

A. M. Jiménez Pascual¹
M. V. Cervera Monteagudo²
J. Ruiz Aranda³
M. L. Bustamante Castillejos³

1 Psiquiatra
2 Psicóloga
3 Aux. Psiquiátricos
Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil, Alcázar de San Juan

Correspondencia:

A.M. Jiménez Pascual
Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil
Hospital Comarcal
Av. de la Constitución, s/n
13600 Alcázar de San Juan (Ciudad Real)

Estructuras intermedias: una experiencia concreta con niños graves

Intermediate structures: a specific experience with children with serious mental pathology

RESUMEN

Se explica la puesta en marcha de las unidades de Terapia para el abordaje de los niños con una patología mental grave, en un área sanitaria y dentro del funcionamiento de un equipo específico de Salud Mental Infanto-Juvenil.

Se especifican algunos casos clínicos en relación con la población atendida, incluyendo además niños con ciertos problemas orgánicos, porque entre otras razones viven estos trastornos como si fueran carencias y frustraciones causadas por el medio, además de las alteraciones de la relación madre-hijo que todo esto causa.

Dentro de la organización se plantea esta actividad como centro de día con un funcionamiento parcial, habiendo creado tres grupos de trabajo, dependiendo de la edad y número de niños en tratamiento.

Se especifican tres objetivos fundamentales: 1. Favorecer los procesos psíquicos en el niño y que pueda tener unos mecanismos mentales menos rígidos. 2. Trabajo con la familia, facilitando y elaborando las dificultades de relación con ellos, intentando desbloquear situaciones de interrelación familiar muy patógenas. 3. Posibilitar que sigan integrados en su medio escolar.

PALABRAS CLAVE

Abordaje patología mental grave; Unidades de terapia; Centro de día; Psicosis.

ABSTRACT

The starting of the units of therapy is explained for the approach of children with a serious mental pathology, in a health area and within the functioning of a specific team of infant-youth mental health.

Some clinic cases connected to the population attended to are specified, including children with certain organic problems, because among other reasons they suffer from these confusions as though they were lacks and frustrations caused by fear, in addition to the alteration of the relationship mother-child that all this causes.

This activity has been established inside the organization as day centre with a partial functioning having created three groups of work, depending on the age and number of children under treatment.

Three basic aims are specified: 1. Helps the psychic process in the child and help him have a less rigid mental mechanism.

2. *Work with the family, facilitating and working out the difficulties of relation with them, trying to unblock very pathological interrelation family situations.*

3. *Enable them to remain integrated in their school centre.*

KEY WORDS

Serious mental pathology approach; Units of therapy; Day center; Psychosis.

INTRODUCCIÓN

En el Equipo de S.M.I.J. del Área de Alcázar de San Juan, se decidió empezar a trabajar con niños con una problemática mental grave, y amoldamos nuestro funcionamiento de forma permanente para que esto se pudiera desarrollar. Este programa lleva en funcionamiento desde mayo de 1992, pero somos conscientes de que aún adolece de falta de consistencia, hay muchas cosas de estos niños que no entendemos, por lo que no podemos transmitirlos. Este trabajo se basa en la experiencia del 1^{er} año.

Hasta ahora no habíamos podido abordar adecuadamente estas patologías, por una parte, porque inicialmente al ponerse en marcha el equipo había que cumplir objetivos más prioritarios, atendiendo a patologías más leves, pero de mucha mayor incidencia; también desarrollar un trabajo comunitario y con Atención Primaria, organizando programas preventivos. Por otra parte, los métodos tradicionales de tratamiento no se adecuan bien para atender estos casos, requiriendo una estructura de funcionamiento fijo que con el personal que se estipula para cada unidad, era imposible de organizar, así como unas condiciones materiales y de espacio difíciles de encontrar. Unido a todo ello, posiblemente una de las mayores dificultades sea la experiencia y formación del propio equipo, que como hemos comprobado necesita un largo período para su cohesión y funcionamiento común.

Esta situación ha favorecido que estas patologías mentales sean abordadas fundamentalmente por los Equipos de Educación y en concreto por Colegios de Educación Especial, con una perspectiva más psicopedagógica.

Después de seis años de funcionamiento, esta unidad ha contado con una coyuntura más favorable para iniciar esta trayectoria, teniendo en cuenta además que creemos que es desde la clínica, aunque en coordinación con Educación, que hay que dar una alternativa de tratamiento.

En el año 92 pues, donde hemos podido contar con más personal y ha habido una mayor sensibilidad de los pediatras ante esta patología, derivando más casos graves a esta Unidad, se decidió poner este programa en marcha.

OBJETIVOS

1. Favorecer los procesos psíquicos en el niño, a través de facilitar unas vivencias que le permitan gradualmente salir del estado de retraimiento, y tener unos mecanismos menos rígidos, así como elaborar sus temores y ansiedades.

