

Los enredos de la Historia en la infancia (y II)

(La Historia Clínica en Psiquiatría Infantil)

J. L. PEDREIRA MASSA (*) y F. RINCON PALOMINO (**)

RESUMEN

La Historia Clínica en Psiquiatría Infanto-Juvenil es un instrumento relevante desde la óptica de un Servicio Público porque confiere a éste carácter de historicidad a lo largo de las distintas etapas por las que pasa y porque reduce costes en los procesos de evaluación. Desde el punto de vista del usuario infantil que acude a él encontramos la utilidad en su capacidad diagnóstica, terapéutica y sobre todo en el hecho de abrir un lugar a la palabra de ese niño, que va a ser escuchado en ese Servicio Público. Por último, desde el punto de vista del técnico le da unas coordenadas que le sirven de enmarque en su trabajo con la infancia y adolescencia.

SUMMARY

The Clinical History in Child Psychiatry is a relevant instrument from the Public Mental Health Service because gives it historical characteristics between different times and because reduces costs in the evaluation process. From the child, the utility of this instrument is for the diagnosis, therapy, and because the child's word is emphasized. From the technical point of view is also the point of reference for his work with the children and adolescents.

PALABRAS CLAVE

Historia Clínica. Salud mental infantil. Consulta terapéutica. Evaluación psicodiagnóstica.

KEY WORDS

Clinical History. Child mental health. Therapeutic consultation. Diagnosis.

3. DE CUANDO LA CASA NECESITA UNOS BUENOS CIMIENTOS. (O EL HABLAR DEL TRABAJO EN LA PRACTICA)

Articular los conceptos teóricos con el cotidiano quehacer puede resultar, en ocasiones, difícil por el aparente y/o manifiesto divorcio que puede existir entre aquello que se teoriza en contraste con lo que se hace. Contradicción, de la que algunas teorías, incluso filosóficas, que supone una posible emergencia de una síntesis dialéctica, dicho en otras palabras, la contradicción podría dar lugar a una crisis y ésta también tiene sus aspectos reorganizadores (34). No obs-

(*) Psiquiatra Infantil. Centro de Salud Mental I. Avilés. Unidad de Salud Mental Infantil.

(**) Médico Residente Psiquiatría. Centro de Salud Mental I. Avilés. Unidad de Salud Mental Infantil.

tante la cuestión ni es tan amplia ni tan sencilla, ni tan lineal ni tan circular, el trabajo en la práctica supone una permanente revisión de los principios teóricos que lo sustentan en la medida que pueden posibilitar un trabajo entre el paso de la demanda a necesidad o de la necesidad a la demanda. Esto en el campo de la infancia es de suma importancia, pues, salvo muy contadas excepciones, tanto una como otra (demanda-necesidad) suelen ser presentadas por las figuras parentales, que a su vez son también las que eliminan y/o cuestionan la intervención diseñada desde o en el equipo asistencial. Tampoco se debe olvidar la posible rivalidad que se puede crear entre las figuras parentales y las figuras terapéuticas en cuanto a la bondad o maldad de los cuidados dispensados sobre cada sujeto infantil concreto y, en segundo lugar, debe calibrarse la posible agresividad que transferencialmente se deposita en el equipo asistencial en todo el proceso de intervención sobre el sujeto infantil, puesto que, en la mayoría de los casos, ese sujeto infantil va a necesitar una figura adulta que lo acompañe hasta el servicio asistencial, ya que éstos, por desgracia, suelen ser escasos y estar a mayor o menor distancia del domicilio. Decir que esta figura, en la mayoría de los casos, suele ser la figura materna no es, desde nuestra perspectiva, ninguna obviedad ni mucho menos algo superficial, sino, por el contrario, algo que cuestiona en cada momento las funciones concretas de ese equipo asistencial frente a ese sujeto infantil concreto en el seno de esa familia determinada (13, 35).

Por este tipo de razones expuestas con anterioridad quisiéramos intentar transmitir las dificultades y limitaciones que nuestra práctica conlleva, la flexibilidad a la hora de realizar encuadres, las "sorpresas" que podemos encontrarnos al seguir el discurso asociativo. En resumen, nada mejor para mostrarlo que intentar transmitir, con una serie

de casos concretos, el cómo articular los contenidos metodológicos y teóricos expresados con anterioridad.

3.1. Dar un cuerpo al sentir de la madre

Luciano es un niño varón, de cinco años y tres meses en el momento de la consulta, hijo único de padres jóvenes, remitido por su pediatra por trastornos de comportamiento, sobre todo con la figura materna. Al iniciar el proceso de evaluación psicodiagnóstica destaca que vienen sólo la madre y el niño, y que al preguntar por el motivo de consulta, tras realizar nuestra presentación y el encuadre de trabajo, directamente la madre plantea lo siguiente: "Ingresó 10 veces en nueve meses. Es alérgico. Le pilló un coche y hasta yo le pillé un dedo con la puerta. No sé cómo tratarlo, si está alguien conmigo se tira al suelo y monta un número. Le quité los juguetes y da igual, si le castigo da igual. Antes era más obediente. ¿Será por los ingresos? El pretende que siempre esté pendiente de él. En la guardería está muy bien, si le dejo con alguien muy bien, sólo es conmigo. Es que le dan crisis asmáticas y se ahoga. También tiene cosas en la piel. Cuando nació tuvo el eczema en la piel. El es muy nervioso. El año pasado estuvo todo el año en el hospital, es muy inquieto, le pillé con la puerta porque no le ví, y con el carro de tejer porque metió el dedo". Durante toda esta entrevista Luciano ha estado recostado y ni se ha movido. Dado que el desarrollo de esta entrevista y que la madre alternaba la situación conductual con clínica psicosomática, decidimos realizar la semiología detenida de cada uno de estos trastornos, destacando en la siguiente entrevista las continuas referencias, preguntas, aclaraciones y lagunas que la madre realiza a los entrevistadores para delimitar si se referían las preguntas al niño o a ella. Importante confusión

