

Viñetas clínicas

– Juan Larbán –

Psiquiatra y Psicoterapeuta de niños, adolescentes y adultos. (Ibiza)



TRATAMIENTO DE EVA

Eva es una niña de diez meses de edad cuando la veo por primera vez acompañada de sus padres y a demanda de su pediatra, que sospecha signos de autismo en ella ya que evita y rechaza frecuente y activamente la comunicación con la mirada. Esta sintomatología, junto con actitudes de repliegue sobre sí misma con aislamiento relacional y débil respuesta a los estímulos humanos externos, evoluciona sin franca mejoría y con fluctuaciones, desde las pocas semanas de vida de la niña.

En la primera entrevista con Eva y sus padres, me encuentro con una madre de aspecto depresivo y con rostro muy poco expresivo. Tiene dificultades importantes para interactuar espontáneamente con su hija. Relata que, desde hace varios meses, antes del nacimiento de su hija, se encuentra desanimada, que incluso hacer las cosas que le gustan supone un gran esfuerzo para ella: “Al principio lloraba, estaba muy nerviosa, no podía dormir y sufría mucho, pero ahora no siento, me encuentro como anestesiada. Casi no sufro, pero tampoco disfruto. Me siento muy mal por no sentir, por no poder emocionarme... Sufro mentalmente y me veo culpable y no muy buena madre porque me pasa eso también cuando cuido de mi hija. Cuando me quedé embarazada no era un buen momento para mí, pues había perdido mi trabajo y nuestra situación económica en la familia no era muy buena entonces. Durante el embarazo me convertí en una persona muy sensible, débil y llorona. Me irritaba y

me sentaba mal casi todo. No disfrutaba de la maternidad, aunque me esforzaba en ello”. Recuerda lo mal que lo pasó de niña, con muchas privaciones y muy pocos recursos económicos: “Mi madre tenía que trabajar y tenía muy poco tiempo para cuidarnos a los cinco hermanos que éramos. Yo era la mayor y desde muy pequeña tuve que cuidarme de mis hermanos pequeños. Se puede decir que casi no tuve infancia. Mi padre tenía problemas con el alcohol y era muy inestable en su trabajo. No me podía quitar de la cabeza el recuerdo del tercero de mis hermanos, una niña, que murió de meningitis, pero yo siempre he pensado que murió, sobre todo, por falta de cuidados adecuados”.

Durante su relato, María expresa ese sufrimiento mental del que habla sin poder conectar con sus emociones. En la interacción con su hija, hay frecuentes momentos de desencuentro interactivo en los que la niña muestra cada vez más inquietud e incomodidad en el seno del regazo materno. La madre lo percibe y se pone muy nerviosa y angustiada. Intenta calmarla, pero no lo consigue. El rechazo interactivo corporal y visual se hace cada vez más evidente y activo en su hija Eva. Esto hace que la madre esté cada vez más desbordada, ansiosa y agitada. Al padre, muy atento y presente a lo largo del relato de la madre, lo veo en varias ocasiones emocionado y nervioso. Intenta tranquilizar y apoyar a la madre queriendo coger a su hija en brazos. La madre no lo permite. En este momento, de forma empática, pongo palabras a lo que están padeciendo y viviendo unos y otros, expresando en primer lugar el sufrimiento intolerable y sin fin de la madre que, en su estado psíquico y emocional actual, no puede consolarse, ni tampoco obtener el consuelo ni la expresión emocional que necesita. La madre se relaja un poco y sus ojos se humedecen ligeramente. Conecto lo ocurrido en su infancia y en su familia de origen, las privaciones, la muerte de su hermana y su pensamiento de que

había muerto por falta de cuidados adecuados, con su temor de que ocurra algo parecido ahora, en su propia familia y con su hija.

Les digo que Eva, muy sensible a pesar de las apariencias, tal y como está ocurriendo aquí, está percibiendo y compartiendo con su madre el angustioso sufrimiento que ésta tiene en su interior poniéndose nerviosa también. Intenta protegerse de ese sufrimiento compartido desconectando emocionalmente como lo intenta hacer inconscientemente la madre cuando habla de sentirse como anestesiada. Eva intenta protegerse del sufrimiento compartido como puede, con los pocos medios que tiene, evitando y rechazando el intenso malestar que siente huyendo de la relación y comunicación con su madre a la que tanto quiere y necesita. A su edad, sólo puede evitar el sufrimiento compartido de forma no verbal y a través de la retirada relacional manifestada con el cuerpo y la mirada en la relación con su mamá.

Continúo diciendo que su marido, Manuel, ha intentado ayudarla sin conseguirlo ya que muy atento y sensible a lo que la madre contaba, a duras penas podía contener sus emociones: “Probablemente, al querer coger a Eva en sus brazos, intentaba descargarla a usted de la tensión emocional y el peso de la responsabilidad de los cuidados de la hija, compartiéndolos con usted. Comprendo que para usted, en ese momento, dejarle a Eva era como un abandono y dimisión de sus funciones que hubiese supuesto una herida todavía más dolorosa en su amor propio y en su función de madre”.

