

INTERVENCIONES PRECOCES EN LA PATOLOGIA PSICOTICA DEL POSTPARTO*

Elena Pérez Crim**

Cuando en el marco de mi trabajo clínico he estado confrontada con madres que en el momento del postparto han presentado una desorganización psíquica, sea sobre una forma psicótica o depresiva grave, he tenido la impresión de estar en presencia de una hecatombe psíquica, cuyas manifestaciones concernían sobre todo, al narcisismo, los procesos de identificación y límites del self y la culpabilidad.

En el plano del narcisismo, el nacimiento representa una pérdida del estado de complitud y de fusión narcisista con el feto, acompañado a veces de sentimientos de vacío que se expresan bajo la forma de incapacidad y de no saber hacer nada, como si realmente se hubiesen vaciado totalmente. En algunas madres, se puede producir una regresión tal, que hasta el sistema perceptivo se encuentra alterado. Es el caso de una paciente que al término de su embarazo y poco antes de dar a luz, estaba en un estado de estupor y de perplejidad al grado de no poder reconocer las contracciones que anunciaban el alumbramiento que tendría lugar dos horas más tarde.

*Ponencia presentada en el VII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (S.E.P.Y.P.N.A.), celebrado en Salamanca del 8 al 11 de octubre de 1993, bajo el título "Prevención e intervención precoz en psicopatología infantil".

**Psiquiatra. Servicio Médico-Pedagógico. Ginebra.

Por otra parte, la comparación entre el niño real y el niño fantasmático expone a estas madres a sentimientos muy contradictorios que van de la idealización a la desvalorización. La evolución de una relación de objeto narcisista con el niño a una relación objetal más diferenciada, está muy perturbada pasando alternativamente de la fusión al abandono. Todo el trabajo de reorganización narcisista y de duelo es particularmente complejo en estas situaciones.

Todo el proceso de identificación está puesto a dura prueba también. La identificación de la madre a su propia madre en sus dos vertientes es decir, en tanto que madre y en tanto que mujer. La identificación con el niño, va a movilizar las representaciones de ella misma como niña y las representaciones de la relación con su propia madre. En general a este respecto nos encontramos frente a fenómenos de confusión y pérdida de límites del self tan explícitos como podía expresarlos una madre cuando llamaba a su hijo de pocos meses mamá. Por ejemplo, cuando lloraba le decía: “¿qué pasa mamá?”. Cuando una vez le señalé esta confusión me dijo que tenía que meterse en la cabeza que su hijo no era un adulto y que no lo graba hacerlo.

Del lado de la culpabilidad, la realización fantasmática de los deseos incestuosos y la culpabilidad consecutiva toma en estas situaciones toda su fuerza. Por ejemplo, para una de mis pacientes, su hijo era un hijo del diablo y estaba amenazado de muerte. Esto reflejaba a mi parecer su manera de representarse la relación sexual como una relación demoniaca cargada de culpabilidad. Encontramos manifestaciones masivas de un superyo arcaico y persecutorio, que aparece proyectado en el niño, vivido como un perseguidor, o en el entorno, como se traduce en los temores que les roben el niño, que se lo cambien, o en fantasmas de filiación muy particulares.

Esta patología, como lo podemos deducir, conduce a un disfuncionamiento interactivo en la relación precoz madre - hi-

jo, con las consiguientes consecuencias en el desarrollo del niño.

Esto nos lleva a considerar de entrada estos niños en la categoría de niños a “alto riesgo” (el concepto de “alto riesgo” implica que, la presencia de elementos específicos que podemos identificar en el entorno o en el organismo aumentan la probabilidad de la aparición de una psicopatología), lo cual implica un abordaje asistencial que tenga en cuenta los diferentes factores de riesgo ligados a este tipo de situaciones.

Estos niños están expuestos a lo largo de su desarrollo a entrar en una relación patológica con la madre. Las interacciones se organizan más en función de las necesidades de la madre que las del niño, con movimientos de acercamiento y de rechazo excesivos, que les dan un carácter con frecuencia caótico e imprevisible.

Otros de los riesgos son los malos tratos reales, o potenciales, el abandono y las separaciones múltiples cuando no se encuentra un sustituto materno estable.

Por otra parte estas manifestaciones clínicas tan llamativas, que constituyen una situación de crisis (es decir un desequilibrio psicológico, emocional, y relacional), desencadenan tanto en el entorno familiar como en el contexto terapéutico, movimientos emocionales intensos y contradictorios como la negación de las perturbaciones graves de la relación, o actuaciones (reparación megalomanía, separación del niño para protegerlo de la influencia nefasta del entorno) susceptibles de conducir a medidas asistenciales inadecuadas.

Partiendo de la idea que para llevar a cabo un proyecto terapéutico es necesario tener en cuenta la globalidad de la situación, hace unos años con otros colegas de trabajo, nos propusimos reflexionar sobre ello y ver si era posible paliar las consecuencias de esos movimientos que comprometen la posibilidad de establecer un proyecto asistencial coherente.

En el equipo del Servicio de Guidance Infantil, donde trabajábamos, nosotros estábamos solicitados, en general, por otros terapeutas que se ocupaban de la situación. con el fin de aconsejarlos y de acompañar a la madre en su relación con su hijo a corto o largo plazo.

Nuestras preguntas eran las siguientes: ¿Es posible, a partir de la demanda inicial de asistencia y en función de lo que conocemos de la madre y de su entorno en el momento de la crisis, anticipar la ayuda y el modo de asistencia que serán necesarios a corto o largo plazo para la paciente y la familia?