versus importante aclaración de la madre. "Está con vacunas y tengo revisión". "Le picaba la piel y tiene una piel áspera". "La piel empeora, aparecen los mocos, respira mal, y tose, tose, tose y mal". "En cualquier momento, cuando menos lo esperas". "Antes lo dejaba con cualquiera, pero ahora si lo dejo con alguien empieza con el asma y se fatiga". "En el hospital le pasa con cualquier cosa, y no se lo creen". "Decía que quería ir con mamá porque estaba muy malo". "Tiene fijación en mí, dice que si va con otros le da el asma". "Me tiene aburrída, si no estoy está bien, pero si llego me da besos y no hay manera de quitarlo, se marcha el padre y viene a mi cama. Al estar malo a darle besos, abrazos y caricias. A lo mejor me da besos una hora seguida". "Se pone en la cama para que lo arrasque, conmigo le pica y yo le rasco la espalda". "Al tomar biberón salía el eczema y fatal". "La piel avisaba de las crisis".

La madre nos habla de los ingresos de la siguiente manera: "Ingresó por las crisis asmáticas; la primera, dos meses; la segunda, un mes, luego tres veces en un mes, luego le pilló el coche y estuvo dos días, y al salir nueva crisis asmática, y luego otro mes con otras tres veces". ¿Cómo fue ese tiempo? Respuesta de la madre: "¿Para el crío o para mí? Fue malísimo, un tiempo horrible, fue fatal, y la primera vez..., lo dejé con mi madre porque salimos, y cuando llegamos estaba mal, mal y ya estaba fatal. Ya siempre estaba con él... De saber eso no hubiéramos salido..., creo que tengo la culpa de todo".

En esta entrevista no hay forma de que la madre deje a Luciano recoger los juguetes que ha utilizado, le azuca, le azuca, le azuca, ¡qué ahogó!, incluso contratransferencialmente.

En la siguiente entrevista se abordan los ingresos. "Fue época de mucho mimo, yo hacía lo que él quería". "Si yo estaba se ponía caprichoso, cuando no estaba, todo muy bien". "Aunque lo

pinchaban y le ponían el suero se portaba bien". "Tenía que llevarle un juguete y pasearle con el suero, me decían que cuando yo no estaba era un niño distinto". "Si hace algo yo estoy disgustada, si lo dejo con alguien está bien y si llego yo es como si llegase un demonio". "Yo le daba todo".

Le preguntamos entonces por los accidentes. El primero fue por un golpe recibido con un coche, del que tuvo un traumatismo craneoencefálico que precisó 48 horas de observación: "Me volvió loca. Hambre, sueño, no lo dejaba dormir, con miedo a que durmiera". "Me pedía todos los días un juguete". "No pensaba en tantos ingresos, pensaba que iba a ser la última vez". "De pequeñín le pillé un dedo con el carro de tejer, sólo pude dar voces". "Luego ya le di otro golpe en el que apareció sangre, no pude limpiarlo, tuve que llamar a las vecinas". Luciano tose, la madre le masajea la espalda sin parar. La entrevista termina. Luciano recoge de uno en uno todos los juguetes, la madre no para de insistir: "Termina".

Luciano fue fruto de embarazo no deseado, con un parto a las 38 semanas de gestación. Durante todo el embarazo la madre deseaba que fuera un varón, puesto que habían sido cinco hermanas. El nombre fue el del abuelo materno, "porque tenía ilusión por un nieto". El parto, "no me lo esperaba, creí que había cogido frío". La alimentación fue materna durante un mes, pero "lloraba mucho y sería porque quedaba con hambre, no quedaba satisfecho".

El desarrollo psicomotor se encuentra en los límites de la normalidad, aunque la madre lo connotó como "algo retrasadín".

El sueño fue normal "hasta que empezó con la piel, no dormía, venía a que le rascara, yo le rascaba, iba y venía". No dormían ni usted ni él. "A los dos años le sacamos de la habitación, pero con lo de la piel yo iba para allá. No lo aceptó bien, se quedaba con nosotros y luego lo llevábamos a su habi-

tación y así hasta los tres años". La madre ha constatado toqueteos genitales, pero "no hago nada porque con el eczema le picaba mucho".

