hablar del abuelo o hubiesen retirado sus fotos, relacionando ese dolor que evitaban sentir con el dolor del hijo y el daño que se hacía en la cabeza al darse los cabezazos y el resto de su sintomatología.

Un mes después, comenta la madre que en casa pueden expresar y hablar del fallecido, sobre todo ella y la abuela a solas, o en presencia de la familia, incluido el niño. Este ha mejorado ostensiblemente, ya no se da cabezazos, come y duerme mejor.

En este caso la oportuna derivación del pediatra, evitó que la sintomatología del niño cogiera unos derroteros médicos con exploraciones, analíticas,...etc, que hubiera desviado más la atención de los padres del propio duelo. Duelo que requiere un espacio individual e interpersonal para poderse ir elaborando.

Recuperar la madre su capacidad de sentir el dolor, llorar, compartirlo en casa y poderlo hablar, ayudó a restituir el propio espacio del niño y librarle de la contaminación proyectiva materna.

Es frecuente en padres divorciados o separados, la dificultad en plantearse nuevas relaciones de pareja; por el riesgo a un nuevo fracaso y al duelo no elaborado de la pareja perdida, encubierto generalmente con un discurso agresivo (económico, judicial, etc.). En estos casos los progenitores no recuperan su capacidad de desear formar pareja, sus necesidades como mujer u hombre, una autonomía personal, sirviendo el hijo como pretexto justificatorio. O más grave buscando suplir en el hijo la pareja afectiva que no se tiene.

2) *Por enfermedad grave del hijo*

La aparición a edades tempranas o de recién nacidos de una enfermedad en el niño, incide de una forma muy lesiva en el equilibrio emocional de los padres y sobre todo de la madre, dada la particular relación fusional que, es necesaria para el desarrollo del hijo y el equilibrio emocional materno y también paterno.

En muchas ocasiones los padres sienten toda la intervención médica con su aparataje, exploraciones, análisis, etc.; como situaciones en las que ellos se sienten tratados sin respeto, no tomados en cuenta, invadidos en la necesaria intimidad de una relación con el hijo. Deseo de relación interferido constantemente por una enfermedad con sus síntomas, sus riesgos y las intervenciones médicas inevitables. Las quejas hacia los médicos y enfermeras son habituales, justificadas o no, pero entendibles.

En los casos de mi experiencia, la idea de la muerte está tan presente, así como la angustia que la acompaña que desborda de tal forma a los padres que pierden capacidades empáticas, capacidad de observación, de cuidarse ellos mismos, o al hijo. No pueden poner una distancia suficiente para pensar, y poder ejercer como padres.

Junto a ello la ambivalencia que puede acompañar, teñida de sentimientos de odio y deseos de muerte negados, contamina de tal forma que lleva o un tipo de relación por parte de los padres o la madre tipo enfermera como diría Winnicott y Gutton, carente de fantasía y afecto, tipo operatorio.

Les comentaré dos casos muy diferentes. El primero de ellos se refiere a un niño de 3 años y 10 meses, con otro hermano de año y medio. Los padres muy angustiados, derivados por su pediatra. Niño muy miedoso, no juega, Cuando dibuja lo hace al revés, aunque a veces sorprendentemente lo hace bien. Cuando se enfada reacciona golpeándose y tirándose al

suelo. Miedo a estar solo en un cuarto, asustándose ante el menor ruido, reaccionando muy excitado y angustiado. Muestran su preocupación temiendo tenga autismo como alguien les ha dicho.

Me relatan un amplio historial médico, desde el embarazo con 6 meses “ya no creció”. Pesando 1700 gr. al nacer. Fue diagnosticado de una comunicación interauricular, a los pocos días de nacer, atribuido a foramen oval permeable que en la última revisión cardiológica con 3 años y 6 meses, se comprueba que ha cerrado. Describen la multitud de pequeños ingresos por fiebres, que desaparecían al llegar a Urgencias, cuadros de deshidratación por vómitos, regurgitaciones, diarreas.

En un contexto en el que el niño tomaba el biberón muy lentamente, tardaba 2 horas, e ingería poca cantidad. Infecciones respiratorias frecuentes. El primer año engordó solo 500 gr. Comentan el miedo que sienten por el niño, al verle tan frágil y pequeñito “era desquiciante cuando tosía y vomitaba, con lo pequeñín y delgado que era”.