¿Cómo, en un contexto caracterizado por una afiliación de urgencia, desencadenante como hemos dicho de movimientos emocionales intensos y contradictorios, y en el que participan generalmente varios especialistas (pediatras, psiquiatras, asistentes sociales etc.) se puede tomar la distancia necesaria para analizar la situación con el rigor deseado de manera que se pueda proponer una modalidad de relación terapéutica lo más satisfactoria posible?

Estas preguntas nos llevaron a estudiar nuestra casuística, con el fin de intentar comprender lo que había podido conducirnos, en ciertos casos, a instaurar medidas terapéuticas relativamente coherentes y lo que en situaciones que se revelaron particularmente difíciles nos había llevado a adoptar medidas que se revelaron inoperantes a lo largo del proyecto asistencial.

El estudio de nuestros casos nos confirmó prácticamente cada vez que un proyecto asistencial había sido inadecuado, podíamos imputarlo a un análisis inicial de la situación demasiado apresurado y por consiguiente incompleto.

Después de estas observaciones, intentamos ver si era posible de establecer unos criterios de evaluación que nos permitieran de concebir un proyecto asistencial lo más coherente y flexible posible. Digo flexible en el sentido de la posibilidad

de modificarlo y adaptado a las exigencias propias de cada momento de la evolución de la situación.

Los criterios que tuvimos en cuenta concernían la evaluación de: las funciones del yo, las relaciones de objeto, las relaciones sociales, y los aspectos profesionales y económicos, preexistentes a la crisis y en la actualidad.

Funciones del yo; tratamos de explorar la capacidad de adaptación de la paciente a situaciones nuevas, su capacidad de utilizar sus propios recursos y los de su entorno, su capacidad de identificar un problema. y su manera de hacer frente, su capacidad de anticipar en función de situaciones reales, la amplitud y limitaciones de sus campos de interés y evidentemente su contacto con la realidad.

Pero evaluar las capacidades y potencialidades de la madre no es suficiente, hay que tener en cuenta también su capacidad o no de actualizarlas. Esto me parece importante pues no siempre es fácil valorar el grado de autonomía o de dependencia en que se encuentra la paciente y esto puede llevamos a confrontarla a situaciones a las cuales no puede responder o al contrario a mantenerla en un estado de dependencia que no favorezca su mejoría.

Relaciones de objeto: aquí vamos a tener en cuenta la capacidad de la madre de establecer y mantener relaciones interpersonales, particularmente con su cónyuge y con su propia madre. La relación de la madre con su propia madre y con su pareja son un factor pronóstico más importante que la gravedad del diagnóstico clínico. Analizaremos también su nivel de discriminación de la imagen de ella misma y del otro en la relación y el reconocimiento más o menos diferenciado del otro como persona total o su utilización como objeto parcial.

De manera general, más la relación de objeto, tal como la percibimos contratransferencialmente o como podemos observarla en la interacción madre-bebé se aproxima de una rela-

ción de objeto total, tendiendo a integrar las imágenes buenas y malas de si mismo y del otro, mas nuestro proyecto asistencial tenderá a organizar un acompañamiento de tipo individual.

Por el contrario, como es el caso en la mayoría de nuestras pacientes, la relación de objeto está marcada por el sello de la indiferenciación y de la relación parcial. Esto hace necesario prever un equipo pluridisciplinario en el proyecto asistencial. Esta modalidad se presta más a poder tolerar y contener las múltiples proyecciones que sin el apoyo de un equipo de trabajo conducen a aptitudes o a actuaciones defensivas que dificultarían la posibilidad de establecer unas medidas adecuadas.

Relaciones sociales: evaluaremos los aspectos cuantitativos y cualitativos de los intercambios relacionales tanto con la familia nuclear como la más extendida así como con el grupo social del entorno. Este aspecto nos interesa en la medida que nos permitirá conocer el número y calidad de los recursos sobre los que podremos contar. La posibilidad de utilizar los recursos del contexto, permiten mantener la continuidad relacional de la paciente lo cual es un factor que puede favorecer su evolución a corto y largo plazo.

Aspectos profesionales y económicos: Formación profesional práctica y teórica adquirida, la estabilidad profesional, independencia económica. La dependencia económica con respecto al entorno es un indicador de fragilidad.

Después de una evaluación lo más completa posible de la situación y a la luz de lo que he dicho anteriormente, el proyecto terapéutico se centrará en la instauración y desarrollo de la relación madre-hijo que se encontrará facilitada por la situación de crisis en la medida que toda crisis ofrece nuevas posibilidades de reorganización psíquica sin focalizar la atención sobre la patología sintomática. Este proyecto lleva consigo, evitar la separación de la madre y el niño. Nosotros hemos observado que los días que siguen el parto, constituyen el momento de más alto riesgo de separación, aunque existe tam-

CAPACIDADES DEL YO	<ul style="list-style-type: none"> - Capacidad de adaptación a situaciones nuevas. - Capacidad de utilizar sus propios recursos y los de su entorno. - Capacidad de identificar un problema y manera de hacerle frente. - Contacto con la realidad.
RELACIONES DE OBJETO	<ul style="list-style-type: none"> - Capacidad de establecer relaciones interpersonales. - Nivel de discriminación de la imagen de si mismo. - Reconocimiento más o menos diferenciado del otro como persona total o su utilización como objeto parcial.
RELACIONES SOCIALES	<ul style="list-style-type: none"> - Cantidad y calidad de las relaciones del grupo social con que puede contar.
ASPECTOS PROFESIONALES Y ECONOMICOS	<ul style="list-style-type: none"> - Formación profesional práctica y teórica. - Estabilidad profesional. - Independencia económica.

bién en otros muchos, éste periodo exige un esfuerzo particular de presencia y de asistencia preventiva.

