

L C Molins Garrido* y C Mouriño Sánchez**

*Psiquiatra y **MIR del C.S.M. de Fuenlabrada. Equipo Infanto-Juvenil.
I. P. José Germain. Área 9. CAM.

Introducción

Presentamos el caso de una niña de 5 años diagnosticada de Trastorno Generalizado del Desarrollo que está recibiendo tratamiento en el Equipo Infanto-Juvenil del Centro de Salud Mental de Fuenlabrada.

Este trabajo se realiza con la finalidad de profundizar en la dificultad que sigue existiendo actualmente en el diagnóstico precoz de la patología grave infantil y en su tratamiento. Pensamos que ésta se debe en parte a la complejidad de la sintomatología en estas edades, así como a la necesidad de intervención de múltiples profesionales.

Respecto al tratamiento, siguen siendo escasos los recursos terapéuticos, contando en el momento actual exclusivamente con la consulta ambulatoria lo que implica una gran dificultad para establecer un encuadre con la frecuencia suficiente para que se produzca un vínculo emocional con el terapeuta que asegure un proceso terapéutico.

Presentación del caso clínico

Se trata de una niña de 5 años diagnosticada de Trastorno Mixto del Lenguaje Receptivo-Expresivo por el Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica Específico de Alteraciones Graves del Desarrollo. Atribuyen el trastorno a haber presentado otitis frecuentes a los dos años que le causaron una sordera que le impidió el aprendizaje del lenguaje.

La demanda de derivación a Salud Mental la realiza la profesora, debido a que la niña, a pesar de recibir desde los 3 años el tratamiento de logopedia y apoyo pedagógico indicado por dicho equipo, presenta conductas disruptivas en el

medio escolar (definidas como rabietas) y conductas de aislamiento social que hacen imposible su aprendizaje y que dificultan el de los demás niños de su clase.

Exploración clínica

Durante la entrevista de evaluación, la paciente está muy inquieta, como metida en su mundo. Tiene un lenguaje ininteligible (emite sonidos, gritos...). La madre nos dice que cuando juega repite las películas y que si habla por los personajes habla bien. Presenta mirada periférica y no establece contacto visual con la terapeuta. Se observan estereotipias motoras.

Según refiere la madre, no se relaciona con personas que no sean de su familia, e incluso con sus familiares directos sólo lo hace en ocasiones, permaneciendo la mayor parte del tiempo aislada. La madre dice a propósito de esto: "cuando le hablas no te hace caso, por eso pensábamos que era sorda".

Historia de la enfermedad y desarrollo evolutivo

Embarazo complicado por diabetes gestacional. Parto eutócico. Exploración al nacer normal. Caminó a los 15 meses. Control de esfínteres a los tres años.

La madre refiere que tuvo un desarrollo evolutivo adecuado hasta los dos años en que comenzó a tener otitis frecuentes, y a raíz de esto dificultades en el lenguaje. Pero posteriormente dice que comenzó pronto a decir alguna palabra, pero al año se paró y pedía las cosas por señas.

A pesar de atribuir el problema a una enfermedad física, en otro momento la madre nos dice

Tabla 1: Criterios para el diagnóstico de Trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo

A. Las puntuaciones obtenidas mediante una batería de evaluaciones del desarrollo del lenguaje receptivo y expresivo, normalizadas y administradas individualmente quedan sustancialmente por debajo de las obtenidas mediante evaluaciones normalizadas de la capacidad intelectual no verbal. Los síntomas incluyen los propios del trastorno del lenguaje expresivo, así como dificultades para comprender palabras, frases o tipos específicos de palabras, tales como términos espaciales.

B. Las deficiencias del lenguaje receptivo y expresivo interfieren significativamente el rendimiento académico o laboral o la comunicación social.

