

## TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO Y PSICOPEDAGÓGICO: TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO\*

María Esther Díaz Rodríguez\*\*

**Resumen:** El tratamiento de la psicosis infantil no puede reducirse nunca a una sola intervención. Es necesario habitualmente un conjunto de intervenciones de naturaleza diferente: diagnóstico precoz; exámenes complementarios: analítica de sangre y orina, estudio cromosómico; neurológico; exploraciones ocular y otológica completas; trabajo psicoterapéutico y psicopedagógico con el niño; trabajo con la familia: psicológico y de ayuda práctica. Estos elementos deberían constituir el eje de todo tratamiento de la psicosis infantil. Voy a plantear el tratamiento psiquiátrico posible desde una Unidad de Salud Mental, en un área sanitaria en la que no hay servicios intermedios.

**Palabras Claves:** Psicosis, tratamiento, padres, pedagogo.

**Abstract:** The treatment of infantile psychosis can never be reduced in one sole intervention. It usually needs a series of interventions of a different nature: early diagnosis; complementary examinations: blood and urine analysis, chromosomic study; neurological study, complete exploration of sight and hearing; psychotherapeutic and psychopedagogical work with the child; work with the family: psychological and practical help. These elements should constitute the axis of all treatment of infantile psychosis. I am going to highlight a possible infantile psychiatric treatment from a unit of mental health, in a sanitary zone without any intermediate healthcare services.

**Key words:** Infantile psychosis, treatment, parents, pedagogue.

---

\* Ponencia presentada en el XVIII Congreso Nacional de Sepypna que, bajo el título "Psicosis infantil: una visión actual", se desarrolló en A Coruña del 20 al 22 de octubre de 2005.

\*\* Psiquiatra. Psicoterapeuta - Jefa de Sección del Complejo Hospitalario Universitario "Juan Canalejo". A Coruña / SERGAS (Servicio Galego de Saúde). Correspondencia: medara@eresmas.com

Estamos ante un conjunto de trastornos cuya presentación clínica puede diferir ampliamente según la edad, la concurrencia de patología orgánica, la estructura y el funcionamiento familiar.

Considerando los diversos programas terapéuticos, existe un consenso aparente alrededor de la necesidad de una aproximación pluridimensional: todo el mundo está de acuerdo en reservar un lugar para las acciones pedagógicas, así como para ciertas formas de psicoterapia individual y familiar, al menos desde la perspectiva de un apoyo a las familias.

La decisión de primar un tipo u otro de tratamiento está en función sobre todo del grado de evolución del niño y por tanto de su funcionamiento psíquico. En general, se admite que la psicoterapia individual está indicada a partir de un funcionamiento simbiótico.

El abordaje psicofarmacológico sigue estando limitado por la imposibilidad de incidir directamente sobre las posibles bases fisiopatológicas.

Sin embargo, en la actualidad disponemos de medicamentos que son útiles para mejorar determinados síntomas (manifestaciones de agresividad, hiperactividad motora, insomnio, crisis epilépticas) que, según su intensidad y consecuencias, se sabe que, cuanto antes se actúe sobre ellos, en mejores condiciones estará el niño para participar y beneficiarse de las terapias psicosociales y de los programas educativos.

Cuando se prescriben, debe de haber una aceptación de los padres y del niño. La información se dirigirá a este en términos apropiados a su nivel de comprensión; no se perderá el tiempo si se precisa el objetivo del tratamiento, su probable duración, las condiciones requeridas, sus posibles efectos secundarios y si se conoce su papel en el marco de la terapia. Se aplazarán los temores y los riesgos de un abandono del mismo por parte de los padres. Y se evitará, además, que éste no sea el objeto de proyecciones muy negativas o demasiado idealistas, es decir, poco realistas.

Por todo esto, parece importante que la prescripción emane del médico especialista.

El *pediatra* o el médico de familia, además de su contribución al diagnóstico inicial, puede ser de gran ayuda contribuyendo a evitar los malos entendidos. Encuentros regulares y una buena coordinación entre el pediatra y el psiquiatra, permiten establecer relaciones de confianza que repercuten favorablemente sobre la familia, evitan la multiplicidad de consejos y la dispersión, fuentes de confusión para los padres.