La madre tuvo que vender su tienda, para disponer de tiempo y atender al niño; tuvo muy buen apoyo de su propia madre que la reemplazaba permitiéndola tomarse un tiempo de respiro y descanso. El marido durante la entrevista habla poco, estaba muy angustiado, sudando profusamente, reconociendo que por sus dificultades emocionales, no podía apoyar a su mujer.

Durante las entrevistas el niño necesitó la presencia de la madre, que mantuvo una actitud de estímulo hacia el niño, la percibo no invasora, le va siguiendo o hace lo que él la pide, conversando entre ellos, sobre un coche de plastilina, en el que lleva a su madre, tiene una rueda rota que quiere arreglar. Yo intervengo haciendo referencia a sus deseos de independizarse, ser mayor y llevar a la mamá en su coche, relacionando sus miedos con la rueda rota.

Al finalizar la primera entrevista la madre me comenta su sorpresa por lo suelto que ha estado el niño en su conversación y jugar imaginativamente.

En la siguiente entrevista, también necesitando de la madre, el niño dibuja un coche y él mismo con su cuerpo completo. Comenta la madre que es la primera vez que lo hace.

Yo también me siento sorprendido, presenciando el cambio de un niño con graves problemas de relación que se asemejaban a una psicosis con rasgos autísticos y simbióticos y que ante mis ojos en presencia de la madre, parece que empezaba a salir del cascarón.

En la entrevista de devolución con los padres, me informan de los cambios que observan en el hijo, más sociable y buscando a otros niños. Me informan de un cambio en su capacidad de aprender y asimilar las cosas, antes pasivo ahora activo y con curiosidad, habla más y ya no tartamudea. Expresa más claramente sus deseos. Acepta mejor la separación de la madre.

Pueden hablarme de cómo les ha tranquilizado saber que ha desaparecido la comunicación interauricular y no ser necesaria una intervención quirúrgica. Esa angustia, por el miedo por su salud y por su vida les ha interferido como padres, a la hora de exigirle y castigarle; así como la tristeza y la pena que sentían. “Por lástima no podían exigirle más”, me dicen.

Percibo que todo ello les ha impedido a los padres poder desarrollar y desempeñar su función parental.

Intento dejar claro a los padres que el niño no tiene un autismo, ni padece una enfermedad mental. Relacionando sus dificultades emocionales y de autonomización, al “ritmo” particular del niño y a las dificultades que ellos, como padres han tenido para desempeñarse como padres, poderle educar, poner límites, etc.

Decido entrevistarme con el niño y la madre cada tres meses. Confirmándose el cambio tanto en los padres como en

el niño. Dándoles el alta un año después de una sesión, en la que el niño entra solo, con un balón bajo el brazo, habla desenvuelto me dice que chuta fuerte y mete goles. Hace un coche de plastilina, hablándome al tiempo del coche del padre. Me comenta en tono orgulloso que ya tiene 5 años que es más alto y va al Colegio.

Sentí importante, cuando pensé en este caso, realzar la gran fragilidad con la que vinieron los padres, angustiados creyendo que su hijo sufría de autismo. La presencia de la madre en las entrevistas, no premeditado por mi sino obligado por las dificultades del hijo, creo que fue importante porque permitió para su sorpresa, sentir el nacimiento de unas capacidades verbales, imaginativas y de deseo autónomo hasta entonces ocultas en su hijo. Mi presencia pudo servir de marco contenedor a la angustia materna. Marco parental necesario para la madre ante las dificultades emocionales de su marido.

Contención escasa para tolerar la angustia ante la idea de muerte del hijo, buscando la contención hospitalaria. He de resaltar que la desaparición espontánea de la problemática cardiológica ha desangustiado lo suficiente a los padres como para pedir cita y demandar un espacio mental, hasta entonces ocupado por el físico, y el riesgo de muerte.

Me asusta pensar en el daño yatrogénico que yo podía haber ocasionado a los padres y consecuentemente al niño, si confirmo sus sospechas de autismo, como la clínica inicialmente apuntaba. Aunque el desarrollo y la observación de las sesiones fueron muy diferentes.

El siguiente caso corresponde a una chica de 15 años, que está en psicoterapia de una sesión semanal desde hace tres años. Demandan consulta por un severo retraso en su aprendizaje, junto a un retraso en su crecimiento físico. Dificultades en las relaciones sociales, poco comunicativa verbal y emocionalmente. Conducta infantil, caprichosa, mimosa, con una actitud pasiva ante todo, no responsabilizándose de sus tareas.