C. No se cumplen los criterios de trastorno generalizado del desarrollo.

D. Si hay retraso mental, déficit sensorial o motor del habla o privación ambiental, las deficiencias del lenguaje exceden de las habitualmente asociadas a estos problemas.

que tuvo a su hija descuidada ya que su otra hija tenía molestias frecuentes de estómago (que precisaron tratamiento hospitalario) y tuvo que dedicarle más tiempo. Además en ese momento se encontraba deprimida anímicamente por razones personales.

Posteriormente culpa al colegio y a la profesora de lo que le sucede a su hija, "porque desde que empezó a ir al colegio está peor", "a veces se pone horrible, yo en casa procuro que cumpla las cosas pero en el colegio la tienen como retrasada".

Tras la primera entrevista, la madre comentó a la profesora que la terapeuta pensaba que su hija era más sensible que los demás niños por las otitis que había padecido.

Historia familiar materna

Esta historia fue relatada por la madre por primera vez, nueve meses después de comenzar el tratamiento de la hija. Pese a que se realizó algún intento, no pudo conseguirse antes debido a la actitud de defensa que mostraba la madre ante cualquier pregunta que hacíamos respecto a la familia. Esta actitud nos hizo esperar un momento más adecuado para obtener más información. Nueve meses más tarde, una vez ganada su confianza en el tratamiento de su hija, se le propuso que comenzara un tratamiento ella misma que le ayudara a enfrentarse a los problemas emocionales que le causaba la enfermedad de su hija. Aceptó, y entonces relató esta

historia de su familia a su propia terapeuta. Nunca ha hablado de esto con las terapeutas de la hija.

Fue criada por su tía paterna y el marido de ésta (que no podían tener hijos), como si fuera su hija, sin que ella supiera la verdad (ver genograma). Sus padres biológicos tomaron esta decisión cuando ella tenía 2 años, porque no podían cuidarla ya que nació con un problema de raquitismo y de anemia y requería tratamientos especiales que no podían pagar. Además tenían otros dos hijos, una niña recién nacida y un niño de 3 años. Un par de veces al mes le llevaban a verlos.

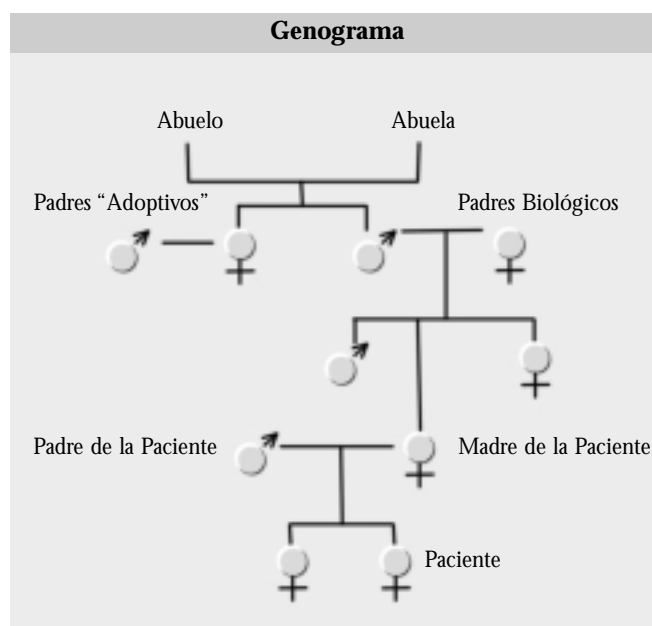


Tabla 2: Criterios para el diagnóstico de Trastorno desintegrativo infantil

A. Desarrollo aparentemente normal durante por lo menos los primeros dos años posteriores al nacimiento, manifestado por la presencia de comunicación verbal y no verbal, relaciones sociales, juego y comportamiento adaptativo apropiados a la edad del sujeto.

B. Pérdida clínicamente significativa de habilidades previamente adquiridas (antes de los diez años de edad) en por lo menos dos de las siguientes áreas:

lenguaje expresivo o receptivo
habilidades sociales o comportamiento adaptativo
control intestinal o vesical
juego
habilidades motoras.