Respecto al *trabajo psicopedagógico* con el niño, lo que es común a nosotros y al profesor de pedagogía terapéutica, es el deseo de proponer al niño medios que le permitan conseguir una mejor inserción social y el mayor nivel de desarrollo posible; estos medios pueden buscarse en común a partir de las competencias específicas de cada uno.

Paso entonces, como decía al principio, a plantear el tratamiento posible desde una *Unidad de Salud Mental*:

- Asistencia en un marco integrado: terapeuta principal y colaboradores que estimulen distintas áreas.
- Trabajo psicoterapéutico con el niño.
- Tratamiento familiar.
- La búsqueda en común con el pedagogo de los medios que permitan la mejor inserción social, y el mayor nivel de desarrollo en el niño.

Me voy a centrar en el *tratamiento familiar*:

Se va a tratar de ofrecer a los padres y al niño una relación estable, que ofrezca garantías suficientes de estimulación y continuidad, libre de ansiedad, en la que la comunicación positiva y cálida posibilite el abandono de defensas primitivas, permitiendo la reestructuración, el crecimiento y una apertura al mundo exterior.

En las primeras entrevistas es importante saber cómo aprecian los padres la deficiencia de su hijo, sus expectativas; lo habitual es que estén sobrevaloradas. Además de cómo se sienten los padres al serlo de ese hijo que tienen.

Interesa preguntarse también en qué lugar nos están colocando, si nos ven como una consulta más, como un rival que lo sabe todo y frente al cual hay que someterse o rebelarse, etcétera.

Será importante detectar los vínculos de ese grupo familiar y hasta que punto la estructura de esos padres y de su vínculo con el niño, podrá aceptar los cambios posibles en el niño y en ellos mismos, o se convertirá en un obstáculo para que estos cambios se consoliden.

Hacernos cargo del problema desde el primer momento es aliviar la angustia y la culpa de los padres por el sufrimiento del hijo.

Contener la situación o sus dificultades nos exige pensar respuestas posibles para no terminar actuando identificados con las resistencias de los padres.

La tarea fundamental a la que los padres se tienen que enfrentar, consiste en superar el sentimiento de pérdida de la imagen del "niño perfecto" y en hacer un trabajo de duelo, es decir, desinvertir progresivamente esa imagen e invertir al niño real, lo que significa dejar de lado la idealización y admitir la ambivalencia de los sentimientos.

Como en cualquier situación crítica, las distintas formas de enfrentarse a esta tarea van a depender de numerosos factores del pasado, sobre todo de la personalidad previa y de la historia individual y familiar, pero también de las circunstancias actuales en torno a lo que les ocurre.

Partiendo *de cómo reaccionan los padres* ante un diagnóstico de este tipo, abordaré la acción terapéutica hacia los mismos.

Creo importante describir escuetamente el enmarque de la actividad asistencial como un elemento a tener en cuenta. Psiquiatría en una USMIJ, ubicada fuera del marco sanitario, la población asistencial es de 260.000 habitantes (rural 80.000 y urbana 180.000), de edades entre 0 y 16 años.

Cualquier tipo de intervención complementaria que se precise, es siempre en otra dependencia física en distintas zonas de la ciudad, con una media de desplazamiento entre estas de 30-45 minutos.

*Cómo reaccionan* los padres, en los distintos significados de la palabra:

1. *Obrando en sentido contrario*, negando la situación, actuando continuamente sin reflexión.

Lo aparente es que son remitidos para evaluar algo que el pediatra detecta referido al contacto y aspectos psicomotrices. Surgen demoras en la petición de consulta, anulaciones y nuevas peticiones de citas, subyace el temor de que se diga que al hijo le pasa algo grave, a las madres sobre todo las remite a sí mismas.

Los padres que acuden sin demanda propia, vienen con una coraza sobre su función parental, a la defensiva sobre cómo ejercerla.

Por delante ponen que el niño está bien, o que ha habido cambios, pero encuentran posible explicación en situaciones ambientales, familiares, ocurridas en los últimos tiempos previos a la consulta, incluso en conocidos o familiares cuyos hijos presentaban algún síntoma similar.

Las madres hacen más hincapié en el intercambio con el hijo, llegando a verbalizar alguna: “no me puedo comunicar con mi hijo”.