Tenía un diagnóstico psicopedagógico de retraso mental límite. Paradójicamente ella mantenía relaciones epistolares con jóvenes con los que contactaba a través de revistas, donde su capacidad de expresión escrita, el contenido y la manera de expresarse correspondía a su edad, relaciones que intentaba ocultar ante los padres.

Los padres mantienen con ella una actitud educativa nada exigente y mimándola. Atribuido a ser la pequeña de tres hermanos y fundamentalmente a todo un sufrimiento y preocupación por una problemática médica, de tipo diarreico a partir de los 5 meses, coincidiendo con el inicio de las papillas. Hasta los 4 años no fue diagnosticada de una enfermedad celiaca, mejorando tras la dieta sin gluten. Durante esos 3'5 años consultaron con muchos médicos, describiendo episodios de mucha angustia, viéndola adelgazar “temblando cada vez que cogía un catarro”, dicen que “se quedaba como muerta, sin vida”. Estos años han dejado secuelas de malnutrición y algo de raquitismo en la chica.

Percibí en las entrevistas con la chica la necesidad de ocultar sus capacidades más maduras, sus inquietudes, deseos y sentimientos, que justamente mostraba en las relaciones que establecía en la distancia, a través de sus cartas. Mientras que con su familia y el Colegio se comportaba como una niña pequeña, torpe, sin ideas, pasiva y sin interés por nada, dando la imagen de tonta.

La actitud de sus padres hacia ella, su incapacidad en exigirla y de verla como una chica, tratándola como una niña pequeña, me hacía sospechar que estaba impidiéndola mentalmente mostrarse claramente, ser ella misma y poder crecer y madurar psíquicamente.

Por este motivo decidí ver a la chica semanalmente y mensualmente a los padres. Intentando focalizar en las entrevistas con ellos o solo con la madre, todo el componente emocional, que giró alrededor de esta problemática médica.

Este abordaje parental, permitió que la madre pudiera hablar del dolor y vergüenza por el aspecto de su hija, a la que ve tonta y fea. Reconociendo que le cuesta aceptarla. Hasta acercarse en otras sesiones a emociones muy dolorosas, de gran culpa, verbalizando deseos de muerte hacia su hija, por cómo alteró su vida y su relación con su marido y los otros hijos. Tuvo que disociar estos sentimientos de muerte, arrastrando también su capacidad amorosa. No puede sentir que gracias a su esfuerzo y dedicación su hija ha progresado, a pesar de decírselo otras personas. Lo entiende pero no puede sentirse satisfecha.

Puede hablarme de una relación tan fusional como sentir que “sufro en mi carne más que la propia hija...”. Como una regresión narcisista, donde no puede imaginar a su hija separada de ella. Todo ello le permite hablar de su incapacidad de dejarla sola, de escuchar y reconocer los deseos o intereses, por nimios que fuesen, de su hija. Comentando que nunca ha podido imaginar verla crecer, estar separada de ella y ser autónoma.

A partir de aquí, lentamente, se van dando unos pasos en la madre, como reconocer que aprendiendo a tolerar sus miedos a desprenderse y separarse, ayudará a su hija a responsabilizarse (por ej. en una acampada con Scouts). Tolerar el dolor cuando su hija se autoafirma y defiende sus cosas ante ella. Hasta un día que vio a su hija, ya con 17 años, saliendo con un chico. Me dice: “No lo podía ver, desviaba la mirada o pensaba que jugaban como niños”. “Nunca había pensado que se relacionase con chicos, o llegara a casarse”. “Me negaba a hablarlo con mis amigas o mi hermana cuando ellas me lo planteaban”. Fue un momento clave no solo para la madre sino para el padre y los hermanos, donde claramente la paciente mostraba sus deseos como mujer, alejándose de la identidad infantil a la que estaba la familia aferrada y ella misma.

En estos momentos la chica está acabando graduado escolar, cuida su aspecto físico. La relación en casa ha cam-

biado mucho, más comunicativa, sobre todo con la madre y con los hermanos mayores. Ha crecido 13 centímetros y tuvo la menarquia a los 17 años, debido al tratamiento hormonal que buscaba retrasarlo para facilitar su crecimiento físico.

No entra en el objeto de esta ponencia, pero si considero clave para los cambios que la paciente pudo ir dando, junto a su propio trabajo psicoterápico, los cambios en la expectativa de vida y de desarrollo personal que fundamentalmente la madre pudo llevar a cabo.