C. Anormalidades en por lo menos dos de las siguientes áreas:

alteración cualitativa de la interacción social (p. ej. alteración de comportamientos no verbales, incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros, ausencia de reciprocidad social o emocional)

alteraciones cualitativas de la comunicación (p. ej. retraso o ausencia de lenguaje hablado, incapacidad para iniciar o sostener una conversación, utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje, ausencia de juego realista variado).

patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivos, repetitivos y estereotipados, en los que se incluyen estereotipias motoras y manierismos.

D. El trastorno no se explica mejor por la presencia de otro trastorno generalizado del desarrollo o de esquizofrenia.

Supo quienes eran sus verdaderos padres a los 8 años, aunque ya lo sospechaba antes por ver apellidos diferentes en el buzón. Le cambiaron sus apellidos por los de los “padres adoptivos” a los 18 años, ya que antes sus verdaderos padres no lo permitieron. El “padre adoptivo” le ha dicho en alguna ocasión que en realidad es hija suya y de la verdadera madre de ella. La “madre adoptiva” no le perdonó que lo comentara a sus amigas, le pegaba sin que se enterase el “padre adoptivo”.

Cuando empezó a salir con su actual marido, “los padres adoptivos” le llamaban para insultarlo, a ella le decían que salía con ese hombre porque no los quería a ellos al no ser sus verdaderos padres. Intentó irse a casa de sus suegros, pero le decían que estaba loca y que era una mala hija.

Nunca aceptaron que se casara, les quisieron separar desde el principio, “a él le ven como a un intruso”. (Esta historia se repite con la madre

Tabla 3: Proceso de separación-individuación según M. Mahler

A. Preludios del proceso de separación-individuación:

la fase autística normal. (1-2 meses)
la fase simbiótica normal. (3-5 meses)

B. La primera subfase: la diferenciación y el desarrollo de la imagen corporal. (5-12 meses)

C. La segunda subfase: ejercitación psicomotriz o de prácticas. (12-15 meses)

D. La tercera subfase: el acercamiento. (15-24 meses)

E. La cuarta subfase: la consolidación de la individualidad y los comienzos de la constancia objetal emocional. (2-3 años)

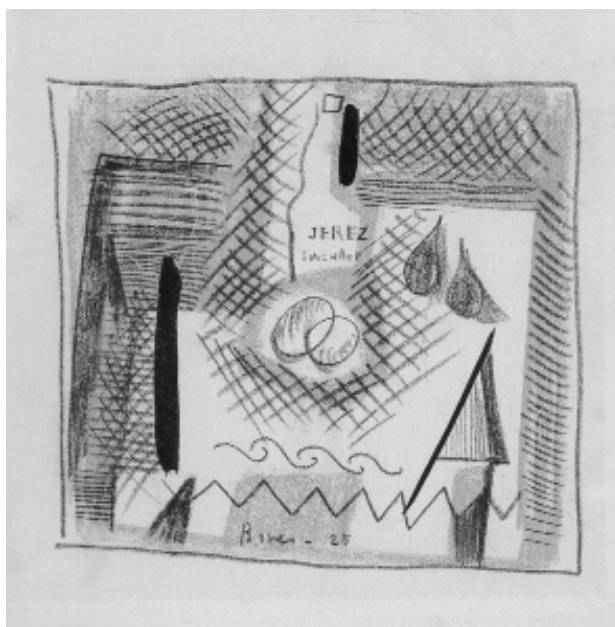
biológica, que tampoco aceptó el matrimonio del hijo, “no se casó con quien ellos querían”).

A su hija mayor, “los padres adoptivos” le decían que era hija suya, en vez de nieta, y le compraban cosas para que creyera que ellos le querían más. Cuando se quedó embarazada de la paciente le preguntaron que porqué se había quedado en estado si ellos ya no querían más hijos. La madre dice que nunca le han hecho caso a la paciente y que ahora le hacen para dar celos a la mayor, que últimamente se está empezando a distanciar de ellos.