La ubicación de los profesionales que intervienen en la aproximación diagnóstica, en distintas zonas de la ciudad, facilita que se parcialice al niño y el pensamiento de los padres. Se abunda en lo que ya constituye patología en el niño.

A veces el apoyarse en algo orgánico en la patología psíquica libra de culpa. Mi experiencia con la psicosis precoz no es esa, porque se acaba requiriendo a los padres para hacerles pruebas a ellos también. Si ya tenían pensar en una transmisión hereditaria, estos hechos les refuerza la idea, sumando resistencias al tratamiento.

Si los padres pueden depositar su angustia en el profesional que los ha recibido para la primera evaluación, si los escucha, y canaliza las posibles rivalidades entre profesionales, se consigue frenar la actuación sin reflexión y se considera nuevamente qué hacer.

2. *Comportándose de forma ambivalente, racionalizadora y subdepresiva, el padre; entre la omnipotencia y la depresión enmascarada, la madre.*

Los padres se bandean desde el primer momento y a lo largo del tiempo entre: “no hay nada que hacer” o “se va a curar”, sin más.

El padre suele inhibirse más en su actuación, deposita en la madre. Es quien suele encontrar los argumentos en apoyo de que no es para tanto.

El padre se cree ilusionadamente poseedor del “poder” y niega con angustia sus sentimientos de fragilidad y dependencia. Por tanto, exento de responsabilidad, lo está también de culpas. Lo que le permite, de forma habitual, defensivamente, mantenerse en un ánimo subdepresivo.

La madre suele ser la que pregunta reiteradamente cómo puede ayudar a su hijo, qué tiene que hacer para que se ponga bien. Es una pregunta/afirmación. Dependiendo de una patología previa severa en su estructura, se llega a verbalizar que la solución estaría en marcharse con su hijo a un lugar apartado, solos, así se curaría. Es la omnipotencia (el que todo lo puede). Suelen aparecer síntomas somáticos funcionales, dificultades en la relación de pareja..., no suele pedir ayuda porque lo vive como falta de energía, no como una desvitalización que produzca queja, tristeza y un sufrimiento que lleve a consultar. Si ocurre, lo más habitual es que desde los servicios se den pautas pedagógicas de “buena” y “mala” madre, lo cual acaba angustiándola más.

Suele tener que ver con la identificación que hace madre-mujer, y con las identificaciones con sus propios padres, que desarrollaré más adelante.

En ambos padres, ansiedad y culpa. La intensidad según el grado de elaboración del conflicto y por tanto de lo ineficaces que resulten los mecanismos de defensa empleados habitualmente.

Siendo origen (raíz, nacimiento, causa de una cosa) y principio (cualquier cosa que entra con otra en la composición de un cuerpo), se consideran causantes de la enfermedad.

3. *Transformándose a través del tratamiento*, dando origen a otras nuevas formas de relación con su hijo y entorno.

En un primer momento tienden a mimetizar los síntomas de los hijos: desviación importante en la relación con las personas, disarmonía emocional y, en la utilización de las distintas funciones del Yo, hipervigilancia e hiperactividad, o lo contrario.

El aislamiento y la ocultación suelen ser previos incluso a la evaluación, tienden a quedar en casa y cada vez salir menos con el niño, preferentemente a lugares públicos o contactos personales. Perciben que no es igual a otros niños y aparece una actitud referencial: ¿por qué?, ¿qué van a pensar de los padres? Si son habituales en el niño la irritación, cólera, hipersensibilidad a algunos sonidos, se acaba racionalizando “no lo podemos llevar a ningún sitio, en casa está más tranquilo”. Están en la preocupación y la culpa, no en lo que la origina; está presente la muerte, por eso se sienten mejor estando todos juntos.

Emocionalmente, como se ha dicho antes, son estados de ánimo extremos: euforia y tristeza, todo menos la conveniente proporción de la armonía.

La actividad del Yo, tanto en la percepción exterior o interior, procesos intelectuales y los mecanismos de defensa, están alterados. Hay una variabilidad, según qué momento, en los mecanismos de defensa, predominando los más primarios: control omnipotente de objeto, identificación proyectiva, negación de la realidad psíquica, anulación, fantasía...; se distorsiona la percepción y los procesos intelectuales, hay una

situación similar al pensamiento impuesto, el hijo ocupa el pensamiento reiteradamente. Esto remite al narcisismo, a la relación con uno mismo y no con el objeto, a la completud.