En esta madre lo insoportable de una situación larga en el tiempo de 3'5 años, de una hija que no crece, no se desarrolla, que se va en vida; los fracasos médicos para realizar el diagnóstico y consiguiente tratamiento, van impidiendo sentir ilusión y esperanza, para no sufrir más. Junto al odio y deseos de muerte por las limitaciones, restricciones y pérdidas que supone para esa madre la entrega de gran parte de su tiempo y vida a la hija. Todos estos sentimientos guardados internamente, no reconocidos, estaban impidiendo a esta madre cambiar y crecer, no pudiendo disfrutar de una hija, como en muchos momentos ahora si ocurre.

En ambos casos los padres, y sobre todo las madres, no han tenido el espacio psíquico, ni el tiempo a veces para hacerse cargo de todas las emociones, que la grave problemática del hijo les hizo sentir, las defensas disociativas, de negación y de regresión narcisista, impedían el desarrollo de las capacidades y funciones parentales, así como la posibilidad de evolucionar y adaptarse a los cambios del hijo, en el sentido descrito por Winnicott. Fundamentalmente en los primeros momentos de la relación, una problemática médica grave, inevitablemente despierta ansiedades que tienen un contenido de muerte, difícilmente tolerable. Poder tener la posibilidad de sentirse contenidas en un espacio terapéutico, permiten su movilización y elaboración; repercutiendo en las capacidades parentales, de empatía, comprensión y ayuda hacia sus hijos.

3. *Por enfermedad médica de la propia madre*

Sin ser premeditado, la realidad clínica me ha hecho observar, prestar más atención a las repercusiones emocionales de una problemática física propia. Sobre todo en la madre. Comento que sin ser premeditado porque no es algo que en mis lecturas y estudios estuviera presente, pero a partir de la experiencia con algunas madres, forma ya parte, como algo obvio y lógico en mi práctica asistencial.

Muchas dolencias físicas, interfieren en la capacidad de la madre para estar con sus hijos, por el dolor de su afección, la inevitable preocupación con el tinte de tristeza, la retracción narcisista corporal que acompaña y la pérdida de capacidades mentales que se apoyan en funciones físicas y somáticas, acompañado de un sentimiento de culpa inconsciente que lastra de forma soterrada la capacidad de adaptación en la función parental, en relación a sus hijos. Algo en donde los trabajos del Dr. Anzieu han sido mi referencia.

Mostraré dos ejemplos que ilustren lo que intento decirles.

El primer caso corresponde a un niño de 4 años y medio con dos hermanos mayores. Desde hace 6 meses y repentinamente cambió. Está asustado y angustiado, no quiere salir a la calle, se levanta por las noches con miedo y aterrado. No consiguen calmarle los padres. Parece que desconoce a miembros de la familia. Reacciona muy coléricamente o de forma autoagresiva (contra las paredes o pegándose él mismo). Enuresis 2º, no quiere separarse de la madre. Me entero que ha aumentado esta sintomatología desde hace 4 meses, coincidiendo con una intervención quirúrgica realizada a la madre en su columna vertebral.

Tiene el niño un objeto transicional, un perrito de peluche, llamado “colita”, con el que llora y se abraza, llevándole a la cama para dormir.

La madre me comenta, que quedó dañada en las vértebras lumbares, desde el nacimiento del niño. “Tenía muchos dolo-

res, no podía cogerle en brazos, buscaba que otros miembros de la familia lo hicieran”. y asocia “al niño no le gusta que le cojan en brazos, prefiere andar”. La madre se siente culpable, prosigue diciéndome. “No podía jugar al burro con él”. “Dependía yo mucho de otros”.

Me comenta “cuando le toco, acaricio o le rasco la espalda, le voy sobando y se va calmando”.

Veo al niño junto a la madre, de la que no quiere separarse. Durante las entrevistas, está de pie apoyando la cabeza en su regazo, la toca y la agarra. Ocasionalmente se aleja no más de 1 metro de ella. No toca los juguetes, ocasionalmente los mira. Constantemente dice a la madre que quiere irse a casa, la madre responde de forma cariñosa, le deja abrazarse, pero le recuerda que no puede cogerle en brazos. La siguiente entrevista es similar, destacando una conversación entre la madre e hijo, donde la madre le habla de lo enfadado que está “colita” (el perrito de peluche), que no quiere hacerse mayor.