Por fin en la sexta entrevista aparece el padre, tras alguna que otra insistencia por nuestra parte. Para esta figura parental todo es una percepción de la madre, pero "a lo mejor puede ser por otro crío que anduvo cuidando la madre y estaba malín". El padre se describe como una persona de carácter fuerte y con reacciones primarias. El abuelo paterno falleció asmático. Es el sexto de seis hermanos y uno de ellos es alcohólico. La madre se describe como variable y extremista, muy nerviosa, "pocas veces estoy tranquila, hago las cosas muy apurada". Es la primogénita de cinco hermanas, una de ellas toxímana y alcohólica.

Luciano aparece en todo este discurso como una prolongación más de la figura materna. Los conflictos y malas elaboraciones de ella son desplazados, depositados y condensados en Luciano. El niño termina padeciendo todos los sufrimientos e inseguridades de la madre. La confusión entre lo que es de Luciano y lo que muchas veces es narrado en primera persona nos va enfilando hacia una alteración disfuncional de la diada, con una figura paterna muy poco investidora de la relación. El niño siempre ha sido un accidente, embarazo por accidente, sexo que sustituye la falta de la familia materna, nombre que satisface a la línea materna, duelos sin elaborar, y, al menos, aparece algo de la línea paterna, el asma.

3.2. De cuando la cercanía de la muerte física puede terminar en una casi muerte psíquica

El primer contacto de J.J. acaeció teniendo seis años, remitido por su pediatra por trastornos del lenguaje, tics, gesticulaciones y tendencia a la fabulación. Es el hermano menor de dos,

de padres jóvenes. El embarazo de la madre terminó a los 36 semanas de gestación a raíz de una infección urinaria, y J.J.: "Ya desde el nacimiento tuvo infección intestinal, perdió peso, no admitía ni medicación ni nada, estubo a punto de morir, dijeron que pocos casos como él se salvaban". "Todo el primer año de la vida del niño lo pasó en la residencia". "A los 10 meses ya era operado de intestino". "En casa era tranquilo, estaba sentado y ni se le sentía". "Lo sentábamos en cualquier sitio y quedaba como un muñeco". "Hace muchos gestos con la boca, la nariz, son manías". Es descrito como inquieto e inestable, aunque es capaz de prestar atención cuando algo le agrada. Muy fantasioso, pasando de lo real a lo fantástico todo el día, imaginándose personajes que él encarna.

Tras este contacto y las pertinentes pautas no vuelve a aparecer por el centro hasta cuatro años después, por ser considerado un niño difícil, aunque "nadie puede decir en concreto qué es lo que tiene". "No se comporta como la edad que tiene".

La madre se extiende en catalogar nervios y manías, así como actitud más infantil, sin responsabilidad, de que se le olvidan las cosas, pero eso sí, las que quiere. Las figuras parentales están en el, hoy, muy extendido mundo del diseño, y se nos aparecen en el centro en consonancia con su ocupación. La imagen externa adhesiva se conserva. Todo en este crío ha llegado o demasiado pronto o demasiado tarde, es como si nada estuviera en su punto. Mientras tanto el diseño externo va bien.

La elección del nombre también fue como un "tic", y le pusieron como al padre. La madre se siente desinformada y engañada hasta los 20 días después del parto, ya que el crío estaba ingresado en el servicio de neonatología y ella no sabía lo que le pasaba. Durante todo este tiempo de ingreso de J.J. la madre ni se mueve, no va a verle. "Cuando salió de la incubadora tenía

dos meses, le llevamos para casa, volvió a empeorar y hubo que volver a ingresarlo". "En todo el primer año estuvo un mes en casa y a días sueltos". Durante todo este tiempo el padre ni quería ir a verlo y la muerte pareció rondar en torno a la intervención quirúrgica. En la historia de la figura materna destaca una vivencia de muchos hermanos, con carencias en lo real y afectivo, con una desvinculación familiar y trabajo precoces. El control esfinteriano, aunque en los límites de la normalidad, vuelve a aparecer un pensamiento de que es tardío. El motivo de consulta nos podría poner casi en exclusivo, si nos quedaríamos en lo manifiesto, en la pista de unas realizaciones prácticas deficitarias y unas alteraciones del aprendizaje. El análisis de la historia nos hace ver: un desinvertimiento del deseo que se une a un desinvertimiento corporal, al que se suma unos procesos de agudizaciones, ingresos repetidos, intervenciones quirúrgicas a lo largo del primer año, una cierta pasividad, desvinculación y desinvertimiento, incluso de la realidad viviente del niño por parte de las figuras parentales. J.J. se peleó hasta con el pronóstico médico para sobrevivir. Las energías necesarias fueron muchas. Ahora están disarmonicamente equilibradas. Todo lo más en el diseño que realizan los padres.