PROYECTO ASISTENCIAL. INTERVENCION DE CRISIS

Como he dicho cada una de estas descompensaciones del puerperio las abordamos en primer lugar como una crisis específica de la manera siguiente:

1. Intervención sobre la madre

Tratamos de ofrecer a la madre la posibilidad de establecer una relación de confianza, bien investida, con una persona que puede ser una enfermera, una asistente social, un médico que pueda acompañarla y apoyarla, de manera no acusatoria ni intrusiva en tareas concretas y limitadas en el tiempo en la relación con su bebé.

Una tarea difícil, como lo veremos en los casos clínicos de los que hablaré más tarde, es la de evaluar y ajustar la distancia madre-hijo y crear las condiciones que podríamos llamar de “seguridad” para que la madre y el niño puedan entrar en relación sin desorganizarse. Esta distancia es variable de una diada a otra y de un periodo a otro dentro de la misma diada, dándose desde la posibilidad de un mantenimiento a domicilio a la necesidad de la separación y crianza en otra familia.

En este modo de relación terapéutica no se trata de hacer interpretaciones. El terapeuta tiene más bien un papel de contención y de holding frente a la interacción madre-hijo. Comentar los comportamientos del bebé, sus emociones, permitir a la madre expresar los sentimientos arcaicos y la violencia que suscita en ella el bebé, valorar sus movimientos de cariño y ternura hacia él, ayudar a la madre a atenuar los sentimientos dolorosos ligados a sentimientos de inseguridad y de incompetencia, frente a la dependencia del niño, ofreciéndole así un modelo de identificación. Se considera que la interacción con el bebé es fuente de reorganización psíquica.

2. Intervención sobre el entorno

El otro punto importante en éste periodo de crisis es la intervención sobre el entorno, lo que implica establecer una alianza terapéutica con las relaciones significativas de la madre, particularmente con su cónyuge, y su propia madre, pero también con otros miembros de su red sociofamiliar si es necesario.

El padre necesita ser apoyado para no ser invadido por la psicosis de la madre y empujado a comportamientos de rechazo, de violencia de culpabilidad o de reparación omnipotente, y ayudarle a restablecer los sentimientos: de autoestima y de confianza

Es importante evaluar el papel que pueden tener los abuelos y particularmente la abuela incluso si las relaciones de base con la hija están perturbadas como suele ser el caso. Se trata de utilizar lo mejor posible esta relación y hacerla lo más funcional posible.

Es conocido que la duración de la crisis está en relación con la capacidad del entorno de hacerla frente y la evolución es más favorable cuando la paciente está integrada en una red familiar y social estable. La ausencia del padre, sin embargo, es un factor que agrava el pronóstico.

Cuando el entorno familiar carece de recursos, puede hacerse necesario utilizar otros de la comunidad, para aumentar así los medios terapéuticos. Por ejemplo ayudas a domicilio, intervención de otros servicios, o integración en otra familia cuando el entorno es totalmente carencial o inadecuado.

3. Continuidad de cuidados tras la intervención en crisis

En algunos casos el tratamiento se termina con la intervención de crisis, que puede ser relativamente breve como en uno de los casos que describiré en el cual la paciente había logrado un equilibrio satisfactorio, aunque no óptimo, que le permitía adaptarse a las necesidades del niño y asumir las responsabilidades familiares.

En estos casos, teniendo en cuenta la fragilidad residual tanto de la madre como del grupo familiar, puesto que las manifestaciones psicóticas del puerperio atestiguan trastornos

subyacentes, es conveniente mantener un contacto en la medida de lo posible con la paciente y con el entorno.

En otras situaciones puede hacerse necesario después de la intervención de crisis, otro tipo de medidas terapéuticas específicas cómo puede ser: una terapia de pareja una terapia individual o intervenciones específicas sobre el contexto.

La indicación de una terapia de pareja se plantea cuando el equilibrio relacional de la pareja continúa siendo disfuncional, lo cual provoca descompensaciones repetitivas de la paciente y una situación de stress en el cónyuge con la imposibilidad para la pareja para desempeñar su función de padres. (Lalive, Manzano 1981)

La psicoterapia individual apuntará a una reorganización de los vínculos emocionales de la madre con el fin de disminuir la tendencia proyectiva sobre el entorno y particularmente sobre el niño

Cuando el niño ha tenido que ser separado de la madre y acogido en otra familia o en un hogar, una intervención sobre el contexto es necesaria a varios niveles:

1. En la negociación de las relaciones complejas que se establecen entre la madre y las personas que se ocupan del niño, cuando no ha habido abandono y que un vínculo relacional ha podido mantenerse con la madre.
2. El lactante integra muy precozmente los esquemas interactivos y va a incitar activamente al sustituto materno para reproducir las actitudes anteriores de la madre, iniciando (entablando) así una espiral transicional nefasta que puede desembocar en actitudes muy contradictorias de parte de los adultos y en una cadena sucesiva de separaciones.

Estos niños en contacto con su madre, encuentran instantáneamente los comportamientos anteriores. Esto nos mues-

tra, que el niño, no solamente ha incorporado las primeras relaciones con su madre si no que además, constituyen un vínculo privilegiado con ella.

GRUPO DE DISCUSION ABIERTO

En la asistencia de la patología del puerperio existen diferentes modelos de intervención, por ejemplo la constitución de un unidad de cuidados específicos como se practica en París en el equipo de M. David y M. Larnour.

En Ginebra, en razón de una óptica de psiquiatría comunitaria (J. Lalive J. Manzano 1975) se optó por la constitución de un grupo pluridisciplinar que se reunía mensualmente abierto a terapeutas de profesiones diversas (pediatras, asistentes sociales, enfermeras etc.) y terapeutas de diferentes unidades del departamento de psiquiatría a otras instituciones no psiquiátricas, particularmente las que se ocupan de protección de la infancia y la juventud.