La madre refiere que nunca se ha podido enfrentar a estos “padres”, le hacen sentirse culpable si intenta algún tipo de separación.

Diagnóstico

En primer lugar descartamos el Trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo (Tabla 1) por no cumplir el criterio C, es decir, si cumple criterios de Trastorno Generalizado del Desarrollo.



Bodegón de la botella de Jerez
Francisco Boreas, h. 1925

Cera sobre papel, 260 x 327 mm
Colección particular, Madrid

Diagnóstico DSM IV: Trastorno generalizado del desarrollo: Trastorno desintegrativo infantil. Cumple todos los criterios de dicho diagnóstico. (Tabla 2)

Comprensión psicodinámica: Depresión psicótica.

Antes de iniciar la explicación de dicha hipótesis, comenzaremos describiendo el proceso de separación-individuación (Tabla 3) descrito por Margaret S. Mahler en 1954. Es un proceso secuencial que consta de las siguientes fases:

a) Preludios del proceso de separación-individuación: la fase autística normal (1-2 meses): existe una relativa ausencia de catexia de los estímulos externos, el infante parece estar en un estado de desorientación alucinatoria primitiva negativa, en el cual la satisfacción de necesidades pertenece a su propia órbita autística y omnipotente. Pasa la mayor parte del día en un estado de semisueño y semivigilia, se despierta cuando alguna tensión derivada de sus necesidades lo hace llorar y se duerme cuando está satisfecho.

La fase simbiótica normal (3-5 meses): estadio de interdependencia sociobiológica entre el infante y su madre, un estado de relación preobjetiva, o de satisfacción de necesidades, en el cual aún no se han diferenciado las representaciones intrapsíquicas del sí-mismo y de la madre. El infante se comporta como si él y su madre fueran una unidad dual omnipotente dentro de un límite único y común.

b) La primera subfase: la diferenciación y el desarrollo de la imagen corporal (5-12 meses): comienza a disminuir la dependencia corporal total de la madre, a medida que la maduración de funciones locomotrices parciales produce el primer intento de apartarse de ella. Las conductas que posibilitan la demarcación del yo respecto del no-yo son la exploración visual y táctil del rostro y del cuerpo de la madre. Al mismo tiempo parece ocurrir la diferenciación de una imagen corporal primitiva, pero distinta.

c) La segunda subfase: ejercitación psicomotriz o de prácticas (12-15 meses): el infante es capaz de alejarse activamente de la madre y volver a ella, primero gateando y más tarde por el dominio de la locomoción vertical. La exploración del ambiente y la ejercitación de capacidades locomotoras, están muy investidas de energía libidinal.

d) La tercera subfase el acercamiento: (15-24 meses): se caracteriza por un redescubrimiento de la madre, que es ahora un elemento separado, y por una vuelta a ella después de las correrías del período de ejercitación. Existe una creciente comprensión de la separación, y junto con ella, de la vulnerabilidad. Son comunes las reacciones adversas ante separaciones breves, y ya no se puede sustituir fácilmente a la madre, ni siquiera por adultos familiares al niño.

e) La cuarta subfase: la consolidación de la individualidad y los comienzos de la constancia objetal emocional: (2-3 años): se logra un cierto estado de constancia objetal y se establece la separación de la representación del yo y del objeto. La madre se percibe claramente como una persona separada y ubicada en el mundo exterior, y al mismo tiempo tiene existencia en el mundo interno representacional del niño.