Durante la entrevista de devolución con los padres. Percibo el desborde de los padres, su angustia y su confusión a la hora de poner límites al hijo, poder discernir entre situaciones de angustia del niño y actitudes caprichosas y controladoras.

Podemos hablar de la enfermedad ósea de la madre, los dolores ciáticos tan intensos previos a la intervención quirúrgica. La repercusión en ella, impidiéndola seguir manteniendo la firmeza necesaria para ayudarle a “ser mayor”. La madre llora por lo que no ha podido darle a su hijo.

Ella percibía lo que le pasaba a su hijo, conversando con él a través de “colita”. El niño depositaba en “colita” sus enfados, y manifestaba a través del perrito que no quería crecer. La madre se prestaba a este diálogo.

Desde la última entrevista ha ido mejorando el niño. “Tiene menos miedo, baja al parque y juega con otros niños”. Suspendo el Psicósoma que estaba tomando y decido abordar el problema a través de ayudar a los padres, dada la buena res-

puesta así como la gran intuición de la madre y el apoyo del marido. Intento rescatar y apoyar los intentos que intuitivamente la madre realiza y cómo observa que tranquiliza al niño, cuando le acaricia y le soba la espalda.

Tengo cuatro entrevistas en año y medio con los padres.

Destacaría la relación que hace la madre entre la sintomatología álgica y su “pérdida de paciencia” con el hijo, con su repercusión clínica (“se altera más”). Si le amenaza con tirarle a “colita”, “duerme peor, y se orina por la noche”.

La madre tomó la decisión diariamente de manosear al niño, para ello le tumba en la cama y ella de rodillas (posición menos dolorosa para ella). Lo hace, relatando, una especie de juego táctil, actividad que ella asocia a la que sí hizo a sus hijos mayores cuando eran bebés.

A pesar de momentos intensos de recaída en su dolor y en los que el niño empeora algo, el chico continúa su proceso de maduración mental.

Ha empezado preescolar. Busca relacionarse y jugar con otros niños. Le gusta jugar también solo, sobre todo con plastilina. Duerme mejor, ocasionalmente se orina por las noches. Acepta mejor los límites, habiendo desaparecido hace tiempo sus conductas autoagresivas, decidiendo de común acuerdo el Alta.

Pienso que esta madre no pudo dar al hijo, ni ella disfrutar de su capacidad de dar atenciones relacionadas con el sostenimiento (tenerle en brazos), con el contacto piel a piel, de juegos físicos, de abrazos etc.

Aparentemente el dolor físico se lo impedía, pero ocultaba el dolor emocional que sentía, por la pérdida de esa relación para ella y el hijo. Creo que poderse entristecer y llorar por ello, fue la experiencia emocional que faltaba sobre algo que la propia madre, ya hacía, antes de venir a consulta; puesto que al sobarle y acariciarle él se calmaba. Poderse entristecer y

hablar de ello le permitió integrar esa experiencia, en el sentido de Bion, para que ella decidiera diariamente manosear y masajear al hijo, de manera también tolerable para ella.

Esto permitió que funciones de sostén, de contacto táctil, de juego etc. pudieran recuperarse, cuando la madre pudo sentir la tristeza que su afección física la creaba. La recuperación de estas funciones parentales, apoyadas en capacidades físicas, permitió que el niño sintiera el sostén y la contención, como referencia, ayudándole a recuperar funciones mentales, funciones del yo-piel descritas por D. Anzieu, y retomar su evolución psíquica.

El siguiente caso corresponde a una niña de 7 años, con otra hermana 2 años mayor que ella. La demanda muy angustiada, está relacionada con pérdidas de conocimiento que duran pocos minutos, luego se queda agotada, cansada, durante 1-2 horas, la piel blanca, la baja la temperatura a 35° C. Médicamente ha sido valorada descartándose crisis epilépticas e hipoglucémicas.

Estas pérdidas de conocimiento están unidas a situaciones emocionalmente intensas para la niña (ver sangrar a la hermana, ver al padre después de una separación).

Tendencia a las somatizaciones, vómitos, dolores de vientre...

Cuentan los padres que es una niña muy reservada, no expresa sus emociones o lo hace de forma drástica "si una niña no la corresponde, ella sentencia y esa niña murió para ella", y no quiere saber nada de esa niña. Tiene pocos amigos. Evita el contacto con niños agresivos, e inquietos. Le gustan los juegos tranquilos. Sola es muy imaginativa y tiene una gran capacidad dramática cuando juega, en los diversos roles de los muñecos y con sus voces. Le gusta dibujar y hacer actividades manuales con plastilina, barro, objetos de papel etc. Tiene miedos por la noche, con pesadillas. Quiere sentirse protegida.