Muy pendientes de todo lo que hace, dice, cómo se mueve, gestos, ánimo de su hijo, corre el riesgo de convertirse en un objeto de observación y en esto se pierde la perspectiva de lo evolutivo y madurativo. Lo que en otro niño pasaría desapercibido, o disfrutado y celebrado, aquí se transforma en preocupación y pregunta/afirmación temerosa de si es normal. Y la posición contraria, de verlo desde un esquema de comportamiento adulto, con lo que la pregunta los padres mismos se la contestan.

La angustia de partida, si no se canaliza, lleva a ir de un profesional a otro y cualquier comentario, noticia de medios de comunicación sobre el tema, los invita a acudir buscando la cura mágica. O bien no moverse de casa idealizando la cura en familia.

Aparecen duelos de identificación con sus propios padres y son frecuentes las dificultades, biológicas y/o fantaseadas, para tener estos hijos.

Sea por embarazos frustrados por diferentes motivos, aunque ya haya otro u otros hijos, o por la búsqueda de un sexo concreto.

Lo que se observa de forma común en las madres, es que han tenido a su vez madres poco contenedoras, culpabilizadoras; esto es un obstáculo añadido, por la vivencia o bien de censura o de desinterés por lo que ocurre con el hijo /nieto. Lo que dichas madres han dado probablemente de menos en términos de amor, ternura... y de más en términos de simbiosis paralizante, hipercontrol, restricciones, bloqueo de impulsos de autonomía..., las hace acreedoras a una importante agresividad por parte de sus hijas. La opción que suelen fantasear para liberarse de la madre es la propia maternidad. Se resalta una cara de la moneda en la idealización de esa maternidad: la de la omnipotencia, posesión, afectividad, la prolongación nar-



cisista. Se puede transformar en una exigencia hipertrófica de ser la Gran Madre, en oposición a la deficitaria madre habida. Es un ideal persecutorio, generador de ansiedad ante los temores a no cumplir y que las lleva a culpabilizarse y castigarse cada vez que fracasan (dolor físico, psíquico o ambos).

La conclusión de una evaluación diagnóstica de psicosis en su hijo para estas madres, es una vivencia muy dolorosa y perturbadora.

*Se pretende* contener, elaborar, establecer la reorganización para que la función parental se pueda desarrollar, que sean autónomos para ir resolviendo algunos problemas de su hijo y lleguen a pedir o querer lo que necesitan.

Tiene que haber una asistencia en un marco integrado: terapeuta principal y colaboradores que estimulen distintas áreas. No tiempos aislados de cada profesional.

Contener significa reprimir o moderar una pasión. Es necesaria la empatía, hacerse cargo de la ansiedad de los padres. Poder a través de un trabajo adecuado establecer o reformar la reacción, para lograr hacer desaparecer o aminorar la confusión y el desconcierto que padecen.

Es un trabajo de maternaje con los padres. Ellos proyectan sobre el terapeuta lo que no pueden tolerar y él se lo devuelve desintoxicado sin que les dañe. Lo mismo que el bebé tiene la sensación corporal de muerte por desintegración y va introyectando, no sólo lo que echó fuera sino lo que recibe de la madre con un sentido y así va diferenciando las sensaciones, se entiende que se puede trasponer esto a la relación padre-terapeuta. No hay interpretación. Tienen que captar que se está con ellos, ponerse en su lugar, pero no darlo todo por entendido, que haya una comunicación y un lenguaje con un significado a nivel habitual.

Desarrollar la elaboración, con momentos de dependencia regresiva en los que se ejercen funciones yoicas para los padres y, de forma simultánea, ayudarles a salir y renunciar a la completud, pasar del “yo ideal” al “ideal del yo”.

Es importante que los padres vayan significando los avances para que ellos mismos sigan para adelante en el tratamiento. Plantear/preguntar cómo lo ven, expectativas... No crear falsas esperanzas pero tampoco rebajarlas. Hay que empujar a los padres, pero no asumir funciones de ellos. Que vayan aprendiendo a manejarse en los distintos ámbitos con esos avances. Todo progreso, por pequeño que sea, es bienvenido y muy valioso.