Una vez descrito el proceso de separación-individuación, pasaremos a explicar la comprensión psicodinámica de las psicosis y en particular de la depresión psicótica. Basándose en conceptos psicoanalíticos, Mahler individualiza dos tipos de psicosis infantiles que implican una fijación a las fases que preceden al proceso de separación-individuación. Así esta autora describe:

- Una Psicosis autística primaria que aparece en los niños que no evolucionan más allá de la primera fase.
- Una Psicosis simbiótica que aparece en el niño cuando éste hace una fijación en esta fase siendo incapaz de iniciar el proceso de separación. Estos niños son particularmente sensibles a las frustraciones y su contacto con la realidad es precario.

- Depresión psicótica: sucede cuando un niño que realizó un adecuado investimento materno, atravesando la fase simbiótica y la subfase de diferenciación, sumergido en la fase de prácticas, se ve enfrentado a la pérdida del objeto.

A. Freud plantea que el niño puede presentar los efectos de la pérdida sin que ésta se haya dado. Cuando un evento ocurre a la madre lo suficientemente grave para que exista un desplazamiento o retirada del interés puesto en el bebé, derivándolo hacia la resolución de su propio conflicto, puede generar en el niño la misma sensación de abandono que la pérdida real.

La clínica de la depresión psicótica se caracteriza por:

- 1) Fase de protesta marcada por el llanto y el apego excesivo a la madre.
- 2) Fase somática en la que pueden aparecer trastornos del sueño y de la alimentación, y mayor vulnerabilidad a las infecciones.
- 3) Fase de retraimiento masivo, con pérdida de adquisiciones. El niño se vuelve inexpresivo y se instaura la sintomatología autista. También se produce un severo estancamiento cognitivo. Por gestarse antes de la simbolización, bloquea la adquisición de las funciones yoicas superiores, la prueba de realidad, y el lenguaje expresivo.

En nuestro caso, pensamos que la paciente hizo una regresión en una fase de su proceso de desarrollo (proceso de separación-individuación), debido a una posible depresión de la madre en ese momento. Esta fase a la que nos estamos refiriendo es, siguiendo a M. Mahler, el final de la 2ª subfase de prácticas y el principio de la 3ª subfase: el acercamiento.

Esta fase, que empieza en la mitad del segundo año de vida, se caracteriza porque el niño se hace cada vez más consciente de su capacidad de separarse físicamente de la madre y a la vez hay un aumento de la ansiedad de separación.

Existe ahora un interés, que parece casi constante, en determinar dónde está la madre y por una conducta activa de acercamiento y de separación.

Se puede por tanto entender que una falta de disponibilidad emocional de la madre en este período puede provocar una angustia de separación excesiva, y esto desencadenaría el miedo a la pérdida de objeto real.

Por este motivo la paciente ante la imposibilidad de continuar el desarrollo normal se detuvo y para defenderse de la angustia de separación hizo un movimiento de regresión utilizando pautas de conducta pertenecientes a fases anteriores del proceso evolutivo, en este caso a las fases que son los preludios del proceso de separación-individuación: la fase autística y la fase simbiótica.

No estamos pues, ante una estructura autista, sino ante la utilización de mecanismos de defensa autísticos contra la angustia en determinados momentos. Esta diferenciación es importante para establecer el pronóstico del caso.

Tratamiento

Justificación del tratamiento: consideramos que es necesario realizar tratamiento psicoterapéutico dado que los síntomas actuales son severamente incapacitantes, afectando al área de la comunicación y de la interacción social, lo que imposibilita el aprendizaje y el desarrollo autónomo de la paciente. Sin este tratamiento el apoyo pedagógico y de logopedia resultaría ineficaz.

Plan de tratamiento. El tratamiento se realiza en el Centro de Salud Mental de Fuenlabrada (I.P. José Germain, Leganés. Área 9 CAM). Intervienen una psiquiatra, como terapeuta de la paciente, una MIR como observadora en las sesiones de juego y una psicóloga clínica como terapeuta de la madre. Las sesiones tienen una periodicidad quincenal y una duración de 30 minutos.

1- Tratamiento individual de orientación dinámica mediante hora de juego.