3.3. De cuando la foto del muerto en la casa del vivo

Pacomio (Paco-mío, desde ahora Paco) es un adolescente de 15 años y medio en el momento de la consulta, remitido por su pediatra por presentar reiteradamente abdominalgias, cefaleas y crisis de despeños diarreicos diversos desde hace un año con todos los estudios orgánicos en el límite de la normalidad. Años atrás, cuando Paco tenía ocho años de edad, fue estudiado por varios psicólogos y psiquiatras y todos hicieron énfasis en la clínica exclusi-

vamente sintomática manifiesta. La historia y las nuevas relaciones parecían haber fallecido, en la percepción profesional, el año y medio anterior, con la muerte del padre real. En efecto, un año y medio antes de aquellas primeras consultas, el padre real había fallecido en un accidente. Tres meses antes de esos procesos diagnósticos, por llamarlos convencionalmente de alguna manera, la madre vuelve a contraer nuevas nupcias. En este nuevo contacto con el mundo psicológico, por el motivo de las somatizaciones anteriormente expresadas, viene acompañado por la madre, la cual pone todo en relación con un acontecimiento escolar por el que una niña se había cagado en su padre y Paco no tolera esto. La madre dice que "el padre es un ídolo para Paco, a mí me enorgullece". "Tiene ahí las fotos porque quiero que lo recuerde. Tengo fotos expuestas con el padre". "Quizá yo hablé demasiado de las virtudes del padre". "Si se pelea con el hermano les llamo y les digo que con el padre no harían eso".

Nosotros sabemos que está casada de nuevo. La madre nos lo confirma. Quizá ingenuamente preguntamos, ¿quién es el padre? La madre contesta: "Fuera de casa le llaman padre, dentro por su nombre. Es superior a mí". A partir de ese momento la madre entra dentro de una escalada de agresiones hacia el mundo sanitario. Aparecen sus quejas corporales en la columna, como paresias, confusiones entre métodos diagnósticos y terapéuticos (EEG y TAC), le faltan cinco vértebras, va a terminar en una silla de ruedas. Ante esta situación de descalificación masiva a todo lo sanitario, se le pregunta si está satisfecha con los estudios que el doctor X, pediatra de toda la vida de Paco, ha realizado. La madre es contundente: "Claro que sí, él es bueno, lo es todo, es como un padre". Al terminar esta entrevista, algo del orden del muerto presente, padre de Paco muerto y del vivo sustituto (marido actual de la ma-

dre) nos hacía ver que el esposo real seguía siendo el fallecido. Paco, en medio. Contratransferencialmente sentíamos una dificultad de continuar las entrevistas con esta mujer, por lo tanto pensamos en continuarlas con Paco.

En las sucesivas entrevistas se nos presenta un adolescente colaborador pero reticente, sus contestaciones tienden al laconismo:

(Paco): "Antes me trajeron por el dolor de barriga?"

—¿Dolor de barriga?

(Paco): "Como si fuera a hacer de vientre y otros de cabeza".

—¿Dónde el dolor?

(Paco): "Por aquí". (Se señala epigastrio.) "Si estaba distraído no me dolía, jugando en la calle con los amigos o haciendo algo ya no pensaba que me dolía".

—Hay que pensar en la tripa para que duela y tener tiempo sin hacer nada para pensar en ella.

(Paco): "Entonces me pensaba que podía ser algo de la apéndice". (Ojos congestivos.) "Temía que me fueran a operar". (Llanto silencioso, las lágrimas recorren un surco. Se hace un acercamiento.)

—¿Qué piensas de la operación?

(Paco, voz entrecortada y baja): "Que me fuera a morir".

—¿A morir?

(Paco): "Tuve un amigo que le operaron del apéndice y si esperan más se muere, porque se hubiese perforado en el estómago".

—¿A ese amigo le pasaba algo más?

(Paco): "Sí, vómitos y fiebre y dolor muy fuerte".

—¿Tú tenías esto?

(Paco): "No, yo no".

—¿Cuándo te empezó?

(Paco): "Hace unos meses. Fui hasta tres o cuatro veces al servicio en una hora".

—¿A hacer de vientre?

(Paco): "Sí".

—¿Cómo era?

(Paco): "Descompuesta".

—¿Aliviar dolor?

(Paco): "Unas veces sí y otras no".

—¿Qué hay en la tripa?

(Paco): "Tripas para echar los desperdicios".

—¿Algo más de los desperdicios?

(Paco): "Lo que no se aprovecha de la comida".

—¿De dónde vienen esos desperdicios?

(Paco): "De lo que no se aprovecha de la comida".

—¿La comida?

(Paco): "Del estómago".

—¿Cómo llega al estómago?

(Paco): "No sé".

—¿Cómo se hace el comer?

(Paco): "Por la boca".

Se le pone en relación ingerir-comer, digerir, nervios en el estómago. Porque puede haber cosas dolorosas para digerir. Lo que no sirve se expulsa como desperdicio. Un mismo alimento sirve como comida, y lo que no se utiliza se expulsa como desperdicio.

Las siguientes entrevistas nos ponen de manifiesto la confusión de Paco en digerir la muerte del padre fallecido, que no muerto, con el padre vivo, que no presente. El poder de una presencia en simplemente una foto pero presentificado en el discurso de la madre. Un hombre que duerme con la madre, no sabemos si esposo, marido o padre.

3.4. De cuando un niño quiere matar y no se quiere (puede) preguntar a quién

Aquiles tiene cuatro años en el momento de la consulta, acude acompañado de sus padres. El motivo de la consulta es por hacer muecas extrañas con la cara que se incrementan cuando está nervioso, además dejó de comer repentinamente y aparece con una relativa terquedad. Según la madre el padre lo hacía de pequeño e incluso hoy presenta algún "tic" facial. Todo el cuadro

se inicia con la entrada en el colegio, pero "iba contento, ni llorar ni nada", "desde entonces terco, desobediente y rebelde, tiene que ser lo que él diga". "El biberón es lo que él toma". Quizá dejemos algunos datos más de las entrevistas sucesivas para entrar en cómo aparece en la entrevista a solas con Aquiles.