Numerosos autores que han puesto en evidencia (Racamier 1970, Searls 1981) las dificultades que encuentra un terapeuta en el tratamiento de psicóticos, estas dificultades se encuentran también con las madres que presentan una descompensación psicótica en el postparto, agravadas por el riesgo de hiperinvolvemento del terapeuta.

Reuniones regulares del grupo de terapeutas, permite la elaboración objetiva de un proyecto terapéutico la distribución de tareas y roles según los objetivos fijados, evitando así caer en la subjetividad.

Las reuniones de grupo son también el lugar donde hablar y elaborar los diferentes conflictos entre los diversos terapeutas inducidos por los mecanismos proyectivos de estos pacientes y de su entorno. (Racamier 1970.)

CASOS CLINICOS

A continuación trataré de ilustrar lo que acabo de decir así como las diferentes dificultades que pueden presentarse a lo largo de los cuidados asistenciales en las descompensaciones del postparto, a través de dos ejemplos clínicos.

La Sra. S.

La Sra. S conocía a su marido desde la edad de 18 años y tenía 24 cuando dio a luz en la maternidad a su primera hija. Carolina nació después de un embarazo que la madre había deseado e idealizado mucho, contrariamente al padre que no tenía demasiadas ganas de tener hijos. El parto fue largo con anestesia peridural y seguido de una hemorragia que necesitó una transfusión de sangre. El padre asistió al parto, el bebé estaba bien y la madre pudo alimentarlo el primer día. En los días siguientes, la paciente se sintió muy cansada, incapaz de ocuparse de su bebé y entró en un estado de agitación con manifestaciones de una sintomatología psicótica, sentimientos de no reconocimiento hacia su bebé que le parecía como una muñeca, un bebé muerto, tenía ideas delirantes de persecución (la miraban mal, le hacían reproches) su discurso estaba desorganizado y estaba muy ansiosa. Diagnosticada de psicosis del postparto, fue trasladada al hospital psiquiátrico sin su hija quien quedó al cuidado de las enfermeras de una clínica obstétrica cercana al hospital.

La paciente fue tratada con neuroléuticos al mismo tiempo se propusieron entrevistas con el marido y el equipo terapéutico del hospital organizó la posibilidad de que la madre pudiese mantener contacto diariamente con su hija.

Acompañada de una enfermera, la Sra. S. iba por la mañana y por la tarde a estar con su hija, en un momento que coincidía con la hora del biberón del bebé. En la medida de lo posible era ella quien se lo daba pero los primeros días esto era

difícil pues a pesar de que ella deseaba ir a ver a su hija, estaba muy desconcertada frente a ella. Con el apoyo de la enfermera pudo poco a poco lograr seguridad y sentirse menos amenazada por su presencia.

El padre se mostró colaborador e implicado en la situación, iba regularmente a ver a su hija y a su esposa y participó en las entrevistas que se le propusieron. La madre de la paciente también estuvo muy presente en este período.

El proceso psicótico en esta situación, se reabsorbió en pocos días pero apareció después un estado depresivo que se trató con antidepresivos.

En este caso, yo no intervine en el período de crisis. Fui solicitada en tanto que especialista del desarrollo del niño y de la relación madre-hijo en el momento que se empezó a proyectar la salida de la paciente del hospital. después de un mes de hospitalización, con el fin de evaluar y organizar las condiciones del regreso a su domicilio.

A la hora de considerar la salida del hospital, nos encontramos con los datos siguientes: La Sra. S. era la mayor de dos hermanos. Su padre, descrito como un hombre impulsivo murió a la edad de 52 años de una septicemia consecutiva a una operación de hernia discal. A la muerte de su padre la Sra. S. presentó un estado depresivo que necesitó una hospitalización en medio psiquiátrico seguido de un tratamiento ambulatorio durante algunos meses.

La madre de la paciente es una mujer muy dinámica y activa con un carácter fuerte frente a quien su hija se sitúa como una niña pequeña sumisa e inferior al mismo tiempo que la idealiza mucho. Actualmente tiene una vida afectiva estable, aunque no se ha vuelto a casar. La paciente parece tener buena relación con el amigo de su madre.

Con su hermano dos años más joven que ella no tiene mucho contacto, pues se dedica al mundo de la música y pasa largos períodos de tiempo en el extranjero.

El Sr. S. es un hombre también joven, tímido, que expresa poco sus emociones, frágil pero bien protegido por defensas del carácter de manera que es poco accesible a su mundo interno. Es hijo único y se muestra distante de sus padres que están divorciados:, sin embargo está bien integrado en la familia de su esposa que él ha investido como una familia de sustitución. Tiene formación y es estable en su trabajo.

En el contexto familiar contaban también las dos abuelas de la Sra. S a quien ella estaba muy ligada afectivamente.

La Sra. S. había hecho la misma formación profesional que su madre recepcionista-telefonista y trabajaba desde hacía varios años en la misma empresa con un sentimiento de estar bien integrada y manteniendo buena relación con sus superiores. Ella tenía la intención de retomar su trabajo después de su permiso postnatal.

Si nos referimos a nuestra escala de evaluación, a nivel de las *relaciones de objeto* observamos que la paciente tenía relaciones estables con su madre su marido y otros miembros de la familia sin mayores conflictos manifiestos. A un nivel más profundo, podíamos entrever una problemática de individuación con respecto a la madre y al marido que se hará más evidente en otro momento de su evolución. Por otra parte las relaciones terapéuticas estaban bien investidas siendo capaz de recibir ayuda y de gratitud.