La describen como una niña adorable, que no expresa su agresividad, “se lo traga, hace una protesta suave, pero no se enfrenta”.

Me sorprende, durante la entrevista, algo que dice la madre, “ella está muy apegada a los de la familia, lo siente por nosotros, le afecta, pierde el conocimiento, y luego está tan normal”. “La niña cuando habla de esas pérdidas de conocimiento dice que tiene la impresión de estar soñando. “Pensaba que estaba soñando y que me caía”.

La niña va bien en los estudios.

Percibí que junto a la problemática fóbica de la niña y el uso del cuerpo como descarga emocional en la somatización y otros de tipo conversivo; existía una relación muy estrecha entre ella y la madre. La madre reconoce que ella cuando está nerviosa y angustiada somatiza y tiene miedos. Acepta la posibilidad de que ella puede influir en su hija, comentando que “la niña me mira fijamente para sentirse segura o no”.

Por todo ello inicié una psicoterapia con la niña de una vez semanal que duro año y medio y entrevistas mensuales con la madre que luego se fueron espaciando hasta el Alta de la niña.

Ciñéndome al tema de mi trabajo, dejo de lado la psicoterapia con la niña.

La madre al principio necesita hablarme de cómo siente su relación con su hija, “estoy agobiada con ella desde que nació”; desde bebé he estado preocupada con ella temiendo le pudiese pasar algo... Con diarreas, cuadros breves de deshidratación, sospecha de intolerancia al gluten... Por la noche pendiente del menor ruido, temiendo que le de una crisis o un coma hipoglucémico”.

Todo ello impide a la madre mentalmente poderse separar de su hija, me dice “no puedo despegarme de ella, estoy obsesionada con ella temiendo la pase algo”.

Esta situación genera agresividad en la madre, porque no puede hacer sus propios planes como mujer, quedar con ami-

gas, hacer alguna actividad fuera de casa, me dice “estoy harta, la ahogaría”. La culpa generada la interfiere para poner límites a su hija. Buscando la niña activamente provocar a la madre, para que le dé una torta.

Las entrevistas desde un principio, permiten a la madre contener mejor sus temores ante la hija. La madre es consciente que su propio miedo impide a la hija sentirse segura, no angustiándose tanto cuando la hija le dice que “le duele la cabeza” o “tiene ganas de vomitar”. En vez de decirle que se quede en casa, ponerle el termómetro etc., puede hablar con ella de que es normal que sienta miedo ante un examen, o este nerviosa por la llegada de los Reyes Magos. La madre va intentando abrir un espacio mental, donde tengan cabida las emociones para ella y para su hija, espacio que antes lo ocupaba el cuerpo con sus dolencias. En este contexto se queja de los médicos que han atendido desde bebé a la niña, que la han angustiado más, con exploraciones físicas y diagnósticos diferentes, impidiéndole salir de ese espacio corporal, en el que basaba la relación con su hija.

Los cambios en la hija, fundamentalmente poder expresar sus enfados y defenderse, junto a pedir abiertamente el cariño a su madre, “me dice ‘mami achúchame’, quedándose largo rato acurrucada”. Unido a la disminución de las somatizaciones y desaparición de la crisis. Todo ello va afianzando a la madre, en el camino emprendido, hasta poder hablar, pasado ya el año, de sus vivencias con su hija después del parto. Cuenta que le quedaron resto de placenta, tenía dolores, hemorragias, fiebre, hinchazón, unido a sentir que sus quejas no fueron atendidas y escuchadas por los médicos, a pesar de su insistencia en que algo la pasaba, hasta que a los 7 días le hicieron un raspado. Recuerda que todo ello la impidió atender a su hija, “cuando estaba así me ofendía oír la llorar”. Le retiraron el pecho después del raspado, por la medicación que tomaba la madre. A partir de entonces vinieron los problemas gastrointestinales y las dificultades en la alimentación de la niña.

Cuenta que ella no pudo conectar con la hija de bebé. “No aceptaba mi abrazo, tenía que dejarla en la cuna”, “ahora si me lo pide”.

Lo refiere con pena por la hija y por ella misma, unido al placer que ahora siente cuando la hija al pedírselo se queda acurrucada. Pensé que algo se había podido restablecer en la relación entre madre e hija.

Unido a la mejoría clínica de la niña decido el Alta poco después.