Nos sorprende que entra solo con los profesionales sin ningún problema. Al hablar presenta una ligera dislalia, con una cierta infantilización del lenguaje. Se le ofrece jugar, sin ningún problema acepta. Se dirige al cesto de los juguetes. Extrae uno a uno los juguetes que va depositando suavemente en el suelo. Repentinamente, con unas piezas de encajar hace algo.

—¿Qué haces?

(Aquiles): "Una pistola".

—¿Para qué?

(Aquiles): "Para matar".

—¿A quién?

(Aquiles): "A un señor".

—¿Cuál?

(Aquiles): "A uno que hay fuera".

—¿Dónde?

(Aquiles): "Estaba en casa".

Aquiles vuelve a construir algo nuevo tras un silencio de preguntas.

—¿Y ahora qué haces?

(Aquiles): "Una pistola".

—¿Sigues haciendo una pistola?

Afirmación con la cabeza.

Parece que es mejor no seguir preguntando. No sabemos ni quién estaba fuera ni quién es el señor que estaba en casa. Perdón: ¿lo sabemos? En ocasiones hay dificultades para continuar indagando sobre el deseo del niño. Son dificultades más por la parte técnica, y en muchas ocasiones el cambio de actividad no supone el soslayar los contenidos latentes. En esta entrevista que comentamos Aquiles comenzó a jugar con coches. El que ganaba en las carreras era él, de los choques él salía victorioso. Siempre había un "otro" que era derrotado pícaramente por Aquiles. ¿Lo sabemos?

3.5. De cuando el cambio hace cambios y aparece la locura

Los casos graves pueden originar no sólo una dificultad en el abordaje sino una repetición, una insistente repetición de procesos psicodiagnósticos que en ocasiones puede resultar interminable. Sí, esto es así para muchos contextos familiares: dificultad en aceptar lo sombrío de un pronóstico, las dificultades del abordaje o la complejidad de una intervención en los técnicos puede ocurrir un cierto mimetismo a repetir un proceso evaluatorio confrontados incrédulamente a la realidad que se les presenta. Una buena exploración inicial, sistematizada, correctamente recogida y transcrita facilita al nuevo técnico la labor, pudiendo simultanear las pertinentes aclaraciones a determinados aspectos de la historia recogida, con lo ocurrido en distintos intervalos, con el estado actual y, sobre todo, con la reconstrucción de unos vínculos transgeneracionales que todo cambio hace que tiemblen.

Esto es lo que queremos expresar con el caso de Goliat, que contaba cuatro años y cuatro meses cuando llegó al servicio, se presentaba como un cuadro con fenomenología de hiperquinésia, inquietud, irritabilidad, ecolalias, estereotipias, neologismos, actuaciones compulsivas, fobias indeterminadas y difusas, oposicionismo y expresiones adultomórficas.

Las figuras parentales se encuentran desorientadas, la madre es una mujer que no cumple su función de *holding*. Su ambivalencia pasa de la búsqueda compulsiva a la invasión. La descalificación de la figura paterna por su ausencia, debilidad y concesión hacia el crío está siempre muy presente. Tampoco ha sido capaz de ser una madre nutricia: "No sabía si mamaba, rechazaba la comida, dudaba entre darle de comer o pegarle". Al final "me obsesioné con la comida y ni me fijé en otras cosas". Con ello es como si Goliat no hubiera tenido des-

arrollo psicomotor. La figura paterna es débil, quizá demasiado. Ausente de casa, tienen un negocio familiar, cuando está en casa es incapaz de poner ley, si lo intenta es descalificado. Sólo le queda "berrar".

Las dificultades de simbolización de Goliat se han venido expresando no sólo en las alteraciones del lenguaje, de su ubicación temporoespacial y de relación con los objetos externos, sino también en una incapacidad de utilización de los objetos más allá de la mera manipulación como objetos-cosas. También aparece una cierta indiferencia afectiva, pero no llega a ser total, del oposicionismo y negativismo pasivo puede pasar a otros momentos mucho más activos.

En medio de toda esta situación, la intervención establecida de contención familiar se ve rota, tras cuatro meses de trabajo por dos tipos de situaciones, un agrietamiento del edificio y la marcha del terapeuta. El contexto familiar no tolera tanto agrietamiento, había que rellenarlo. ¿Qué mejor para una hiperquinesia que una anfetamina de síntesis? La trampa de la fenomenología: el tratamiento farmacológico sintomático desencadenó, como en cascada, un agravamiento del cuadro. La llegada del nuevo terapeuta, obliga a retomar de forma articulada lo que quedó en suspenso, reconstruir un vínculo y articular unos nuevos límites de trabajo. Todo fue posible gracias a una correcta exploración psicopatológica inicial, de tal suerte que se pudo constatar y reconstruir en las siguientes fases:

A) Retomar el vínculo transferencial, quizá es significativo algunos elementos fundamentales del discurso de Goliat y de la relación madre-hijo-terapeuta:

A.1) Percepción del tiempo de ruptura de la relación a nivel del niño: "El teléfono lo cogemos, lo cogemos y lo rompemos"; "estaba prisionero"; "hay que arreglarlo"; "el fontanero, el fontanero arregla lo roto"...