Con su hija, estaba atenta a sus necesidades, se mostraba afectuosa pero aunque había ganado confianza todavía temía mucho no saber ocuparse de ella. Esta joven pareja estaban insertos en un contexto sociofamiliar en el que podían contar de manera activa con la madre de la paciente y con otros apoyos relacionales y afectivos como las abuelas y un círculo de amigos entre los que habían elegido los padrinos de su hija.

En cuanto a las *capacidades del yo*, podemos decir que la Sra. S. tenía una percepción realista de ella misma, sintiéndose capaz de volver a su casa pero consciente de su inseguri-

dad y de su fragilidad temiendo sentirse sobrepasada y no llegar a ocuparse de su hija. En la vida corriente, era una persona activa, preocupada por su hogar cuidando cada detalle de manera un poco obsesiva. Hacía muchas cosas, a parte de los trabajos cotidianos como ganchillo, punto, pero su hobby eran las flores secas con las que hacía cuadros muy bonitos.

Al análisis de estos elementos, es decir, el estado de la paciente, lo que habíamos podido observar de su relación con su hija y con las diferentes personas significativas para ella, sus antecedentes socioprofesionales y el deseo de los padres convinimos que el tratamiento podría continuarse ambulatoriamente. Fue en este contexto que yo conocí a la paciente con quien tuve dos entrevistas antes de que saliese del hospital con el fin de establecer una alianza terapéutica y poder proseguir el tratamiento. La paciente me invistió de manera positiva de entrada pues yo representaba para ella la persona que podría ayudarla a recuperar su estado habitual y a poder ocuparse de su hija con la esperanza de poderse olvidar lo que le había pasado.

Convinimos con ella y su marido que una enfermera iría a domicilio una vez por semana para apoyar a la madre, yo misma vería a la paciente también una vez por semana con el fin de poder hablar y entender las dificultades que podía encontrar en la relación con su hija y en su nuevo papel de madre y ayudarla también a integrar la vivencia, para ella traumática, del postparto pues se sentía profundamente herida y frustrada de lo que le había pasado. Además había que controlar la medicación.

Venía regularmente a las entrevistas y su discurso estaba centrado en la necesidad de asegurarse que todo iba bien. Generalmente venía a las entrevistas con su hija y se mostraba muy orgullosa de ella. Carolina, solía estar tranquila, cuando no dormía parecía un bebé interesada por el entorno y entraba fácilmente en interacción con la madre o conmigo. La madre estaba atenta a sus manifestaciones y necesidades y me parecía

que había una buena adaptación entre ellas. La paciente recuperó bastante rápidamente su funcionamiento habitual, siendo capaz progresivamente de asumir su hija y su familia de manera satisfactoria. Tuvo un momento de gran ansiedad cuando su marido, que había tomado dos semanas de vacaciones para poder apoyarla, empezó a trabajar, pero logró sobrepasarlo bien. También temía un cambio de domicilio que realizaron en ese período pero pudo adaptarse bien y nuestras entrevistas terminaron cuando se sintió segura en su casa nueva. El tratamiento duró en total seis meses.

A lo largo de estos seis meses, pudimos abordar algunos aspectos del duelo de la muerte del padre, que se reavivaron de manera evidente con su experiencia de la maternidad. Por ejemplo algo que despertó muchísima angustia en ella, fue el temor de morir de una septicemia, como su padre, a causa de la transfusión que tuvo que recibir después del parto. Tanto la muerte de su padre como la experiencia de la hospitalización, eran vivencias de las que la paciente estaba bastante desconectada y pude observar que en su manera de funcionar, tenía tendencia a disociar los afectos dolorosos, particularmente de tristeza y a racionalizar sus experiencias.

Estos mecanismos nos condujeron al hecho que, cuando la paciente se sintió capaz de asumir sus responsabilidades sobre un plano concreto ya no había necesidad de continuar recibiendo más ayuda. Yo me quedé con el sentimiento que solamente le era posible elaborar conflictos en momentos de crisis.

Unos meses después recibí noticias tuyas por teléfono, me dijo que todo iba bien y no volví a saber nada más hasta cuatro años más tarde, cuando la Sra. S. me llamó con la necesidad de asegurarse de que me acordaba de ella. Estaba en su sexto mes de embarazo de su segundo hijo y quería saber si yo estaría de acuerdo de ocuparme de ella si se presentaba algún problema en el postparto.

Tuvimos una entrevista en la cual sobresalía la lucha de la paciente entre el temor de una nueva descompensación y la necesidad absoluta de convencerse que esta vez podría reparar la herida todavía muy dolorosa de su precedente experiencia.

Esta lucha se reflejaba en su decisión de venir a verme pero sin poder aceptar otra entrevista que le propuse con su marido porque eso sellaba para ella la posibilidad de un nuevo traumatismo. Sin embargo varios signos me hacían pensar que no iba bien. Una cierta inadecuación en su indumentaria, hacía frío e iba vestida con ropa ligera. Tenía problemas de sueño. Insistía en que su hija Carolina estaba muy contenta de tener una hermana y se alegraba de poder ayudar a su madre. Eso me hizo pensar en una confusión con su hija de quien esperaba que ésta pudiese asumir lo que ella temía no poder hacer.

Tres meses más tarde fue el marido quien me llamó alarmado porque desde hacía dos días su esposa estaba en un estado de desorientación y perplejidad total, sin poder entrar en contacto con ella. Los recibí unas horas más tarde y en efecto la Sra. S. presentaba un estado que podríamos llamar de estupor catatónico, con una mirada perdida, sin decir una palabra, inmóvil, desorientada y desconectada de toda sensación y percepción hasta el punto que fui yo quien percibió que la Sra. S estaba teniendo contracciones cada vez más frecuentes. Consideré que lo urgente en esos momentos era el parto y aconsejé al marido que la llevara enseguida a la clínica. Informé al ginecólogo del estado de la paciente y me propuse ir a verla al final de la tarde. Debo decir que el estado de la paciente, impresionó enormemente al personal de la clínica y que yo había minimizado el efecto que podía tener sobre un personal que no está acostumbrado a ver ese tipo de patología. El parto fue muy rápido y fácil y el bebé estaba muy bien.