Me parece importante destacar que una problemática médica en la madre, no demasiado importante, sin embargo, emocionalmente interfirió negativamente en la temprana relación. Interfiriendo en las funciones de contención y empatía de la madre, pues “la ofendía oír la llorar”. Funciones mentales que quedaron sepultadas ante la problemática médica subsiguiente de la niña.

Pienso que el espacio que yo la ofrecí, permitió a la madre inicialmente apoyada en mí, dar los pasos iniciales, para posteriormente recuperar un espacio emocional propio de ella y de su hija que no habían podido experimentar en su momento.

La relación fusional que mantenían madre e hija, sobre ansiedades de muerte en ambas, contaminaba el proceso de separación y una buena identificación con la madre en su Edipo. Relación fusional que no afectaba otras áreas de la personalidad en la niña, como muestra su capacidad lúdica e imaginativa, permaneciendo como algo encapsulado alrededor del cuerpo, parecido al cuerpo para dos descrito por J. Mc Dougall.

La rapidez con la que la madre cambia, despegándose de lo corporal, me permite afianzar la idea del daño que sufrió en poder desarrollar sus funciones mentales de empatía, que la hubieran permitido conectar con su hija. Daño debido a su afección médica y la falta de reconocimiento que ella sintió por parte de los sanitarios.

C) Espacios psíquicos recuperados con la ayuda del entorno

Estoy convencido que otros profesionales, como asistentes sociales, pediatras, médicos de atención primaria, educadores y sacerdotes, tendrán más experiencia sobre lo que voy a comentar. No es fácil tener la oportunidad de observar desde un Centro de Salud Mental la capacidad de ayuda que da el entorno, puesto que lo que nos llega son los fracasos en esa capacidad, tanto personal como del entorno familiar y social (escuela, amigos, médicos etc...).

El espacio que ofrece una relación humana donde se puede hablar y expresar sus inquietudes, ansiedades, miedos..., pudiendo sentirse escuchado, entendido y tratado con respeto, es el espacio natural, que todos tenemos y necesitamos para ayudar, y ser ayudados, aprender a manejar y resolver los problemas cotidianos de la vida. Esta función de ayuda y por tanto terapéutica subyace en Winnicott al referirse al papel del ambiente que rodea a un niño. Así como el respeto hacia la familia “como un territorio sagrado que no se debe invadir”. (“el niño y el mundo exterior”. Pág. 23).

Muy brevemente les comento las entrevistas con la madre de una joven de 16 años, con una conflictiva adolescente típica: de oposición, rebeldía, agresividad sobre todo con la madre, no querer estudiar, etc.

Me limité a escucharla y pude ir entendiendo la dificultad de la madre para aceptar el cambio en su hija, me dice “yo reconozco que soy pesada y estoy encima de ella. No estaba acostumbrada a que me desobedeciera”, me habla de como era de niña y la agresividad y rabia que siente cuando la chica le contesta.

Puede hablarlo con su marido, que lo sitúa en un plano adolescente “desde que sigo el consejo de mi marido, de no estar tan encima de ella, creo que las cosas van mejor”. Pero percibo que lo que le ha ayudado también, es una conversa-

ción con su propia madre, que le ha hecho recordar que ya de niña por las buenas iban mejor las cosas entre ellas, tanto de ella cuando era niña, como de su hija actualmente.

Desde hace una semana la madre ha cambiado algo y siente que ha mejorado la relación con su hija. A pesar de ello quiso mantener la cita, pues el psicólogo escolar le insistió en ello.

Yo me limito a apoyar la importancia de poder ella hablar de sus dificultades con su marido, así como de tomar en cuenta lo que su propia madre le comentó, de sacar el cariño que tiene por su hija, permitiéndole por las buenas relacionarse.

Hice un seguimiento pasados varios meses, iban las cosas razonablemente bien.

La turbulencia emocional del cambio en el adolescente, desencadena en muchos padres otra turbulencia emocional. Está ampliamente descrito el duelo que los padres tienen que afrontar, así como la reactivación edípica (sexualidad, rivalidad...).

En este caso entendí que el marido hizo un papel de referente externo, de ayudarla a entender que los cambios de la hija eran normales y necesarios, para tolerarlos. Y por otro lado la abuela de la chica, su propia madre, la permitió rescatar su capacidad amorosa, poder aprender de su propia madre y recuperar algo de su experiencia que tenía disociado, “que ya de niña por las buenas iban mejor las cosas”.

