

Caso clínico

Análisis de la demanda caso clínico

Cristóbal Serra Oliver, M^a Luisa Miquel Puigserver, Carmen Martín Izard, Antonia Gomila Blanch. (*)

Introducción

Cuando los padres llevan a su hijo al Psiquiatra infantil o al psicólogo, por un síntoma o un conjunto de síntomas que les inquietan, se establece una Demanda. En este momento mediante nuestra escucha y desde una perspectiva psicopatológica, nos esforzaremos en comprender cómo el síntoma se integra al conjunto de la vida psíquica del paciente.

Esta actuación exige un marco de referencia teórico, en nuestro caso utilizamos el método psicodinámico.

Una norma básica de esta primera entrevista es facilitar al paciente y/o a sus padres la libre expresión de sus procesos mentales, es preciso dejar que hablen y escucharles. Ello no significa que tengamos que refugiarnos en el silencio, ni que no podamos preguntar, pedir que sea precisado uno u otro síntoma, una u otra circunstancia de la historia del niño o de la familia. Podemos obtener la información necesaria con una técnica no directiva que deje al entrevistado la iniciativa y lo ayude discretamente en los momentos difíciles; un simple mensaje verbal es, por lo general, suficiente para que el paciente restablezca la comunicación.

(*) Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Complejo Hospitalario Gesma. Palma de Mallorca.

La primera entrevista, para nosotros, debe ya ser terapéutica y apenas distinguirse de una sesión de psicoterapia de orientación psicodinámica. Si empezamos a recoger datos de forma directiva, a pasar tests psicológicos, seguramente no podríamos establecer esta relación de confianza necesaria.

Si hacemos preguntas concretas, obtenemos respuestas concretas, que no siempre resultan útiles a la hora de establecer una relación de este tipo.

Es esencial que el psicoterapeuta se sienta cómodo con la técnica que utiliza pues de ello depende que se establezca un clima de confianza.

Este clima nos parece la condición básica para que la información recogida tome su auténtico sentido y para que pueda esbozarse una relación terapéutica.

No sólo escuchamos lo que dicen el paciente o sus padres, sino cómo lo dicen, que sienten y también lo que no dicen o no pueden decir. Intentamos ver cómo funciona el paciente y no como dice que funciona "aprendimos de Freud que nadie puede dar una información fidedigna de sí mismo, porque en realidad no dispone de ella conscientemente".

Debemos observar lo que evitan contar, lo que les afecta expresar, etc. comprender estas cosas, respetar las defensas o interpretarlas cuando sea oportuno permitirá que nuestros clientes se sientan comprendidos y puedan descubrir aspectos desconocidos de sí mismos, de las relaciones con su entorno familiar, tomar consciencia de los conflictos subyacentes que están incidiendo en la problemática que presentan y así poder elaborarla.

Nosotros entendemos que toda demanda implica dos niveles: la demanda manifiesta que es justamente la que el paciente expresa con palabras y de la que es plenamente consciente y otra, la latente que es inconsciente o, en todo caso, preconsciente, es lo que no se dice pero

se puede escuchar. Para nosotros ésta es la auténtica demanda del paciente. Si no somos capaces de captarla durante las primeras entrevistas, el paciente sentirá que no es comprendido, que no somos capaces de darle lo que nos pide y seguramente se irá y perderemos la oportunidad de ejercer una acción terapéutica. Si por el contrario, somos capaces de escuchar y captarla, probablemente se establezca una buena relación que nos permita tratarlo.

En los servicios especializados de Psiquiatría Infantil, se ha constatado que el paciente acude a consulta una media de ocho veces, esto nos tiene que alertar de que en muchos casos contaremos con unas pocas entrevistas para ejercer esa terapéutica.

Caso Clínico

La madre de Amador, de 10 años y 6 meses acudió a nuestro Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente desviada por su médico de familia en setiembre de 1991. La demanda que nos hace es que ingresemos a Amador durante un año en el Hospital Psiquiátrico pues ella no puede aguantarle más. A partir de ahí, y teniendo como referencia el aparato conceptual psicoanalítico, disponemos de nuestra escucha. Nos cuenta, muy nerviosa, que el niño va muy mal en el colegio, “muchos días no quiere ir o si va se escapa y en casa es un desastre, se pelea constantemente con su hermano dos años mayor que él”. Dice que ha llevado al niño a un montón de sitios, le han hecho análisis, tests psicológicos, TAC, E.E.G., etc...y que nadie le ha solucionado el problema. Manifiesta que está harta de que le tomen el pelo. Pide insistentemente que le ingresemos al niño. Nosotros la escuchamos, aguantamos el “chaparrón” e intentamos darle otra cita para que nos traiga al chico y también los informes de las pruebas. Ella se tranquiliza un poco y está de acuerdo en volver.