Cuando llegue al hospital, me estaban esperando ansiosamente para trasladar a la paciente al hospital psiquiátrico, co-

sa que tuve que hacer sin poder negociar ninguna otra posibilidad.

Cuando fui a ver a la paciente, estaba acompañada de su marido y dos enfermeras, tenía su hija sobre ella. La actitud de la madre variaba entre pequeños momentos de satisfacción de ver y sentir a su hija pudiendo tener gestos adecuados hacia ella, seguidos de momentos en los que estaba agitada, perpleja, desconectada de la realidad. Las ideas delirantes concernían sobre todo a la filiación viendo a su marido como un representante del diablo. Cuando nos pareció que la presencia de su hija era demasiado angustiada, fue la enfermera quien se ocupó de ella.

En este contexto acompañe a la paciente al hospital psiquiátrico y en colaboración con el padre y el médico del hospital organizamos el mismo modo de asistencia que la primera vez: tratamiento neuroléptico, visitas diarias a la clínica y entrevistas con el marido.

La remisión de su estado fue muy rápida y basándonos en la evolución de la primera descompensación y en el hecho de que los recursos familiares y el contexto socioprofesional no habían cambiado, decidimos el retorno de la paciente a domicilio con el bebé al cabo de dos semanas de hospitalización.

Yo seguí viendo a la paciente con su marido y el bebé una vez por semana. Después de una mejoría que siguió a las primeras semanas de regreso a casa, hubo una regresión y empeoramiento al mismo tiempo que se fue descubriendo en las entrevistas un conflicto conyugal importante. En realidad la concepción de este segundo hijo se situaba ya en ese contexto y en la cabeza de la madre tenía como misión retener al padre.

En las entrevistas el Sr. S. se mostraba afectuoso con su hija y asumía un rol de sustituto materno, al mismo tiempo que estaba muy agresivo con su esposa, haciéndole muchos re-

proches, y con actitudes muy inadecuadas hacia ella. La Sra. S. se fue sintiendo cada vez más amenazada y fracasada en su deseo de reparar su primera experiencia y de salvar la pareja. Finalmente tuvo que ser hospitalizada nuevamente con un estado depresivo grave. El Sr. S. decidió separarse de su esposa quien tuvo muchísima dificultad de elaborar el duelo de esta separación. En este período, se puso de manifiesto una relación muy dependiente hacia su propia madre y hacia el mundo con un sentimiento de identidad propio extremadamente frágil.

Poco a poco pudo llevarse a cabo un trabajo de individuación que consolidó su sentimiento de confianza y su capacidad de autonomía, y un día me dijo “Conocí a mi marido cuando tenía dieciséis años y no pude forjarme una personalidad propia, por eso me ha sido tan doloroso separarme de él”. La hospitalización duró casi un año, y como el Sr. S. no podía ocuparse diariamente de sus hijas, tuvimos que buscar nuevas soluciones.

La hija mayor pudo ser acogida en la familia de su madrina que era como dije una pareja amiga de los padres que tenían dos hijos, uno de ellos de la edad de Carolina. La niña pequeña Camila, fue acogida en un hogar donde la madre iba a verla cada más o menos tiempo según el estado en que se encontraba y siempre acompañada por una enfermera. Este nuevo encuadre, implicaba la necesidad de hablar regularmente con las cuidadoras del jardín de infancia del hogar que se ocupaban de Camila así como con las enfermeras que acompañaban a la madre y que estaban confrontadas con las interacciones madre-hija con frecuencia difíciles de gestionar. La madre podía estar por momentos muy inhibida, con poca expresión de emociones, muy lenta en sus reacciones con momentos de desinterés por su hija. Todo esto provocaba gran malestar y sentimientos contradictorios en las personas que la asistían. Camila se mostraba muy ligada a su madre y todo signo de reconocimiento de su hija hacia ella, así como la verificación de

que se iba desarrollando normalmente, eran elementos organizadores para ella.

Dado que la evolución de la paciente era muy lenta, ya que el padre se había despreocupado particularmente de Camila, se buscó una familia de acogida para las dos niñas, con quien la madre pudo establecer una relación de confianza y quien actualmente continúa siendo una familia de referencia para la Sra. S.

Un trabajo de apoyo se hizo acerca de esta familia en todo el trabajo de adaptación de Carolina y de Camila por el asistente social del Servicio de la protección de la infancia.

A medida que el estado de la paciente fue mejorando y que pudo salir del hospital para regresar a su casa se fue organizando la posibilidad de que la madre pasara una tarde con sus hijas, un fin de semana, etc., hasta que le fue posible poder ocuparse de manera continua de ellas. Todo esto exigía un trabajo de colaboración entre todas las personas que se ocupaban de la situación, psiquiatra, enfermeras asistente social, familia de acogida y yo misma.

La madre de la paciente siguió teniendo una relación de apoyo hacia su hija. El marido aunque se alejó de sus hijas en los primeros meses de su separación, siempre ha mantenido el contacto con ellas. Las ve regularmente cada quince días el fin de semana y pasan con él la mitad de las vacaciones.