2. Trabajo con la familia, facilitando y elaborando las dificultades de relación con estos niños.

3. Posibilitar que sigan integrados en su medio ambiente familiar y escolar, pero por ser niños donde el umbral de tolerancia al medio es bajo, posibilitarles una contención y soporte institucional⁽¹⁾.

MATERIAL

Población atendida: inicialmente planteamos que el programa iría destinado a todos aquellos niños comprendidos entre tres y siete años aproximadamente, con una patología mental grave, entendiendo como tal Psicosis, Autismo, Depresiones graves y Disarmonías evolutivas^(2,3), cuyos motivos de consulta pueden ser Retrasos madurativos, Retrasos en el lenguaje, Trastornos de Conducta, Angustia de separación..., lo que puede llegar a confusión en la valoración del diagnóstico. Sin embargo, por los casos que han ido llegando, hemos tenido que limitar el número, dependiendo de nuestros recursos, así como ampliar las edades, lo que nos ha obligado a crear dos grupos.

Incluimos niños con trastornos orgánicos, porque creemos que además de la dificultad de diferenciación de las psicosis infantiles, estos niños^(4,5), efectivamente viven estos trastornos como si fueran carencias y frustraciones causadas por el medio, además de las

40 alteraciones de la relación madre-hijo que todo esto causa.

Describiremos brevemente a los niños de la Unidad de Terapia-I, los pequeños, para ver con mayor claridad la problemática incluida en este programa.

Casos

1. *M.* tiene cuatro años cuando acude a consulta. Es derivado desde Servicios Sociales, donde estaba siguiendo un tratamiento de Logopedia; sabemos que a los pocos días de nacer, tuvo que ser ingresado por desnutrición, pasando posteriormente a la casa-cuna; fue adoptado a los 18 meses. Durante ese período es descrito como un niño poco atractivo (posible cuadro depresivo), por lo que ninguna cuidadora tuvo un vínculo especial con él; se autoagredía frecuentemente, se comía sus pelos y tenía frecuentes ataques de rabia. El estudio orgánico realizado no reveló ninguna patología orgánica. En el momento de traerle a consulta, la escolarización era escasa; había empezado a ir al colegio, pero la madre lo retiró, ya que sentía que la maestra lo relegaba, habiéndolo considerado tonto desde un principio; también su adaptación fue mala, mostrando gran inquietud.

Prácticamente no tenía lenguaje hablado en las primeras consultas, aunque entendía prácticamente todo, y en muchos momentos se hacía entender por señas. Su actitud general es hiperactiva, continuamente se muerde la manga y el pecho del jersey y frecuentemente se toca los genitales, en un movimiento rápido (y más diríamos que de comprobación, y no de excitación). Con los adultos tiene una clara ambivalencia: necesita continuamente la atención de uno de nosotros, y da muestras de afecto, besando y sonriendo, para inmediatamente morderte y arrancarte, si puede, un puñado de pelos, y masticarlos. Con el resto de los niños, al principio no establece una clara relación, mostrándose celoso y rabioso cuando acaparan a un adulto; con ellos también suele morder y tirar de los pelos, aunque en muchas ocasiones no haya motivo aparente. No tiene adquirido el juego simbólico, pero sí entiende las normas de los que le proponen, y puede participar. Muy baja tolerancia a la frustración, tiene frecuentes rabietas, y en algunas ocasiones se autoagrede (claramente advertimos que es en los momentos que desearía pegar a otro niño, y sobre todo adulto → no dañar al objeto). Frecuentemente anda de puntillas y presenta muchos temores para movimientos corporales.