Si fuera posible, un terapeuta trabajaría con los padres y otro con el hijo, se evitan rivalidades y es más efectivo. Si los padres tienen algún conflicto en torno a un tema, por mucho que se hable, van a tender a actuar según lo impreso en ellos. Muchas veces, lo habitual, no queda otra opción más que repartir el tiempo entre padres e hijo.

Hay que tener en cuenta, en la transmisión de mensajes, que siempre hay unas transferencias (ideales, fantasías de funciones que quieren que realice el terapeuta: padre, madre, amigo, un ideal...). Es decir, en las entrevistas, se reproducen conflictos y pautas de su pasado que adquieren vigencia actual, e invisten al terapeuta de un papel que no le corresponde.

No hay que olvidar patologías orgánicas, ej. hamartomas cerebrales, que producen síntomas psicóticos, y ponen un límite al tratamiento psicológico. Pero hay que tener presente que en el tratamiento psicoterapéutico tenemos en cuenta la realidad y trabajamos con fantasías y emociones.

Se trata, en definitiva, de potenciar los aspectos sanos de los padres, rescatar los recursos válidos, aprovechar las capacidades y modificar círculos viciosos y estancamientos. Un progreso facilita otro y un fracaso, igual.

Si se va aceptando la frustración se va dando paso al pensamiento.

## BIBLIOGRAFÍA:

- BION, W.R. (1980): *Experiencias en Grupos*. Barcelona. Paidós Ibérica.
- BLEGER, J. (1997): *Simbiosis y ambigüedad*. Buenos Aires. Editorial Paidós.
- CANTIS, S. (1996): El lugar de los padres en psicoanálisis de niños. Una reflexión teórico-clínica. *Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica de Madrid*, nº 24.
- CYRULNIK, B. (2004): *Del gesto a la palabra. La etología de la comunicación en los seres vivos*. Barcelona. Gedisa Editorial, S.A.
- DÁZ RODRÍGUEZ, M.E. (2002): *Infante psicótico, padres perdidos*. *Revista de Psicoterapia y Psicopatología*, nº 49.
- DORADO, M. (2004): *Otra forma de mirar. Memorias de un joven con Síndrome de Asperger*. Madrid. Minor Network Editorial.
- GOLDBETER-MERINFELD, E. (2003): *El duelo imposible*. Barcelona. Herder Editorial, S.L.
- GONZÁLEZ DE CHÁVEZ, A. (1985): La relación madre-hija en la problemática de la depresión. I Jornadas Mujer y Salud Mental. Madrid 22/24 mayo-1985.
- LAPLANCHE, J. / PONTALIS, J-B. (1981): *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona. Editorial Labor.
- MANNONI, M. y otros (1980): *Psicosis infantil*. Buenos Aires. Editorial Nueva Visión.
- MANZANO, J. / PALACIO-ESPASA, F. (1987): *Estudio sobre las psicosis infantiles*. París. Editorial Científica Médica.
- MANZANO, J. / PALACIO-ESPASA, F. (1993): *Las terapias en psiquiatría infantil y en psicopedagogía*. Barcelona. Ediciones Paidós Ibérica S.A.
- MANZANO, J. y otros (2001): *Las relaciones precoces entre padres e hijos y sus trastornos*. Madrid. Necodisne.
- MANZANO, J. / PALACIO-ESPASA, F. (2002): *Los escenarios narcisistas de la parentalidad*. Bilbao. Altxa.
- PARQUET, PH. J. / BURSZEJN, C. / GOLSE, B. (1992): *Autismo: Cuidados, educación y tratamiento*. Barcelona. Masson, S.A.
- REAL ACADEMIA ESPAÑOLA (1994): *Diccionario de la Lengua Española*. Madrid. Editorial Espasa Calpe.
- SIGMAN, M. / CAPPAS, L. (1999): *Niños y niñas autistas*. Madrid. Ediciones Morata.

TORRES DE BEA, E. (2000): Intervenciones Psicoterapéuticas en Instituciones Públicas. Cursos de Formación Continuada SEPYPNA. Madrid 1 diciembre-2000.

VALDEZ y otros (2005). Evaluar e intervenir en autismo. Madrid. A. Machado Libros, S.A.