En cuanto a la evolución de estas niñas brevemente puedo decir que se han desarrollado normalmente, son inteligentes, siguen bien su escolaridad. La mayor tuvo algunas dificultades al principio del aprendizaje de la lectura y escritura y siguió un tratamiento de logopedia durante un año, es una niña bien adaptada, descrita por su madre como poco afectuosa y vulnerable. Camila es una niña muy viva cariñosa, sensible a los estados afectivos de la madre, un poco hipermadura en ese sentido. Hace un año indiqué una psicoterapia para ella porque estaba agitada y desbordada por fantasmas sexuales y agresivos.

vos demasiado crudos y eso repercutía en su relación con sus compañeros en la escuela.

La Sra. R.

La Sra. R de origen italiano, fue educada por su abuela materna desde la edad de los dos años hasta los trece que vino a Ginebra con sus padres donde ellos trabajaban. Desde el primer momento la relación con su madre fue muy conflictiva y esto motivó una consulta en el Servicio Médico Pedagógico durante su adolescencia. La relación con su padre era mejor. Murió cuando la Sra. R tenía 24 años. Con su hermano más joven que ella, tiene una relación también bastante conflictiva. Conoció a su marido cuando tenía 19 años y se casaron ocho años después. Trabajaba como obrera en una joyería, era muy eficaz en su trabajo y en las tareas de su casa. Era una mujer muy organizada y activa, y asumía muchas cosas en su pareja. El marido también de origen italiano era más dependiente y pasivo.

Hacía dos años que estaban casados, cuando decidieron de tener un hijo. Durante el embarazo la Sra. R engordó 30 kg., se sentía muy ávida y con ganas de comer todo el tiempo. En el sexto mes de su embarazo, murió su abuela de un cáncer de páncreas. Esto la afectó muchísimo, pues le hubiese gustado mucho mostrar su hijo a su abuela, quien para ella era el modelo materno. El parto fue normal, el niño que llamaré Lucas estaba bien. La madre del marido había venido para acompañar a la Sra. R en las primeras semanas después del nacimiento, y todo iba bastante bien hasta que la abuela regresó a su país dos semanas más tarde como había sido previsto. La Sra. R comenzó a sentirse totalmente incapaz de ocuparse de su hijo, en quien ella proyectaba una imagen muy ávida y dependiente imposible de satisfacer. Diferentes tentativas de asistencia, a través de enfermeros a domicilio que aconsejaron a los padres consultar con un especialista fracasaron y ellos

mismos decidieron viajar a Italia a casa de la abuela con la esperanza de que en su compañía, la madre se sentiría más segura y capaz de ocuparse de su hijo. Esto no fue así, la Sra. R estaba cada día más deprimida y tuvo que volver a Ginebra, y ser hospitalizada pues presentaba un estado depresivo melancólico grave (ansiedad, insomnio, sentimientos de incapacidad, de incurabilidad, de indignidad, ideas de suicidio con pasos al acto en momentos de desinhibición). A Lucas lo habían dejado con la abuela y esta separación culpabilizaba y despertaba en la madre sentimientos de abandono que ella misma había vivido y que eran fuente de una agresividad enorme. Los dos padres se sentían muy dolidos de estar separados de su hijo pero al mismo tiempo se sentían incapaces de asumirlo.

El primer modo de intervención realizada en el contexto del hospital, se centró, en ayudar a los padres a encontrar en qué condiciones y con qué ayuda podrían lograr ocuparse de su hijo y mantener la relación con él. El padre que hasta ahora se había mostrado, dependiente y pasivo empezó a asumir un papel activo y a poder imaginarse en su rol de padre e incluso como sustituto materno, haciendo prueba también de un fuerte apego a su esposa y a su hijo.

Lucas tenía ya seis meses cuando el padre fue a buscarlo, y como la madre estaba todavía hospitalizada, durante el día era cuidado por la portera de la casa con quien ellos tenían buena relación y que jugaba un papel de abuela hacia ellos. Cuando el padre volvía del trabajo, recogía a su hijo y se ocupaba de él.

La madre deseaba ver a su hijo pero estaba muy angustiada frente a él. Iba una hora cada día a estar con él acompañada de una enfermera. Fue al poco tiempo de instaurar este tipo de visitas cuando las enfermeras solicitaron la colaboración de un paidopsiquiatra, pues estaban muy desconcertadas e inquietas frente a la relación de la Sra. R con su hijo, de manera que no sabían como ayudarla.

En efecto, la Sra. R entraba en un estado de ansiedad y de angustia muy grande en el momento que se encontraba con su hijo. Tenía gestos muy rígidos (mezcla de amor y de odio) y el niño empezaba a llorar nada más verse en brazos de su madre. Esto evidentemente aumentaba su inseguridad y la daba la impresión que su hijo tenía miedo de ella, como ella misma tenía miedo de sus propias pulsiones hacia él. Estaba invadida por el temor de dañarlo y de ahogarlo, y tenía actitudes muy intrusivas y sádicas con él. Por ejemplo le limpiaba constantemente las manos, los oídos y la nariz hasta hacerle llorar. Después de cada cucharada de comida que le daba, se sentía obligada a limpiarlo alrededor de la boca. No podía soportar que su hijo estuviese sucio, además cada vez que lloraba, ella suponía que era porque estaba sucio y tenía que verificarlo inmediatamente. A lo largo de las entrevistas con ella pude comprender, que esto estaba en relación con la imagen de una madre que le obligaba a hacer la limpieza bajo amenaza de pegarle. El niño aquí aparecía identificado a la madre que le obligaba a limpiar al mismo tiempo que identificada ella misma a la madre temía pegar a su hijo cuando éste se manchaba.