2. *D.* tiene tres años y 10 meses, al venir por primera vez. Es derivado por el Psicólogo del centro Social de Tomelloso, por posible cuadro de "Hospitalismo". Tiene cinco hermanos, teniendo el más pequeño de ellos 10 años. No deseado, fuerte rechazo en los primeros meses de embarazo, con ideas de aborto. Nació con los pies zambos, y posteriormente ha sido diagnosticado en neurología de "Encefalopatía no evolutiva", presentando una ligera hemiplejía del lado izquierdo. Todo ello, además de causarle importante retraso en el desarrollo psicomotor, creó un sentimiento de culpa muy intenso en la madre, al temer que su rechazo inicial le hubiese dañado. Había sido tratado con anterioridad por el fisioterapeuta, pero la madre dejó de acudir, "porque sólo le trataba la pierna, pero no su problema mental". A la edad de dos años y medio, fue operado de los pies, a raíz de entonces, las pocas sílabas que decía, dejó de hablarlas, teniendo una actitud agresiva continuamente, mordiendo y pegando a cualquiera que se le acercara. Cuando viene a consulta, no tiene ningún tipo de lenguaje, no parece entender tampoco nada, no expresa ningún tipo de deseo, salvo el estar pegado a la madre. Efectivamente, presenta una problemática simbiótica muy intensa, teniendo que trabajar individualmente con ambos durante dos meses antes de comenzar el grupo (el trabajo se centró en estimular deseo fuera de la madre, y que poco a poco fuera tolerando mayor distanciamiento de ella, hasta llegar a saber que aunque la dejara de ver, la volvería a encontrar). Estableció relación simbiótica con uno de los Terapeutas, pero así pudo incorporarse al grupo, donde se mostraba muy inválido, muy pequeñito, muy asustado y sin poder participar inicialmente en nada; por lo general podía estar abrazado y acurrucado por el Terapeuta, y desde allí observar. Tenía una torpeza motórica importante, y ansiedades corporales intensas (al quitarle los zapatos, lloraba angustiosamente, probablemente por la inseguridad que sentía, pero también por la confusión entre el zapato y su propio pie. Cuando superó esta fase, su mayor ilusión era ponerse los zapatos de los demás, especialmente de algún adulto, creemos que como símbolo de seguridad y fortaleza). No tenía ningún juego organizado, ni atendía ninguna norma, tan sólo metía y sacaba cosas de una caja (sinónimo tal vez de tener y no tener él mismo cosas dentro). La relación con los demás niños era nula. Aunque estaba en edad escolar, debido a su gran retraso, se opta por que ingrese previamente en una guardería.

3. *J.* tiene tres años y 11 meses al venir por primera vez. Es enviado por el Director de la guardería donde acude, porque por las dificultades de lenguaje que presenta, y una vez descartado en neurología proceso orgánico, parece importante una evaluación psíquica.

Hijo único, muy deseado, tardó cuatro años en llegar. Amenaza de aborto; después del parto, la madre tuvo que permanecer ingresada unas tres semanas, quedando el niño al cuidado de la abuela materna. En principio era un niño sonriente y tranquilo, pero también con frecuentes infecciones de repetición de vías respiratorias, con problemas para respirar, lo que angustiaba y agobiaba mucho a la madre. Hacia el año, dejó de tomar cualquier alimento sólido, negándose a comer si no era leche y poco más (aunque estaba gordito cuando llegó a consulta). En las primeras entrevistas, para la madre el niño era sólo un cuerpo lleno de enfermedades y problemas, del cual nunca había podido disfrutar efectivamente, estando continuamente obsesionada con que tuviera algún accidente y algún otro percance físico.

Mostraba una angustia de separación de la madre importante, y actitudes muy regresivas, de bebé asustado y llorón. En su vida cotidiana, su madre no le permitía separarse de ella, por temor a algún accidente, por lo que tenía muy poca autonomía; él también se mostraba temeroso y continuamente apegado a ella. Prácticamente no utilizaba el lenguaje verbal, aunque sí se hacía entender muy bien por gestos. Lo entendía todo, pero muy frecuentemente no parecía oír, estando ausente y aislado, lo que entendimos como defensa autista; cuando hablaba era un lenguaje confuso, mal articulado, y si se le insistía en que pronunciara bien, volvía a su aislamiento.

Cuando salía del aislamiento con el adulto se mostraba muy regresivo, pero también era con el que quería jugar a pelear, teniendo, eso sí, que ganar siempre. Con los demás niños, apenas tenía relación, mostrando temor a ser agredido, y siendo incapaz de defenderse. Con todo, era uno de los niños con mayor capacidad simbólica del grupo.

4. *P.* también tenía tres años y medio cuando fue derivado por su pediatra, por el retraso psicomotor que presentaba. Tiene tres hermanos mayores; embarazo no deseado, tuvo problemas respiratorios al nacer después de un parto pretérmino, estando ingresado 12 días en prematuros. En el momento de venir a consulta, apenas tenía un lenguaje verbal, aunque si entendía todo, y según la madre, era muy nervioso, no teniendo

ningún juego organizado, sólo destrozar los juguetes, y sacar y meter cosas de algún sitio, además de gran actividad física; en la consulta, por el contrario, sí demostró desde el primer momento capacidad para organizar un juego simbólico. De pequeño era pasivo, poco sonriente, daba la apariencia de niño poco estimulado, que había venido muy a destiempo. Aún no comía sólido, no masticando apenas; se balancea en muchas ocasiones. Cuando tenía algún percance, o se enfadaba, se metía en la cama a dormir. Tuvo que esperar cerca de un año, hasta poder empezar tratamiento en la Unidad de Terapia, al no estar ésta funcionando. Cuando le volvimos a ver, ya estaba escolarizado, pero presentaba las mismas características. Tenía muy poca tolerancia a la frustración, siendo difícil la relación con los demás niños, no sabiéndose defender; con el adulto también rehuía la relación, mostrándose aislado en muchas ocasiones.