Todo lo expuesto, está delimitado por los límites de mi experiencia y de mi capacidad profesional para poder entender muchas situaciones.

Quisiera concluir con estas ideas abiertas a la reflexión.

IDEAS ABIERTAS A LA REFLEXION

1. Resituar a los padres como tales, con sus capacidades empáticas, comprensivas, capacidades de pensar por sí mismos sobre sus hijos. Requisito indispensable, del que depende el hijo para su evolución y recuperación mental.

2. Los padres no tienen una sintomatología definida, en todo caso una tristeza latente, con sentimientos de fracaso y de culpa. Más bien se detecta una dificultad de hacerse cargo de este hijo, por el que demandan ayuda. Por otro lado son padres relativamente competentes con relación a otros hijos, entenderles y ayudarles, así como en sus relaciones personales e íntimas.
3. Recelar de nuestra tendencia, como profesionales, de entender “tanto” al niño, de quererle ayudar, tratar, dar consejos etc..., que nos olvidamos de los padres.
4. Evitar crear en las entrevistas una relación dependiente, alentada por una “psicologización” de la sociedad. Que tiende a idealizarnos ante los padres, con la complicidad de la gratificación narcisista nuestra. Lo que empieza como una demanda de ayuda psicológica puede convertirse en una relación, como poco, dependiente y a veces dañina.
5. Importante crear un espacio que los padres sientan para ayudarles a ellos como padres, incluso estando los niños en psicoterapia. Espacio no psicoterápico (no interpreto, ni toco la transferencia). Espacio donde se les ayude a conectar las emociones referidas a sus hijos, poder tomarlas en cuenta, pensar y relacionar situaciones personales con la de sus hijos. Más que hablar, escucho, sugiero y hago preguntas para que ellos puedan pensar solos. Posiblemente la pretransferencia positiva descrita por Palacios y Manzano en las consultas terapéuticas sea un ingrediente fundamental.
6. Tenemos a nuestro favor, la necesidad y el deseo de muchos padres de hacerse cargo de si mismos, de crecer mentalmente, entendiendo para sentirse capaces como padres de ayudar a sus hijos en su maduración mental, el papel de escucha tal como lo he descrito puede facilitararlo. Un dolor añadido para muchos padres es sentirse incapaces de ayudar a sus hijos.

BIBLIOGRAFIA

- ANTHONY, J. y BENEDEK, T.: "Parentalidad". Ed. Amorrortu (pág. 128).
- ANZIEU, D.: "El Yo - piel". Ed. Biblioteca Nueva (pág. 109).
- BION, W.: "Aprendiendo de la experiencia". Ed. Paidós (pág. 84).
- BION, W.: "Una teoría del pensamiento". (En el libro "Volviendo a pensar"). Ed. Horme (pág. 158).
- GRINBERG, L. y otros.: "Introducción a las ideas de Bion". Ed. Nueva visión (pág. 42).
- GUTTON, Ph.: "El bebé del psicoanalista". Ed. Amorrortu (págs. 69, 74).
- KREISLER, L.: "La desorganización psicósomática en el niño". Ed. Herder (pág. 85).
- KREISLER L. FAIN, SOULÉ: "El niño y su cuerpo". Ed. Amorrortu (pág. 32).
- LEBOVICI, SOULÉ: "El conocimiento del niño a través del psicoanálisis". Ed. Fondo de cultura económica (págs. 128, 324).
- MANZANO y PALACIO-ESPASA: "Las terapias en psiquiatría infantil y en psicopedagogía". Ed. Paidós.
- MARTY, P.: "El orden psicósomático. Los movimientos individuales de vida y de muerte". Ed. Promolibro (págs. 77, 80, 87).
- MARTY, P.: "Los procesos de somatización. Rev. de psicoterapia y psicósomática". N.º 5 (pág. 8).
- MC DOUGALL, J.: "Teatros del cuerpo". Ed. Julián Yébenes (pág. 74).
- WINNICOTT, D.: "Necesidades de los niños menores de cinco años en una sociedad cambiante" (1954). En el libro "El niño y el mundo externo". Ed. Horme (pág. 23).
- WINNICOTT, D.: "La preocupación maternal primaria" (1956). En el libro "Escritos de pediatría y psicoanálisis". Ed. Laia (pág. 409).
- WINNICOTT, D.: "Psicoanálisis de una niña pequeña. Piggie". Ed. Gedisa (pág. 22).