Los deseos agresivos hacia su hijo eran muy conscientes y la paciente sufría mucho porque estaban en contradicción con los sentimientos de amor, el apego que tenía hacia él y su deseo de ser una madre perfecta. Sus exigencias en este sentido eran sin límites y se vivía como totalmente incapaz, nula y mala madre. Por otra parte. la dependencia y exigencias propias del bebé despertaban en ella deseos muy primitivos, el bebé se encontraba en el lugar que ella reivindicaba y aparecían con frecuencia confundidos en su discurso como cuando ella lo llamaba mamá.

Frente a este disfuncionamiento interactivo tan masivo, se impuso reducir las visitas a domicilio y favorecer la posibilidad de que la paciente se encontrase con su hijo en el hospital en compañía del padre con quien el niño se sentía más seguro. Nuestra hipótesis era que en este contexto, la madre se senti-

ría menos amenazada por la presencia de Lucas ya que podría apoyarse en su marido y que no tendría una tarea precisa que realizar con su hijo, como era el caso cuando lo veía en la casa. Este nuevo encuadre, aportó un alivio para la madre, y nos permitía ayudarle poco a poco a integrar los sentimientos violentos que la invadían en su función de madre.

Debo decir que el tratamiento de esta paciente presentó grandes dificultades, tanto en el marco del hospital como en la relación madre-hijo. Su evolución fue muy lenta y estuvo sembrada de numerosos intentos de suicidio más o menos serios. Su actitud, quejosa, exigente, dependiente, nunca contenta despertaba sentimientos y contraactitudes agresivas entre las diferentes personas que se ocupaban de ella, haciendo necesarias reuniones regulares para poder comprender y elaborar todo lo que esta paciente depositaba y provocaba en cada uno de nosotros.

Presentaba un funcionamiento sobre un modo oral muy regresivo, con una agresividad violenta dirigida a la imago materno, cuando no estaba dirigida contra ella misma, (intentos de suicidio) bajo la forma de reproches y reivindicaciones de todo orden, negando que pudiese haber un vínculo entre su relación con su madre y lo que vivía con su hijo.

Entrevistas regulares con la pareja, permitieron al padre poder sobrepasar momentos de depresión y de desesperanza ligados al estado de su esposa y a su decepción frente al sentimiento de haber fracasado en su proyecto familiar.

Cuando la paciente pudo salir del hospital, su estado era todavía frágil y fue necesario continuar la asistencia en el marco de un Centro de Día donde la paciente es seguida actualmente. Además, fue apoyada durante tres años por dos enfermeras a domicilio, a una frecuencia de una o dos veces por semana según su estado.

Si no se instauró una psicoterapia con esta paciente, fue porque pudimos observar que estaba demasiado invadida por lo que vivía en la actualidad, y un encuadre psicoterapéutico era demasiado frustrante para ella e insuficiente para contener su estado de regresión y dependencia.

En mi relación con esta familia, yo estaba investida como la persona garante de la evolución de Lucas. Mi papel consistía en apoyar y asesorar a las personas que trabajaban directamente con la familia y que se ocupaban de Lucas, como las cuidadoras del Jardín de Infancia y las maestras. También lo veía en consulta de vez en cuando para hacer una evaluación de su desarrollo.

Lucas presentó un ligero retraso del desarrollo del lenguaje, problemas relacionales con sus camaradas en el Jardín de infancia, en la escuela buscaba la compañía de otros niños y era apreciado pero estaba distraído, le costaba terminar sus tareas, solicitaba enormemente a la maestra, parecía inquieto e inseguro. Lucas era un niño inteligente, simpático que llamaba la atención por su capacidad de expresar su necesidad de ser ayudado para contener su mundo interno conflictual y caótico, por momentos poblado de fantasmas amenazadores que le expresaba en forma de miedos de las calderas de calefacción, del aspirador, del ascensor, de los circuitos eléctricos. Yo hice un diagnóstico de personalidad límite.

Los padres no pudieron aceptar ninguna medida terapéutica específica para Lucas, hasta el momento en que la madre se sintió ella misma mucho mejor, entonces pudieron identificarse con la posibilidad de que Lucas podía mejorar si recibía ayuda. Lucas, empezó una psicoterapia tres veces por semana cuando tenía siete años y está siguiendo una evolución muy buena. Yo sigo siendo la persona de referencia de la evolución de Lucas para los padres con quien mantengo un contacto regular.

BIBLIOGRAFIA

- DAVID, M. 1987. "Souffrance du jeune enfant exposé à un état psychotique maternel". *Perspectives Psychiatriques* 6/1, 7-21.
- DUFOUR, R, LAMUNIERE, M. C. Y PÉREZ, E. 1980. "Interventions multiples, interventions Individuelles?" en Garrone, G., Jablensky, A. y Manzano, J., *Jeunes Parents Psychotiques et leurs enfants*: Lyon Villeurbanne: SIMEP.
- GAMER, E. GALLANT, D. Y GRUNEBBAUM, 1978. "Children of Psychotic Mothers", *Arch. Gen. Psychiatry*, 33, 311-317.
- GARRONE, G, JABLENSKY, A. Y MANZANO J., 1988. *Jeunes Parents Psychotiques et Leurs Enfants*". Lyon Villeurbanne: SIMEP.
- HOCHMANN, J., NESPOR, C. Y GRAVIER, S., 1984. 'Les mères psychotiques sont-elles de bonnes mères ?', *L'information Psychiatrique*, 60/1, 29-41
- LAMOUR, M. Y BARRACO, M., 1988. "Le nourrisson de mère psychotique: une singulière exposition", *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie*. 12, 105 - 118.
- MERIET, A. Y ROTTMANN, II., 1988. "Le maintien des liens avec un parent psychotique et son impact sur le développement du nourrisson." *Perspectives Psychiatriques* 6/1, 23-30.
- RACAMIER, P., 1961. "La mère et l'enfant dans les psychoses post-partum". *Evolutions Psychiatriques*, 525-570.