5. *C.* comenzó tratamiento cuando la Unidad de Terapia ya llevaba cinco meses funcionando. Fue enviado por su pediatra con dos años y cinco meses de edad, sobre todo para ayudar a sus padres a elaborar la enfermedad que presentaba. Primer hijo deseado de un matrimonio joven. Al nacer presentaba cierta deformidad en la cabeza, por lo que dijeron a los padres que seguramente era un deficiente, duda que mantuvieron hasta que llegaron las pruebas metabólicas normales. El parto fue largo y complicado, debido seguramente a la deformidad craneal, pero al parecer, la madre se sintió culpabilizada por la matrona. A los siete meses es diagnosticado el "Síndrome de Setre-Chotzen", heredado del padre; a esta edad fue operado en dos ocasiones por craneoestenosis, mostrándose posteriormente triste, apagado, sin interés por nada; los balbuceos que tenía también desaparecieron. A partir de ahí, el contacto físico era evitado por temor a dañarle, manteniéndole casi siempre boca arriba protegido de todo movimiento. Comienza a andar a los dos años, no teniendo ningún tipo de autonomía en el momento de acudir a consulta. Come todo triturado, y requiere continuamente la ayuda del adulto para moverse, incorporarse... No tiene ningún tipo de lenguaje, ni siquiera gestual, aunque hay una serie de signos que sus padres si parecen entender (quiere levantarse y quiere sentarse...); no expresa ningún tipo de deseo activamente. Si bien si se relaciona con el mundo exterior, los objetos parecen no tener ningún significado para él, teniendo con ellos una actitud exclusivamente manipulativa (lo que más le interesa son las hojas blancas de papel, a las

42 que toquetea y arruga, centrando toda su atención; también manipula las piezas de construcciones, pero de la misma manera, sin finalidad aparente. El resto de juguetes los ignora). Con las personas, aunque sí las percibe, parece ignorarlas, o sólo utilizarlas en caso de necesidad. Inicialmente no presenta angustia de separación ni miedo al extraño. En enero de ese año comienza con crisis convulsivas post-febriles que están siendo tratadas con luminaletas.

Organización; Planteamos esta actividad como Centro de Día, con un funcionamiento parcial, pero con una estructura fija y dentro de la organización de la Unidad de S. Mental.

Esta concepción permite por parte del Equipo seguir desarrollando otras tareas asistenciales y comunitarias, y sobre todo, por otra parte, que los niños puedan estar integrados en los centros escolares correspondientes.

Nuestra actuación pues, es meramente clínica, dejando el aspecto pedagógico en manos de los colegios.

El personal dedicado a esta actividad es parte del propio Equipo: los dos Auxiliares de Clínica, una Psicóloga y la Psiquiatra.

En relación al tiempo, la Unidad de Terapia I, la de los niños más pequeños, funcionaba durante dos días a la semana, permaneciendo los niños en la Unidad de 10 a 13 horas.

La Unidad de Terapia II, al estar los niños en cursos más avanzados, y contando además con el poco tiempo disponible del personal, se desarrolla un día a la semana, de 8,30 a 11 h. de la mañana. Los dos Auxiliares de Clínica que actúan como monitores están permanentemente con los niños, la Psicóloga y la Psiquiatra se turnan, garantizando siempre la presencia de tres Terapeutas en cada grupo.

Además de la actividad directa con los niños, semanalmente se realizan grupos de padres (en realidad, prácticamente de madres), y periódicamente contactos con los colegios.

También, el personal implicado cuenta permanentemente después de cada grupo con un tiempo de reunión, donde poder elaborar el material de cada día, así como elaborar ansiedades y dificultades que van surgiendo.

MÉTODO

La técnica de trabajo utilizada es la siguiente:

Con los niños

Partimos que en estos niños, como plantea Winnicott⁽⁶⁾, las vivencias de las experiencias de la 1ª infancia, han sido deficientes y/o deformadas.

Esto conlleva un retraimiento frente al mundo exterior, con una organización psíquica muy rígida⁽⁷⁾.

Por ello, en el tratamiento, es necesario una adaptación activa al niño, favoreciendo y respetando la construcción gradual de procesos mentales.

A la vez, el o los Terapeutas han de aportar en la convivencia con los niños⁽⁶⁾ ciertos puntos esenciales de tipo ambiental, que en la experiencia pasada, el niño no ha podido tener.