A la segunda entrevista acuden la madre, Amador y la abuela materna. La madre, desbordada, nos insiste en el ingreso del niño. Dice que ella y su marido se separaron hace unos 8 ó 9 años (no puede precisarlo). Amador tendría unos dos años. Refiere que su marido no tiene ningún tipo de relación con ellos, está en estos momentos en prisión. También nos cuenta que ella tiene un hermano dos años menor que ha estado varias veces ingresado en nuestro Hospital, no sabe si por esquizofrenia y teme que su hijo sea igual que su hermano. La abuela dice; “este niño es como él, cuando era pequeño mi hijo”.

Amador es un niño moreno, guapetón, algo desaliñado, de estatura normal para su edad y de constitución fuerte. Estaba cursando 5º de E.G.B. en un colegio público y asistiendo a un aula especial pues, según su madre, estaba en un nivel de 2º ó 3º (recuerdo que contaba con 10 años y 6 meses). Siguiendo el relato de la madre, los problemas empezaron desde que comenzó en la escuela, en 1º. Entonces ya comenzaron a verlo los psicólogos y hasta hoy. Indagando en los antecedentes personales del niño, la madre nos cuenta que el embarazo de Amador no fue deseado (¡que remedio!, dice), es más, no supo con certeza que estaba embarazada hasta el 6º mes de gestación, pues los médicos le habían diagnosticado, según ella, “un tumor porque veía la regla”. Tuvo anemia.

Según el informe médico que nos trae, era la tercera gestación de una madre de 22 años que había perdido a su primer hijo cuando contaba con cinco meses de edad por meningitis. Su segundo hijo había tenido que estar ingresado 55 días en el Hospital nada más nacer.

El parto de Amador fue a término, pesó 2'850 kg. Y midió 48 cm., tuvo un APGAR 9-10. Según su madre “tragó porquería y tuvo que estar ingresado un mes”. Siguiendo el informe médico, a las 48 h. de vida ingresó en la UCI Neonatal por Neumotórax, tras aspiración meconial. Recibió

antibiótoterapia durante 10 días. A los 6 días de vida, después de haberse iniciado alimentación con leche maternizada, presentó un cuadro diarreico que persistió a pesar del tratamiento dietético por lo que se cambió la alimentación a leche sin lactosa. A los 15 días de vida empieza con vómitos, primero esporádicos y luego más continuos de dos o tres diarios, vómitos post-ingesta. Sale del Hospital con diagnóstico de neumotórax, intolerancia a la lactosa y reflujo gastro-esofágico. Se aconseja tratamiento en consultas externas de Neonatología y Psicodiagnóstico. Aquí ya alguien detecta la problemática psicológica o emocional que incide en dichos trastornos.

Los resultados de la exploración psicométrica que nos aportan y que fue realizada en octubre de 1989 contaba con 8 años y 10 meses, con "Capacidad intelectual inferior a la media, con especial dificultad en pruebas de habilidad secuencial y coordinación visomotora. CI v 75, CI m 92. Organización perceptivo-motora: 6 años". La valoración se repitió al año siguiente en octubre del 90 contaba con 9 años y 10 meses con resultados similares. El informe neurológico con fecha octubre del 90 redacta: "Está afecto de una debilidad mental borderline secundaria a encefalopatía hipóxica connatal. Los E.E.C. son inespecíficos y los TAC normales".

Otros datos que completamos en su anamnesis fueron: el desarrollo psicomotor fue lento, anduvo a los dos años. El desarrollo del lenguaje también fue tardío. A los dos años empezó a ir al parvulario, presentó una gran angustia de separación. La madre dice: "lloraba mucho, lo llevábamos arrastrando, se meaba encima". Respecto a la socialización, la relación con otros niños era bastante conflictiva, era agresivo. Había protagonizado pequeños hurtos, tenía miedo a los ascensores y a perderse en la calle. Desde hacía un año se levantaba por las noches e iba a la cama de su madre.