A.2) Las dudas desde el lugar de la madre: "Me provoca siempre"; "siempre dicen que hay que actuar en conjunto"; "¿va a seguir aquí?"; "es una disfunción cerebral mínima"; "¿tendrá arreglo?"; "estoy desesperada, no veo salida"; "me encuentro sola"...

A.3) Poner unos límites marcados por un encuadre preciso que se respeta desde el lugar terapéutico estrictamente. Límites-ley que tiene sus consecuencias si se transgreden: espera o acortamiento de la sesión. Pero también la agitación, la actitud provocadora, las rupturas de encuadre (entrar y salir continuamente del despacho y entrar y salir en otros despachos), la logorrea aparentemente sin sentido, etcétera, remitían a los límites institucionales retos que había que reconstruir.

B) Redefinir la intervención y el lugar técnico desde nuestra perspectiva.

B.1) Contener las situaciones de angustia y ansiedad del conjunto de la situación. Papel importante y de primer orden en la función del equipo de la unidad infantil cuando les llegaba una "invasión" en el momento que Goliat penetraba bruscamente en otros encuadres, tolerancia a la llegada del terapeuta para reconducir y trabajar la irrupción en su propio trabajo. De esta suerte se comunicaba que era todo el equipo, todos sus componentes, los que sostenían y apoyaban al terapeuta responsable del caso y que el compromiso era del centro como tal. Cuando la situación, al cabo de unos meses, se fue apaciguando, fueron los propios miembros del equipo los que señalaron el cambio al terapeuta, haciendo ver el sentido de la reconstrucción del vínculo transferencial y conteniendo las ansiedades que crea el tomar a cargo un caso tan grave.

B.2) Trabajar con el pediatra la contextualización de la entidad fenomenológica, llevándolo a un terreno estructural y relacional. Ardua tarea. Hubo

que reubicar el tratamiento y que él retirara las anfetaminas y reintrodujese el Nemacril. Esto supuso un nuevo problema: la reintroducción del Nemacril a las dosis de 0,1 mg/kg de peso/día repartido en dos tomas al día, coincidió con un proceso catarral y le fue prescrito un antitusígeno que potenció el efecto colateral de presentación de síntomas extrapiramidales: revulsión ocular, ligera rigidez, contractura de los orbiculares de los párpados y labiales, hiperextensión cervical, tremor lingual y babeo... asustaron a la madre que lo lleva a urgencias del Servicio de Psiquiatría del Hospital Comarcal, donde se le ingresa y suspende el tratamiento. La madre se descompensa: "Vi lo mal que está al verlo con otros niños, no se interesa por nada". Volver a introducir el neuroléptico, explicar los efectos secundarios y que sólo es paliativo y en una fase y, además, introducir el Akinetón para paliarlos.

B.3) Trabajar con la profesora del centro privado al que acudía fue constatar la ambivalencia frente a Goliat. Las pegas a aceptarlo pero sin decir nada aparentemente en contra. Aceptar nuestro punto de vista, pero señalar su imposibilidad de tomarlo a cargo: "Muchos niños"; "necesita un especialista"; "no aprende"; "no se separa de mí"...

Una sesión tipo de esta subfase:

Goliat está muy disperso e hiperquínico, su actitud es provocadora hacia los límites: va hacia la puerta e intenta salir, se dirige hacia el flexo y lo golpea, se mete tras las cortinas en actitud desafiante y dando gritos y risas muy peculiares, se dirige a un rincón y araña la pared mientras canta "Amor de hombre" con una buena tonada.

(G): "Está mal, está mal. El lavabo está mal y roto, el lavabo está roto".

—¿Qué se hace con las cosas rotas?

(G): "Arreglarlo, arreglarlo".

—¿Quién lo rompió?

(G): "Goliat".

—Parece que Goliat quiere decir que puede tener cosas rotas y se pregunta si nosotros podremos hacer algo por los rotos de Goliat.

Reaparecen los gritos y risas y se calla de repente, bruscamente.

(G): "Está mal... la plasti, la plasti".

Se dirige al cesto de los juguetes, coge la plastilina, vuelve a la mesa y hace un amasamiento longitudinal.

(G): "Es una culebra verde".

Bruscamente la deja, comienza a moverse entre risas y gritos y entre ellas...

(G): "El muñao, el muñao no se dice, el muñao no se hace, el muñao".

Intenta salir y pongo límites, se sorprende y llama a mamá, luego se dirige al rincón.

(G): "El muñao, el muñao. Se hace caca".

Se baja el pantalón del chándal por la parte delantera, se coge el pene con una mano y elonga la piel hacia adelante.

(G): "Yo me hago caca".

Se dirige hacia la puerta y se vuelve.

(G): "La caca se hace en casa. Mira la pirula la mordió..., tiene sangre la pirula que mordió.

—Le señalo su miedo a ser agredido y su miedo también a agredir y hacer sangre.

(G): "El muñao no se hace. ¿Dónde está mamá?".

Termina en ese preciso instante el tiempo de la sesión y la madre solicita una cita para plantear "una cuestión importante". Se la remite a su sesión en conjunto con Goliat (36).