Así, por ejemplo, un niño de ocho años con un pr. Borderline, que participaba en la Unidad de Terapia II, fue un hijo no deseado por su padre, aunque sí por la madre; la relación con ambos siempre fue muy difícil; el padre, un hombre a pesar de todo interesado y preocupado por su hijo, parecía solo poder acercarse a él ya en el límite de su paciencia, con un trato muy agresivo (le pegaba intensamente); el chico por su parte, tampoco parecía poder hacerlo de otra manera, mostrando en ocasiones una actitud francamente agresiva hacia él, o bien muestras de cariño, pero tan violentas, que el padre tenía que rechazar (y con bastante razón, como nosotros mismos pudimos constatar). Desde el primer momento de su ingreso en el grupo, esos comportamientos se repiten, pero establece una relación privilegiada con el terapeuta varón; después de constatar que este no va a responder agresivamente, puede establecer juegos violentos con él (lucha programada, boxeo...), pero a la vez lo acapara en una relación corporal muy regresiva y tierna, donde él hace de bebé, y el terapeuta de papá protector.

Este niño llevaba un año en Psicoterapia individual, pero parecía haber llegado un momento en que la mera interpretación no bastaba, habiendo un estancamiento en su evolución; por el contrario, tras las vivencias grupales, ha podido romper con el círculo de la violencia, por otra parte tan persecutoria, pudiendo tener ahora una aproximación normalizada con el resto de las personas.

Para funcionar en base a estos presupuestos, se pretende crear un espacio que posibilite al niño experiencias transicionales a través fundamentalmente de actividades libres, donde él pueda expresar su mundo interior^(1,7).

La misión de los Terapeutas consistirá en contener las ansiedades que se generan y darle un sentido a las

actividades de los niños, para que a través de su verbalización pueda ayudarles en el proceso de elaboración psíquica.

En principio pues, no hay actividades programadas, pero sin embargo sí se utilizan técnicas de psicoterapia de grupo y psicomotricidad.

Con los padres

Reunión semanal con carácter sobre todo informativo, donde se van abordando las dificultades, progresos, ansiedades, dudas, etc., que plantea la relación con estos niños en el ámbito familiar. Asimismo, elaborar los sentimientos hacia ellos, en la mayor parte de los casos, ambivalentes.

En entrevistas individuales, por lo general a petición de ellos, se abordan conflictos puntuales que prefieren no comunicar en grupo.

Coordinación con el nivel escolar

Todos los niños en tratamiento en las Unidades de Terapia (menos D) están integrados en la red escolar correspondiente; pensamos que esto favorece y permite el acceso a identificaciones más apropiadas, pero se corre el peligro de que este entorno normalizado provoque la aparición de defensas como el "yo grandioso"⁽⁸⁾ o regresiones importantes para negar el aumento de la herida narcisista que determinadas experiencias puedan agravar, en ocasiones hasta desestructuraciones más evidentes, confundidas con alteraciones de conducta muy rechazadas en la escuela.

Efectivamente, las incapacidades instrumentales que estos niños presentan, empobrecen más aún la valoración sobre sí mismos, pero las medidas reeducativas pueden provocar y aumentar la fantasía de incompletud, evitando el niño pues el acercamiento al aprendizaje como forma de negar esta situación dolorosa, en una actitud de despecho y rechazo hacia la ayuda pedagógica⁽⁸⁾.

Esta situación necesaria de entender, según nuestra experiencia en el grupo de niños, es esencial de transmitir en el ámbito escolar y buscar las vías en cada caso que favorezca el aprendizaje.

Actividades de formación y reciclaje del Equipo en el conocimiento y abordaje de la psicosis infantil

A través de una reunión periódica con los miembros del Equipo; lectura y comentarios de textos sobre psicosis infantil y problema mental grave y una su-

pervisión semanal de esta actividad, con la Dra. Manuela Utrilla.

Describiremos a continuación retazos del funcionamiento concreto, para que se pueda ver con mayor claridad.

RESULTADOS

En el grupo de niños. En términos generales, podríamos decir:

En una primera etapa, el funcionamiento de cada niño, y por tanto todo el funcionamiento grupal es bastante desorganizado; aparecen las defensas ante situaciones nuevas: hiperactividad que se traduce en desorden y peleas, pero además, aislamientos y posturas casi autistas; es una forma también de expresarnos su confusión, su desorden psíquico, sus temores... en definitiva, nos estamos conociendo.

Poco después, empiezan a aparecer las actitudes regresivas (intensa demanda al adulto, juegos corporales, juegos de ser pequeñitos y cuidados por los Terapeutas...), siguen presentes las actitudes desorganizadas, aunque cada vez en menor medida, aunque prestas a aparecer al menor cambio.

Esta fase regresiva es seguida por momentos cada vez mayores de integración y madurez yoica, donde la relación se establece a través del juego simbólico y se puede compartir, porque ya sienten que tienen cosas propias, y también competir.