2- Tratamiento farmacológico (Tioridazina 10 mg./día.).

3- Logopedia y apoyo escolar individualizado.

4- Tratamiento de la madre.

Proceso terapéutico

Durante las primeras entrevistas la paciente (Ana) entra al despacho sola, separándose de la madre sin ningún problema. No saluda ni establece contacto visual. Habla en forma de jerga. No responde preguntas directas y en ocasiones repite palabras sueltas de la terapeuta (ecolalias). En ningún momento interacciona con ésta. No realiza juego simbólico. Juega con la familia de osos juntándolos y separándolos de forma compulsiva, sin finalidad aparente. No tolera la intervención de la terapeuta en el juego.

Comentarios: En estas primeras sesiones Ana nos muestra más su conducta defensiva, se aísla y desconecta, sólo en pequeños momentos establece una relación visual con nosotras a distancia. El juego podríamos entenderlo como la expresión de su vivencia traumática que intentaría elaborar con la repetición: juntar y separar los osos.

Dos semanas después entra la observadora, al presentársela Ana le saluda. Se comunica en algunos momentos, pasando el resto del tiempo aislada. No aguanta la media hora de juego; más adelante sí lo hace y termina el juego de forma espontánea exactamente a los 30 minutos, como si tuviera "un reloj interno". Recoge los juguetes a instancias de la terapeuta.

Tres meses más tarde, tras las vacaciones de Navidad, Ana no quiere entrar sola en el despacho, y no quiere separarse de su madre. Lloro hasta que hacemos entrar a la madre, entonces la abraza y besa. La madre ante esta conducta la rechaza, llamándola bebé. Nos dice que Ana lleva un tiempo pegada a ella, relacionándolo con la visita de una prima de un año, y que ahora les busca más, incluso a su padre. Después de ser abrazada por la madre, Ana permite que ésta salga. Al quedarse sola adopta una serie de actitu-

des regresivas (se agarra a la observadora y no quiere separarse ni sentarse, le pide por señas que le separe la silla para sentarse, agarra a la terapeuta y a la observadora simultáneamente, esconde la cara en el brazo de la observadora...) No quiere jugar.

Comentarios: la madre interpreta esta conducta como una llamada de atención. Le señalamos que Ana está progresando y que ahora puede reclamar y actuar la necesidad de estar pegada a ella recibiendo todo como si fuera un bebé, siendo necesario que ella responda para que Ana pueda seguir con su proceso de separación y acercamiento. Esta sesión es importante porque Ana también ante nuestra separación de vacaciones expresa una sintomatología más propia de la simbiosis. Ya no necesita defenderse de forma autista, sino que reclama la simbiosis con su madre, en esta sesión, utiliza a la observadora como si fuera una parte de sí misma.

En febrero se comunica por primera vez con palabras inteligibles. Realiza juego simbólico, tolera la intervención de la terapeuta en el juego, e integra a la observadora en el mismo. (Principalmente da de comer a la familia de osos, a la terapeuta y a la observadora; cuando acaba la sesión se despide de los muñecos y acuesta al oso de peluche). Confunde su nombre y el de la terapeuta al despedirse (confusión yo-tu).

En marzo establece contacto visual con la terapeuta y la observadora. Responde órdenes directas (se le pide que traiga los lápices para dibujar). No dibuja espontáneamente pero sí termina el dibujo de una casa y de una persona tras comenzar la terapeuta. Nombra los colores que ha utilizado al preguntárselo. Al terminar regala los dibujos a la observadora. Nombra las distintas partes de la cara de la terapeuta y la suya propia, aunque continúa sin poder decir a quién pertenecen, a pesar del contacto táctil simultáneo.

Posteriormente señala y nombra varios animales de un póster, busca a varios de ellos y a diferentes miembros de familias a petición de la terapeuta. Responde correctamente a una pregunta sobre la acción de unos pájaros.