4. ASPECTOS PARA (RE)PENSAR

Es cierto, hay que contextualizar nuestras actuaciones. Contexto en tanto elemento dialéctico y dinámico, por lo tanto vivo, enmarcado por unas coordenadas precisas de tiempo, espacio, movimiento y puntos de referencia. Puntos de referencia articuladores para una demanda

vehiculizada a través de un síntoma detectado en el sujeto infantil, en contraste con un saber (quizá supuesto) del técnico que se enfrenta (y se confronta) con un sufrir. Es precisamente en este contexto en el que defendemos la utilización de un instrumento, al parecer hoy denostado, que posibilita una diferenciación metodológica a la hora de abordar cualquier demanda. La utilización de la historia clínica como instrumento de primer orden para la evaluación psicodiagnóstica pone en evidencia que no todo sirve y que no todo vale en salud mental, ya que establece puntos de referencia y posibilita contrastaciones de las líneas teóricas del abordaje introduciendo en ellas y a través de la historia el análisis de los contenidos epistemológicos que subyacen, entendiendo epistemología en el contexto de la teoría general de la ciencia (37).

Como aspectos para estimular la reflexión queremos destacar tres grupos:

4.1. Utilidad

En primer lugar porque un servicio público no puede perder su memoria histórica, y por lo tanto debe dar una sensación de continuidad más allá de los profesionales que en un momento dado están, debiendo estar pensado para satisfacer las necesidades concretas de los usuarios, además de favorecer los imperiosamente necesarios fundamentos para investigaciones y estudios longitudinales en la infancia y adolescencia. El segundo factor de la utilidad lo ciframos en que puede ser un instrumento que tienda a enfatizar las conexiones de las distintas tendencias teóricas más allá de pertenencias a escuelas (por no decir escolasticismos). Ello no quiere decir que haya que hacer concesiones, pero sí la posibilidad de transmitir los conocimientos al conjunto de los profesionales.

4.2. Flexibilidad

En tanto lo que interesa es la interiorización de un instrumento, se posibilita una utilización personal por parte de cada técnico, así como una secuenciación temporal en cada demanda. Además contextualiza la búsqueda al ubicar las impresiones, evoluciones, duración y resurgir de cada uno de los trastornos y, por lo tanto, abre el concepto evolutivo que tanta trascendencia tiene en la infancia y adolescencia. Por último, es flexible porque hace pasar de una recogida encuestadora de datos que sólo responde a una burocratización técnica del saber, a un proceso de elaboración de los trastornos y procesos relacionales que ellos desencadenan. En otras palabras, la historia clínica ubica en un *après-coup* cada circunstancia desde un aquí y ahora.

4.3. Técnica

Nuestro planteamiento siempre es tomar como punto de partida la demanda concreta, su forma de expresión, su narración lingüística. Desde ahí habrá que contextualizar cada parcela. Eso implica posibilitar asociaciones a cada paso, lo que conlleva los límites de una historia semidirigida. Desde ahí cabe la posibilidad de abrir espacios de reconocimiento histórico del propio niño, la palabra del sujeto infantil es entonces reconocida en todo su valor excluyendo versiones o interpretaciones (mal o bien intencionadas) de otras instituciones y que, por lo tanto, hablan más de la contratransferencia de sus integrantes que del discurso del propio niño. Esta técnica expuesta sucintamente posibilita el que de las entrevistas enmarcadas en el proceso psicodiagnóstico de la infancia y adolescencia pueda transformarse en consultas terapéuticas reales, pero este concepto es otro trabajo.