Con la incorporación de un nuevo niño, el grupo tiene regresiones que han sido momentáneas, si el niño es tranquilo y tiende a vivir en su propio mundo (el caso de C.), pero también reaparece la desorganización, si el niño nuevo presenta defensas hiperactivas, como el último niño que participa (pero que posteriormente hemos decidido cambiar de grupo).

En la fase donde aparecen actitudes más regresivas, podemos observar además todas las ansiedades de vacío y la necesidad de llenarse. Así, a mediados de septiembre, y después de una 1ª separación de un mes por vacaciones, aparecen como temas grupales en una de las primeras sesiones.

Tema general: sentirse vacíos, necesidad de incorporar, de tener, temor tal vez de que no tengamos para todos, que no les podamos querer a todos. Lo manifiestan a través de la dificultad para compartir los objetos, necesidad de acaparar, de tener en exclusiva la colcho-

44 neta, el sillón del hueco, los animales...; son perrillos que nos muerden metidos en la cesta: nos manifiestan enfado por la separación, pero también necesidad de incorporar, de tenernos; acumulan en remolques, hacen mucha comidita; imposibilidad de tener un garaje grande y común donde guardar el coche que cada cual ha cogido.

Grupo de madres: después de una primera fase de conocerse mutuamente, y de tanteo de la situación, pueden empezar a hablar, no ya de su propia preocupación, sino también de sentimientos agresivos; unas lo expresan claramente, otras sólo escuchan, seguramente identificándose; pero en los primeros meses, la tendencia general es a expresar estos sentimientos, pero no volverlos a retomar, además de la negación de la situación, haciendo mucho hincapié en que el único problema de los niños es el retraso en el lenguaje.

Coincidiendo con el material del grupo de niños, contaremos las anotaciones sobre la reunión de madres de esa fecha:

Interesadas en volver, y contentas por el progreso de los niños.

A D. no le han avisado nada de la guardería, pero ya va a empezar con A.F.A.S. Más independiente, comprendiendo también en casa muchas más cosas.

Madre de J. de su gran independencia ahora, y como ella también le puede dejar libre sin temor a que le pase algo (mayor elaboración de su hostilidad). Temor a no ser una buena madre.

La madre de M. abatida por la mala entrada en el colegio; al niño no le habían puesto en las listas, y hasta que se aclaró, no pudo entrar en ninguna clase, mostrándose muy alterado (echado). Ataque verbal a la maestra por considerarlo tonto, pero preocupación por si el niño necesitaría otra persona para cuidarle, porque sus actividades no le dejan mucho tiempo (en realidad vemos su temor a no ser una buena madre, y la ansiedad de si otra persona le ayudaría mejor).

En la entrevista individual que una madre solicita, expresa conflictos en la pareja conyugal, que cree pueden repercutir en el niño. El conflicto, que se elabora en sucesivas entrevistas individuales, apunta a la ausencia del rol paterno.

Volviendo al grupo, veamos otro retazo del funcionamiento:

En una sesión, a mediados de octubre, se incorpora J. Se le nota contento, y reconociendo, pero aislado; hace una gran torre con el juego de construcciones. Una

terapeuta dice que tal vez quisiera ser como una torre, fuerte y grande. Contesta que sí, y se lo pone en la cabeza. Posteriormente pinta con otra terapeuta, esta le hace una torre y él una especie de casa, que luego rompe y tira porque no le gusta; él dice que él es tonto (y lo que ha hecho es una caca). Se les verbaliza que quisieran ser una torre para las mamás, pero se sienten en realidad unas cacas.

En la reunión con las madres, se comenta esta vivencia de lo dicho por J.F. La madre se queda algo perpleja y dice que no entiende. La madre de D. si ha entendido. El resto calla.

Se habla de otros temas, especialmente la comida: M. no come, P., poco, pero ahora mastica; D. mucho, devora y J. sólo algunos alimentos, pero antes tenía un problema con las angustias, se ahogaba → la comida como placer y que se truncó por esa razón.

Al final, la madre de J. vuelve con lo de la caca y lo de la torre. Otra madre, había comentado que hay que evitar llamar tontos a los niños. Nos cuenta cómo el niño le defrauda, se le nota con rabia porque es problemático, lo tiene que traer aquí... y el otro día chilló llamándole tonto, porque le daba golpes en la cartera y rompió la miel que llevaba dentro... y, ¿qué podía hacer...? Ella envidia al vecino que habla muy bien, pero también cree que su hijo pensará que la otra mamá es más guapa.