La madre llora entonces desconsoladamente. Le digo al padre que en estos momentos lo mejor que podemos hacer para apoyar emocionalmente a su esposa es acompañarla en lo que está viviendo, sin distraerla ni preguntarle ansiosamente qué es lo que le pasa. Ya nos lo contará ella si lo desea cuando pueda ponerle palabras a lo que está viviendo. Conforme

la madre va recuperándose emocionalmente, Eva va tranquilizándose, el padre, la familia... y el psicoterapeuta, también.

Cuando el padre coge entonces a Eva en sus brazos, con el consentimiento de la madre, la interacción padre-bebé es en el plano de la comunicación emocional algo mejor, ya que Eva responde a veces de forma fugaz a los estímulos y demandas relacionales que le presenta su padre. Sigue la mayor parte del tiempo desconectada, pero no hay un rechazo tan activo ni tan intenso de la interacción con él.

La interacción conmigo se establece, en primer lugar, a través de los sonidos de displacer que Eva emite y a los que le respondo de forma empática, resonando con ella y devolviéndoselos parecidos y al mismo tiempo modificados en función de lo que imagino que puede estar sintiendo ella. Se va estableciendo progresivamente entre los dos, al final de la primera entrevista y en las sucesivas, una interacción auditiva, un diálogo sonoro, una comunicación pre-verbal con su correspondiente ritmo (musicalidad sonora), su alternancia (ahora tú y luego yo) y su reciprocidad (experiencia compartida) en la que poco a poco voy poniendo palabras, hablándole de lo que hace y de lo que imagino que siente. Progresivamente, su capacidad de prestar atención se hace mayor y la comunicación se va haciendo lúdica y también visual-gestual. Conforme la madre va saliendo de su proceso depresivo, va incluyéndose en este tipo de interacción, cada vez más lúdica y placentera, con su hija.

Tras esta primera entrevista, el trabajo psicoterapéutico padres-bebé consiste en una serie de consultas psicoterapéuticas -en el sentido de Winnicott- con intervalos variables (semanal, quincenal, mensual) en función de la evolución de la familia y de sus necesidades. En cuanto al encuadre, ha sido flexible y cambiante en función de mis demandas y las de ellos. He visto frecuentemente a los padres y la hija, a la madre con la hija, al padre con la hija en tres ocasiones, a la madre a solas varias veces, al padre a solas en tres ocasiones y en dos ocasiones han asistido los cuatro miembros de la familia incluido el

hermano, que llamaré David, tres años mayor que Eva.

En cuanto al trabajo psicoterapéutico efectuado, diré brevemente que ya estaba perfilado en la primera entrevista y que, al cabo de varias consultas y no más de tres meses de evolución, Eva ya había experimentado una notable mejoría en su capacidad interactiva y en todos los ámbitos relacionales y emocionales afectados. El tratamiento en este caso duró catorce meses. La mejoría clínica experimentada por Eva y su familia permitió el final del tratamiento y la preparación de la despedida en este plazo de tiempo. Los signos del funcionamiento defensivo-autístico de Eva se hicieron cada vez menos frecuentes, menos intensos y duraderos hasta desaparecer progresivamente del todo. Se realizó un seguimiento evolutivo a los tres, cuatro, seis y ocho años de Eva, constatando la continuidad de su mejoría y la solidez de su evolución. El acceso de Eva al simbolismo y al lenguaje hablado se hizo normalmente aunque con algo de retraso. La integración de Eva en la guardería y en la enseñanza primaria se hizo sin dificultades importantes. El curso de sus aprendizajes era bueno y la capacidad de relación social y emocional cada vez mejor cuando la vi por última vez a los ocho años.

Con María, la madre -que estuvo con tratamiento psicofarmacológico (antidepressivos) durante siete meses-, durante el proceso psicoterapéutico, pudimos trabajar el proceso de separación-diferenciación entre el pasado y el presente, entre su hija y su hermana muerta; pudimos desbloquear el proceso de duelo, tanto por la pérdida de su trabajo como por la pérdida traumática que fue para ella la muerte de su hermana, así como de la situación ideal en la que le hubiese gustado tener y criar a su hija. Se pudo trabajar sobre su sentimiento de culpabilidad respecto a su idea de la muerte de su hermana, según ella, "por falta de cuidados adecuados" que ella sentía que era la encargada de proporcionarle. Comprendimos juntos que a ella le hubiese gustado cuidar de su hermana y, posteriormente, de su hija como no habían podido hacerlo con ella sus padres. Se dio