BIBLIOGRAFIA

- (1) ABERASTURY, A. (coord.): *El psicoanálisis de niños y sus aplicaciones*. Ed. Paidós. México, 1985, págs. 20-22.
- (2) AJURIAGUERRA, J. de: *Manual de Psiquiatría Infantil*. Ed. Toray Masson. Barcelona, 1976.
- (3) CASTILLA DEL PINO, C.: *Introducción a la Psiquiatría*. Tomo I. Ed. Alianza. Madrid, 1978, páginas 32-55.
- (4) CLIMENT, C.; BURNS, B.: *Practical Psychiatry for the Health professional*. Ed. MTP Press Limited. International Medical Publishers. Lancaster. New York, 1984, págs. 125-214.
- (5) FERNÁNDEZ ROJERO, C.; SUÁREZ, T. (coord.): "Tácticas para realizar juegos sin fin". *Rev. AEN*, volumen 1, n.º 0, 1981, págs. 55-72.
- (6) HOUZEL, D.; MAZET, P. H.: *Psiquiatría del niño y del adolescente*. Ed. Médica y Técnica. Barcelona. Tomo I, 1981, págs. 99-156.
- (7) KAPLAN, H.; FREEDMAN, A. M.; SADDOCK, B. J.: *Tratado de psiquiatría*. Ed. Salvat. Barcelona. Tomo I, 1982, págs. 136-159.
- (8) KNOBEL, M.: *Psiquiatría infantil psicodinámica*. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1977, páginas 59-83.
- (9) PEDREIRA, J. L.; en Marcelino LÓPEZ ALVAREZ (coord.): *Salud Mental y Atención Primaria de Salud*. Ed. AEN. San Sebastián, 1986, páginas 137-212.
- (10) SIMMONS, J. E.: *Exploración Psiquiátrica del Niño*. Ed. Salvat. Barcelona, 1977, páginas 1-17, 19-36, 125-135.
- (11) STIERLIN, H. y cols.: *Terapia de familia. La primera entrevista*. Ed. Gedisa. Barcelona, 1981, páginas 81-91.
- (12) MANNONI, M.: *La primera entrevista con el psicoanalista*. Ed. Gedisa. Barcelona, 1979, páginas 123-129.
- (13) WINNICOTT, D. W.: "Consultas en el departamento infantil", en *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Ed. Laia. Barcelona, 1979, páginas 103-122.
- (14) FERNÁNDEZ ROJERO, C.; SUÁREZ, T.: "Prevencción: Encrucijada de intervenciones sistémicas". *Rev. Psicoterapia y Psicósomática*, n.º 3, 1981, páginas 7-24.
- (15) LALIVE, J.; PETITE, D.: "Les appels au psychiatre de garde considérés sous un angle systémique"; en ANDREOLI, A.; LALIVE, J.; GARRONE, G. (coord.): *Crise et intervention de crise en psychiatrie*. Ed. SIMED. Paris, 1986, págs. 83-92.
- (16) CORCÉS PANDO, V.: *Novos cadros clínicos para vellas patoloxías*. Ponencia en II Jornadas de Asociación Galega de Saude Mental. Santiago de Compostela, 1988.
- (17) FERNÁNDEZ ROJERO, C.; SUÁREZ, T. (coord.): *Paradigma sistémico y Terapia de Familia*. Ed. AEN. Madrid, 1983, págs. 107-267.
- (18) GARCÍA GONZÁLEZ, J.: *Hacer una nueva cultura explicando y las cosas de la psiquiatría*. Ponencia en VII Jornadas AEN. Gerona, 1987.
- (19) RUTTER, M.; GRAHAM, P. H.: "The reliability and validity of the Psychiatric assesment of the child: I. Interview with the child". *Am. J. Psychiat.*, n.º 114, págs. 563-579.
- (20) VERHUSDST, F. C.: *Mental health in dutch children*. Tesis doctoral. Sophia Children's Hospital. Rotterdam, 1984.
- (21) LEBOVICI, S.; SOULE, M.; DIATKINE, R.: *Traité de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. P.U.F. Paris. Tomo I, págs. 200-320.
- (22) DIATKINE, R.: "Propos d'un Psychanalyste sous les psychothérapies d'enfants". *Psychiatr. Infant.* XXIV, 2, págs. 151-178.
- (23) PALACIO ESPASA, F.; MANZANO, J.: "La consultation therapeutique des tres jeunes enfants et leur mère". *Psychiatr. Infant.* XXV, 1, páginas 5-26, 1982.
- (24) VICENTE, F. de: *Algunos aspectos clínicos en la clínica infantil*, en Primeras Jornadas de la Sección de Psicoanálisis de la AEN. Ed. IASAM-Diputación Provincial de Huelva, 1986, páginas 35-44.
- (25) MIRA, V.: *La dirección de la cura en el psicoanálisis de niños*, en Primeras Jornadas de la Sección de Psicoanálisis de la AEN. Ed. IASAM-Diputación Provincial de Huelva, 1986, páginas 35-44.
- (26) PEDREIRA, J. L.; MENÉNDEZ OSORIO, F.: "El síntoma psicósomático en el niño". *Rev. AEN*, volumen 1, n.º 0, 1981, págs. 81-93.
- (27) ACHENBACH, TH. M.; EDELBROCK, C.: "The teacher version of the child behavior profile: I. Boys aged 6-11". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, n.º 2, 1984, págs. 207-217.
- (28) ACHENBACH, TH. M.: "The child behavior profile: I. Boys aged 6-11". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, n.º 3, 1978, páginas 478-488.
- (29) BERGER, M.: *Entretiens familiaux et champ transitionnel*. P.U.F. Paris, 1986, págs. 151-280.
- (30) WILLIAMS, P.: *Mental Health in Primary Care of Health. The Experience in Great Britain*. Sesión Monográfica del Hospital Psiquiátrico de Oviedo, 1987.
- (31) KORNBLIT, A.: *Semiótica de las relaciones familiares*. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1984, páginas 32-86.

(32) LACAN, J.: *La familia*. Ed. Argonauta. Barcelona. Buenos Aires, 1978.

(33) ARFOUILLOUX, J. L.: *L'entretien avec l'enfant*. Ed. Privat. Toulouse, 1975.

(34) WATZLAWICK, P.: *Táctica del cambio*. Ed. Herder. Barcelona.

(35) LEBOVICI, S.; SOULE, M.; DIATKINE, R.: *Op. cit.* Tomo III, págs. 475-602.

(36) PEDREIRA, J. L.: "Goliat: Resistir las pedradas", en PEDREIRA, J. L. (coord.): *La gravedad psíquica en la infancia*. Ed. Ministerio de Sanidad y Consumo. Servicio de Publicaciones. Madrid, 1988.

(37) KUHNE, TH. S.: *La estructura de las revoluciones científicas*. Ed. Fondo de Cultura Económica. México, novena reimpresión, 1984, páginas 20-223.