Más adelante, ya aparecen juegos más simbolizados: veamos la sesión del 30-XI-92:

Juegos de grupo: construyen una casa y una granja; entre ellos se compran y venden animales; el dinero lo hacen cortando pedazos de papel. Participan los tres niños más mayores. Posteriormente, ellos tres juegan al Tiburón, aunque J. participa poco. El terapeuta es el tiburón, y sale a perseguirles, y les quita un calcetín, símbolo de que se los come.

Vemos que tras el primer juego, donde ellos se muestran con cosas valiosas, que pueden intercambiar y compartir, aparecen ansiedades orales, de ser devorados, pero lo pueden expresar en el juego, y así elaborar.

J. en algún momento que el tiburón lo atrapa, se frustra, se pone a llorar y deja de participar; se tranquiliza pintando y mostrando lo que ha hecho, pero no vuelve a participar en juegos competitivos.

D. y C., están con otro terapeuta, mucho más aislados y regresivos, pero en algún momento también D. participa, mostrando otro deseo que no estar pegado simbióticamente.

El grupo de madres sigue avanzando; a principio de febrero tenemos que una madre plantea venir menos, al estar el niño muy bien (ya no es tonto, se sabe defender...), pero aquí también aparece el mismo conflicto conyugal, aunque expresado en una sola entrevista individual, sin petición de continuidad, y por tanto con dificultad de elaboración.

Los padres de C., más relajados y contentos, juegan corporalmente con el niño, se atreven a zarandearle; le ponen límites y se atreven a darle comida sólida, aunque el padre insiste en que no la va a tomar. Él es aún protector. Aceptan y comprenden las diferencias con otros niños de su edad. En el grupo, mucha agilidad motora y más interés hacia lo que le rodea.

La madre de D. participa, habla, opina. La madre de P. escucha y viene.

Poco tiempo después, en el grupo de madres, se siguen elaborando los sentimientos ambivalentes hacia los niños; cariño, pero también decepción, rabia y hostilidad. La madre de D cuenta como hay sentimientos de ternura hacia él por parte de la hermana sobre todo, pero también de agobio por su intensa demanda y pegajosidad; nos damos cuenta de que en el equipo se repiten esos mismos sentimientos y podemos elaborar nosotros, como por una parte quisiéramos compensarle por el sentimiento de minusvalía que nos proyecta, pero también eso mismo produce ansiedad, tendiendo a rechazarlo. Este punto esencial, extensible a todos los niños, pudo ser también elaborado en el grupo de madres.

Pero para estos niños, todavía las fantasías infiltran y deforman su sentido de la realidad⁽⁹⁾, perdiéndose a menudo en ese mundo. En el grupo siguen repitiendo fantasías, seguramente aterradoras, a través de los juegos que realizan una y otra vez. Así, vemos como en una de las sesiones de mayo vuelven a elegir el juego del Tiburón; de nuevo es el terapeuta el que les persigue para devorarles (representado por quitarles un calcetín); siguen elaborando las fantasías agresivas-orales, pero hay variaciones importantes. Hace unos meses, requerían la ayuda continua de una terapeuta, para enfrentarse al Tiburón, y este era frecuentemente confundido con una figura femenina (en muchas ocasiones, el terapeuta varón era llamado mamá); otro juego que se mezclaba era ir a robar y atacar a la bruja (también representada por el terapeuta, seguramente porque él es el único que puede aguantar tanta embestida física), lo que interpretábamos, era desposeer a la mamá de todo lo que les

provocaba envidia; pero después debían temer ser atacados y perseguidos por ella, en forma de tiburón grande con dientes.

Ahora por el contrario, rechazan, no solo la ayuda, sino la presencia femenina en el juego, enfrentándose solos al tiburón, porque tal vez ya no sean tan pequeños y necesitados de la protección materna. (En la misma sesión de mayo, se visten de fantasma y asustan a los demás, también mostrando que ya no son tan inválidos y asustadizos).

Pero ahora, además nos parece que se vuelve a repetir el juego, pero para calmar las ansiedades y fantasías de agresión oral por el acercamiento a la figura paterna.

Esta sesión nos parece que se vuelve a repetir contando un terapeuta el cuento de los tres cerditos (el 1º tiene una casa de paja, 2º de palotes, y el 3º de cemento; cuando llega el lobo, las dos primeras las puede derribar y comerse al cerdito, pero la última está segura); rara vez hay suficiente calma como para contar un cuento, pero este es el predilecto, casi el único escuchado por los niños. En días posteriores se escenifica, pero también con variaciones respecto a meses anteriores: ahora comparten una misma casa y no pelean por ella (el grupo seguramente), pero además ellos verbalizan que es de cemento (casa también igual al yo, ahora más fuerte), por lo que se sienten a salvo del lobo representado por el terapeuta, a diferencia de antes, que necesitaban una casa para cada uno, y además esta se caía continuamente (aunque a veces todavía se siguen identificando con el primer cerdito de la casa de paja).