La madre tenía 32 años, trabajaba en unos grandes almacenes y en aquellos momentos nos dijo que estaba de baja por toda esta conflictiva situación. Observamos a una madre desbordada, que no podía dormir, muy deprimida y que nos estaba pidiendo ayuda, ayuda para ella. Para nosotros esta es la Demanda Latente frente a la Demanda Manifiesta de querer ingresar a su hijo por un año, motivo por el que peregrinó de institución en institución hasta llegar a nuestro Servicio. Vemos que aparte de la patología de Amador también está la patología de la madre, ella nos está diciendo que no está bien para poder "aguantar" a este niño y que necesita que le ayudemos. Le proponemos seguir una terapia medicamentosa que acepta, a dosis muy bajas, para poder dormir. A Amador le damos también un poco de medicación, a bajas dosis, para tranquilizarlo. En la tercera entrevista la madre puede empezar a hablar más tranquila de su drama familiar. Cuenta que se casó a los dieciocho años, que su marido está en la cárcel...nos dice que Amador se parece a su hermano esquizofrénico. Dice: "dentro de tres años, robará y me lo encerrarán". Pide de nuevo que se lo ingresemos, "no puedo soportar a éste chico y menos cuando está con el otro". Durante estos días, Amador está en casa de su abuela materna para aliviar un poco a la madre, y ésta refiere que el chico está mejor y más tranquilo. También ella está más tranquila aunque sigue pensando que no puede atender a sus dos hijos. Nosotros pensamos en la agresividad que le despierta y el temor "a matarlo" que la invade. Pensamos en la historia porque ella tiene un hermano esquizofrénico y posiblemente esté recreando el vínculo que tuvo con su hermano ahora con su hijo. De alguna forma, la situación traumática se repetiría.

En la siguiente entrevista después de dos semanas, la madre sigue angustiada y con la misma demanda: "Amador lo rompe todo". Se le aumenta un poco la medicación al chico.

Al cabo de un mes el niño se encuentra mejor. Se sienta y dibuja un campo de fútbol, escribe una historia y se tranquiliza. La madre manifiesta una nueva recaída en su depresión. Los niños han estado con ella en casa varios días que eran festivos. La abuela piensa que su hija a veces no se toma la medicación.

En la siguiente entrevista, después de tres semanas, madre e hijo están mucho mejor. La evolución es muy buena. La madre y el niño están contentos. Él viene muy bien peinado y con un aspecto sonriente... Parece orgulloso de poder decir que las cosas van mejor.

Han pasado ya seis meses desde la primera entrevista, madre e hijo están relajados, la madre aparece ahora conformada, puede soportar la situación y ver a su hijo de forma más positiva e incluso con orgullo. La madre ha dejado espontáneamente la medicación pues se siente curada de su depresión. El chico sigue medicación a dosis muy bajas.

En la siguiente entrevista dicen que le han hecho un E.E.G. en la S.S. que ha sido normal y unos tests. Siguen dificultades a la hora de irse al colegio. Se presentan "dolores" que expresan angustia de separación de la madre. Al cabo de un tiempo "hace novillos".

Durante unos tres años desde la primera entrevista, vinieron a vernos cada 5 ó 6 meses. La madre estaba perfectamente y el chico iba al colegio. Había mejorado su rendimiento escolar aunque algunas ve-

ces seguía sin querer ir a clase o haciendo novillos.

Hace un año aproximadamente me encontré a la madre en los grandes almacenes donde sigue trabajando. Su aspecto había mejorado notablemente, había ganado peso y se la veía feliz, me comentó que Amador ya trabajaba y que tenía novia. Me dijo que muchas veces pensaba en pasar por el Hospital para saludarnos.

Precisamente a principios de este mes de noviembre la madre nos ha consultado para su hijo mayor que presenta actualmente una sintomatología abandónica-depresiva.

Queremos resaltar que en el fondo esta madre pedía ayuda para que: primero, pudiera estar tranquila con su hijo sin que éste la deprimiese y segundo pudiera reparar su narcisismo con una imagen positiva de su hijo.

El hecho de que captáramos el drama de esta mujer supuso que no se sintiera rechazada ni vivida como una madre que quiere rechazar a su hijo. Esto fue la clave para que se sintiera comprendida, dejó su actitud de defensa contra el psicoterapeuta y pudo hablar de su depresión en un clima de confianza sin miedo a ser juzgada.

Resumiendo, los dos puntos fundamentales de la acción psicoterapéutica fueron captar la demanda latente y a continuación no caer en una contraactitud negativa frente a la agresión defensiva de la madre.