Comentarios: a nivel técnico la función que realiza la terapeuta es poder estructurar el pensamiento de Ana haciendo de yo auxiliar que puede disponer de las funciones yoicas que Ana no tiene, así como poder nombrar lo que hace, lo que siente, y las partes de su cuerpo discriminándolas del de otro.

En abril se ha consolidado el juego simbólico, haciéndolo progresivamente más complejo. Acepta la colaboración de la terapeuta en el juego la mayor parte del tiempo. Busca el contacto visual y físico a menudo. Sonríe en ocasiones. A veces como respuesta a sentimientos de frustración, vuelve a presentar defensas autistas, pero otras es capaz de expresar la rabia más adecuadamente y de forma simbólica mediante el juego. (Grita o habla más fuerte para que no se oigan las palabras de la terapeuta, la "mata" con la pistola de juguete...).

Otro aspecto importante del proceso terapéutico es dar a Ana el suficiente investimento libidinal. En este momento ella no sólo busca mayor contacto visual, también mayor contacto físico, que será importante responder. Esta conducta también se produce con su madre, que ahora sí puede permitirle que se acerque y que reclame sus caricias sin sentir que tiene que hacer que sea "mayor".

En mayo, persiste la mejoría conseguida a lo largo de estos meses. Por primera vez ríe durante el juego con la terapeuta al comprender situaciones absurdas (locas) que ella plantea y a las que la terapeuta se niega. (Por ejemplo que el oso coma un coche puesto en el plato, o que el oso coma una y otra vez sin fin, aunque ya se encuentre saciado). Utiliza frases compuestas de dos o tres palabras, aunque persiste su jerga y las ecolalias.

Conclusiones

1) Los dispositivos de Salud Mental Pública requieren una serie de recursos terapéuticos con los que se pueda responder a las necesidades generadas por la psicopatología de la patología infantil, con una oferta igualitaria a la que ofrecen al adulto. Creemos que en este momento no se

dan las condiciones asistenciales para responder a dichas necesidades. Contamos únicamente con la consulta ambulatoria. Las estructuras intermedias, los programas terapéuticos intensivos, los programas comunitarios intersectoriales, resumiendo, la continuidad de cuidados imprescindible para estas patologías, está por desarrollar. Esta falta de disponibilidad de recursos se hace más patente en el tratamiento de la patología grave infantil (trastornos generalizados del desarrollo y trastornos graves de la personalidad).

2) Como hemos señalado a lo largo de la exposición del proceso terapéutico, los cambios se producen de forma progresiva y casi imperceptible en el tiempo. Así mismo, existen avances y retrocesos, lo que ralentiza la progresión de la mejoría.

Es imprescindible el establecimiento de un encuadre con el tiempo y la frecuencia suficiente para que se produzca un vínculo emocional con el terapeuta que permita a la paciente salir de

sus defensas autísticas. Es también muy importante proporcionar a la paciente el suficiente investimento libidinal, de este modo se ha de responder a la paciente en los momentos en que busca un mayor contacto visual y físico.

La función del terapeuta es la de ser un “yo auxiliar” que dispone de las funciones yoicas que la paciente no tiene, con el fin de poder estructurar el pensamiento de ésta.

Bibliografía

1. DSM IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona: Masson, 1996.
2. De Ajuriaguerra J. Manual de psiquiatría infantil. Barcelona: Masson; 1993. p. 673-723.
3. Mahler M. S. El nacimiento Psicológico del infante humano. Marymar, 1975.
4. Romero Hidalgo A.I., Fernández Liria A. Formación continuada en Atención primaria. Salud Mental II. Bristol-Myers, SAE; 1990. p. 109-119.
5. Lasa A. La psiquiatría infantil en España. (Editorial). *Psiquiatría Pública* 1997; 9 (6): 385-387.



Bailarinas

Francisco Bores h. 1922

Xilografía, 178 x 190 mm
Colección particular, Madrid