Otro juego que se inicia en la sesión siguiente, parece representar lo mismo que lo del tiburón: dominar y controlar la agresión oral, tanto propia como la proyectada en figuras parentales.

Inicialmente, un niño es el domador de los demás, incluido el terapeuta varón, que son leones, una terapeuta se ofrece a ayudar al domador, y éste acepta, pero al poco tiempo cambia de rol, favoreciendo a los leones y sobre todo incitando a que el terapeuta varón (figura paterna aliada) ayude a los pequeños a salir de la dominación de la terapeuta domadora (figura materna controladora).

En el juego inicial del tiburón, hace unos meses, la figura paterna no parece estar claramente diferenciada, siendo vivida aún como indiscriminada de la madre; ahora hay roles claramente establecidos, y los niños demandan y se acercan a nosotros los terapeutas, de

46 distinta manera, dependiendo en qué lugar nos colocan.

En esa misma sesión, y una vez finalizado el juego de los leones, M. establece con una terapeuta un contacto corporal, claramente con connotaciones sexuales; entendemos que los niños sólo pueden actuar sus fantasías sobre la escena primaria, por lo que es importante verbalizárselo. Es probable que esta secuencia no sea ajena a la de dominar al papá león y al papá tiburón, donde tal vez se tema su agresión, por los deseos hacia la madre; en próximas sesiones veremos si vuelve a aparecer este material/actitud.

Pero el acercamiento al papá-león también es amoroso, y seguramente obedece al deseo homosexual hacia el padre, en un intento de poseer su misma fuerza y poder: en la sesión siguiente, M. juega a domar al terapeuta león, que interpretamos como papá león; los demás niños mayores no han venido aún. Rechaza el que las terapeutas femeninas intervengamos en nada; cuando ya domado lo saca a pasear como si fuera un perro, sí acepta que nosotros le demos de comer (figuras maternas nutricionales). Después se mete con él en su guarida, y comienza de nuevo un juego corporal, revolcándose en la colchoneta, con gran componente de excitación sexual.

Cuando llegan los demás niños, se incorporan gozosos al juego, aunque al poco tiempo, pasan a escenificar el poder tener una casita, que en este caso es de cemento.

Seguramente todo este material no es ajeno a una mayor presencia de los padres en sus vidas, como figura claramente diferenciada; en las reuniones de madres de

este período, por primera vez vino un padre (incluso haciendo un esfuerzo en relación a su trabajo), que participó intensamente, demostrándonos que asumía el rol paterno.

CONCLUSIONES

En definitiva, en el grupo y a través de estas escenificaciones, nos transmiten su mundo interior, y en muchos casos pobladas de fantasías angustiosas, las cuales confunden muchas veces con la realidad. Es importante pues poderlas verbalizar, para que puedan hacer una elaboración psíquica de las mismas, que les permita además tener unos mecanismos psíquicos que les hagan sentirse con un yo fuerte (de cemento y no de paja, y a veces inexistente).

Después de dos años de funcionamiento, no parece, no ya importante, sino necesario el abordaje de la problemática mental grave en la infancia dentro de la clínica, es decir, asumido claramente por equipos específicos de Salud Mental Infanto-Juvenil y ubicados dentro de las Áreas Sanitarias en un ámbito comunitario.

Pero se hace necesario una estructura más amplia, siendo el peligro el voluntarismo con el que por el momento hay que trabajar (en parte para demostrar a las autoridades competentes de la realidad y la existencia de estas patologías), sobrecargando el trabajo de equipo con los peligros que esto acarrea e imposibilitando otros programas igualmente importantes, como el materno-infantil, que posibilitará una actitud preventiva de importancia inestimable.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Misès R. Ponencia (en vías de publicación) presentada en el Congreso de S.E.P.Y.P.N.A., en Vitoria, 1991.
- 2 *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 3rd ed revised. París: Masson, 1987.
- 3 Misès R, Rojas A. La clasificación francesa de los trastornos mentales del niño y del adolescente. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 1991;20(1).
- 4 Misès R. *El Niño Deficiente Mental*. Ed. Amorrortu.
- 5 Diatkine R. *Revue Française de Psychanalyse* 22-562.
- 6 Winnicott DW. Desarrollo emocional primitivo. En: *Collected Papers. Through Paediatrics to Psychoanalysis*. Ed. Laia.
- 7 Winnicott DW. La Psicosis y el cuidado de niños. En: *Collected Papers. Through Paediatrics to Psychoanalysis*. Ed. Laia.
- 8 Misès R. *Les pathologies limites de l'enfance*. Ed. Alas.
- 9 Mc Dougall J, Levobici S. *Dialogue avec Sammy. Contribution a l'etude de la Psychose infantile*. Ed. Paidós.