cuenta de lo difícil que es dar lo que no tienes. Durante el poco tiempo que duró la lactancia al pecho (un mes), la madre vivió momentos difíciles y angustiosos, pues pensaba que su hija chupaba de unos senos vacíos y que la poca leche que tenía era mala y podía perjudicar a su hija. Consultó con el pediatra que le aconsejó pasar al biberón. Así lo hizo y se sintió entonces muy aliviada, pues su hija comía mejor y ganaba peso normalmente. Los sentimientos de envidia y rivalidad que ella vivía con respecto a su marido, al ver que se relacionaba mejor con su hija que ella, también fueron elaborados. Un poco más difícil fue para ella reconocer esos mismos sentimientos proyectados sobre su hija, ya que veía que su hija era cuidada por su padre como ella no había sido cuidada. Su mejoría clínica, así como la de su autoestima, la de su imagen como persona, mujer y madre, así como la mejoría de su hija y de la relación de pareja, hicieron posible este trabajo.

Manuel, el padre de Eva, pudo implicarse todavía más en los cuidados de su hija, sobre todo durante las primeras semanas de tratamiento de su esposa y mientras ella, por su situación de crisis psico-emocional, no podía asumir la responsabilidad de los cuidados maternos hacia su hija. A instancias mías, el matrimonio consiguió que la madre de María (con la que tuve una entrevista) estuviese también más presente e implicada en los cuidados de su nieta y de su hija durante este periodo crítico de la evolución de María que, gracias a estos cuidados, pudo hacer una regresión parcial y transitoria que luego le permitió cuidar mejor de ella y de su hija.

El hermano mayor, David, en las dos veces que asistió a las sesiones, pudo comprender mejor lo que estaba pasando en su familia, la necesidad que tenía su madre de cuidados, la necesidad de que sus padres cuidasen intensivamente de su hermana y la importancia de que esto no supusiese el no cuidar también de él.

TRATAMIENTO DE GUILLERMO

Testimonio:

"Tengo un bebé, Guillermo, que actualmente tiene cuatro meses y diez días.

Mi hijo nació de un embarazo que se desarrolló con normalidad hasta el último momento, pero en una ecografía de control que me realizaron a las 37 semanas de gestación se me informó de que el bebé era demasiado pequeño para la edad gestacional, debido a un deficiente pasaje de sangre a través del cordón umbilical. Por ese motivo, quedé internada y se me realizó, sin preparación alguna, una cesárea de urgencia.

El bebé nació con un peso de 2 kilos y 160 gramos y tuvo que permanecer unos días en cuidados intermedios, dado que estaba con hipoglucemia y no regulaba bien la temperatura. Yo no podía ir a verlo porque estaba muy dolorida por la operación. A las diez horas de nacido el bebé, me pude levantar y con mucho esfuerzo ir a la sala donde estaba para conocerlo. Allí estaba mi bebé en una cuna, conectado a un suero y a un monitor y no había nadie que me explicara qué le pasaba a mi hijo. Al otro día, volví a ir y esta vez me explicaron que el bebé no se alimentaba correctamente. Por este motivo, comenzaron a alimentarlo por sonda. A los cinco días, cuando comenzó a alimentarse un poco con biberón, lo llevaron a mi habitación, pero el bebé seguía rechazando la alimentación y cuando consultábamos con alguna enfermera nos decía que le insistiéramos con el biberón y el pecho, cosa que hacíamos sin lograr que se alimentara bien.

Toda esta situación generó, tanto en mi esposo como en mí, mucha tensión y frustración. Estando ya en casa, empecé a notar comportamientos extraños en el niño. No nos miraba a la cara ni al padre ni a mí, no sonreía, lloraba muchísimo y estaba siempre alterado y nervioso. Al observar estos comportamientos, intenté obtener información de qué podía estar pasándole. Los pediatras con los que consultaba no me prestaban demasiada atención y atribuían mi preocupación a la ansiedad de una madre primeriza. Fue entonces cuando busqué en internet información sobre a qué podrían responder esos síntomas y encontré un artículo de un profesional español de la psiquiatría y psicoterapia infanto-juvenil donde explicaba que esos podían ser síntomas

tempranos de autismo. Esto me asustó muchísimo y decidí ponerme en contacto con dicho profesional para solicitarle que me ayudara con mi bebé, ya que en ese artículo él explicaba que actuando a tiempo podría evitarse que el comportamiento autista se instalara en el niño.

Así fue como, a través del profesional anteriormente mencionado, me pude poner en contacto con un colega suyo, psicólogo clínico, psicoterapeuta y psicosomatólogo infantil que me explicó que el comportamiento de mi hijo se debía a que había estado absorbiendo todo el dolor emocional que yo le transmitía, debido al mal manejo de la situación que sufrimos en el centro de salud donde nació el bebé. Fue entonces cuando me pude enterar de que el problema para alimentarse que tenía el niño al nacer era completamente normal en bebés que nacen con poco peso y que al cabo de unos días cedía, cosa que nadie nos explicó en el dicho centro, sino por el contrario, se nos insistía en que era anormal que no lo hiciera. El haberlo forzado a alimentarse fue otro error que contribuyó a que el bebé se encerrara evitando establecer lazos y se expresara con llanto y nerviosismo. A través de las distintas instancias en las que estos dos profesionales me fueron guiando, yo pude comprender que mi ansiedad había afectado al bebé y con su ayuda pude ir cambiando mi comportamiento de manera que pude estar más tranquila. Entonces, la conducta del niño fue gradualmente cambiando. Comenzó a mirarnos a los ojos al papá y a mí, comenzó a sonreír cada vez más frecuentemente y a estar más tranquilo y dormir mejor. Gracias a esta intervención temprana, el niño fue abandonando los mecanismos de defensa que había instalado para protegerse de la tensión que se le transmitía y, poco a poco, fue adoptando los comportamientos típicos de un bebé normal.

Hoy por hoy, mi bebé es un niño alegre y tanto su papá como yo nos sentimos realmente felices de que haya recibido la ayuda que necesitaba para salir de la situación en que estaba inmerso y que pueda crecer y desarrollarse como un niño normal. Antes de pasar por esta

experiencia, no tenía idea de lo mucho que puede afectar a un bebé el estado de ánimo de sus padres y de lo importante que es estar alerta a los signos que muestra el niño para poder actuar a tiempo. En nuestro caso, realmente fue increíble el cambio que tuvo nuestro hijo una vez que recibimos el asesoramiento profesional adecuado. Daniela”

Comentario:

En este relato, que es su testimonio, Daniela nos muestra la importancia de los acontecimientos traumáticos perinatales vividos y no asimilados como situación de riesgo para el desarrollo de una interacción patógena, en este caso de tipo defensivo-autístico, entre una madre y su bebé. En el caso de Daniela y su hijo, han jugado un importante papel traumático para la madre y traumatógeno para su bebé la cesárea de urgencia, la estancia de su hijo en cuidados intermedios y, sobre todo, la forma en que se produce el primer encuentro con su hijo, así como los consejos erróneos dados por el personal sanitario a la madre en cuanto a las condiciones de amamantamiento de su bebé.

Hay que señalar un dato significativo que Daniela no comenta en su testimonio y que tiene un efecto traumático para ella, así como traumatógeno para su hijo, contribuyendo además a aumentar y agravar el sufrimiento de ambos, así como el desarrollo patológico de la interacción madre-bebé. Se trata del hecho de que la madre, tras su estancia en la clínica maternal y al regresar a su casa, decide no salir de casa, es decir, encerrarse en ella -como si de una condena se tratase- para así “cuidar mejor de su hijo”, permaneciendo durante veinte días en esta situación de aislamiento que abandona al constatar el empeoramiento tanto de la relación con su hijo como de sus síntomas de inicio de funcionamiento defensivo-autístico.

Podemos imaginar sin mucha dificultad, gracias al testimonio contenido de esta madre, cómo este encadenamiento de situaciones traumáticas (en el sentido del microtraumatismo acumulativo y repetitivo de Masud Khan) ha llevado a Daniela a compartir, sin saberlo y sin

quererlo, un sufrimiento psíquico intolerable con su hijo. Podemos ver, a través de lo que nos cuenta, cómo la situación interactiva con su hijo se hace más difícil y frustrante cada día. Podemos sentir su vivencia de desamparo ante la respuesta de los pediatras a los que pide ayuda. Podemos comprender la evitación y rechazo interactivo hacia la madre que se ve forzado a desarrollar su hijo, para evitar ese sufrimiento compartido que él tampoco puede soportar. Podemos seguir, paso a paso, la evolución y el cambio que

se produce en el bebé al cambiar la actitud de su madre en la interacción con él. Podemos intuir lo importante que fue el apoyo, la comprensión e identificación empática de los profesionales que la ayudaron para que Daniela, a su vez, pudiese comprender y apoyar a su bebé, así como para incorporar al padre en la interacción con su hijo.

Vemos de forma sorprendente cómo un bebé de tan corta edad (dos meses al inicio de la intervención psicoterapéutica) puede, al ser ayudado adecua-

damente, cambiar su posible destino patológico e incluirse, a través de un desarrollo sano y normalizado, en un futuro mucho mejor.

En este caso que les expongo, Guillermo, el hijo de Daniela, presentaba a los dos meses y medio de edad casi todos los signos de alarma que indicaban un inicio de funcionamiento autista. Hoy día, a sus tres años de edad y, según el seguimiento evolutivo efectuado, es un niño sano que se está desarrollando normalmente. ●