

CASO NADIA

Familia Multicompleja

Presentación del caso

N es una niña de 7 años y 4 meses de edad que acude a consulta derivada por la psiquiatra que atiende a su madre, para valoración de tratamiento psicológico. El Centro Educativo había ya sugerido a la madre que recibiera una atención especializada.

El padre no está muy de acuerdo con acudir a Salud Mental y a las citas del colegio ya que no ve problemas en su hija, pero a medida que avanza la entrevista expresa que su hija tiene celos de la hermana, sabe que la madre está "malita" y cuando N se enfada se encierra en la habitación o dice que se va de casa. A la madre le preocupa que N no se interese por ciertas actividades en el colegio, se niega a hacer ciertas tareas, cuando ve mal o triste a su madre, le repite que la quiere mucho, dice también que son malos padres, se hace más pequeña y se encierra en su habitación durante horas, dice que ve monstruos y repite cosas que dice la madre.

Evaluación psicológica

1. Historia clínica

1.1. Antecedentes personales y familiares

No tiene antecedentes psiquiátricos ni psicológicos. La madre está en tratamiento psiquiátrico desde hace cinco años. Al 4º mes de edad de N, "empecé a ver uñas y dientes en el bebé, pensaba que me intentaba matar, le he hecho daño, no creo que se acuerde", dice la madre. Es diagnosticada de trastorno de personalidad borderline con descompensaciones psicóticas.

Los padres han recibido apoyo en Servicios Sociales, en el programa específico de Familia e Infancia, durante tres años. El tratamiento se ha potenciado con el nacimiento de su 2ª hija.

El padre consume alcohol en cantidades elevadas de forma esporádica y relacionada con etapas críticas o sentimientos de impotencia y soledad.

1.2. Genograma

El padre tiene 34 años, trabaja en una empresa desde hace 14 años. Está descontento con su trabajo, le exigen mucho y discute con sus jefes. La madre es ama de casa y tiene 35 años. Están casados hace 8 años. Para el padre es difícil entender la enfermedad de su mujer, a veces se pone furioso y discuten delante de N. Tienen dos hijas de siete y dos meses de edad respectivamente. La abuela materna vive largas temporadas con esta familia y ha sido una figura de apoyo importante, aunque la madre manifiesta ambivalencia afectiva hacia su propia madre y sentimientos de odio y dependencia.

El abuelo materno vive temporadas en el pueblo. Ha sido diagnosticado de cáncer de piel y le han intervenido quirúrgicamente en tres ocasiones. Tiene problemas

bronquiales y es fumador y bebedor excesivo. De él dice la madre de N: "es irritable, se mete conmigo y con la educación de la niña. Nunca me ha tocado... ha pegado palizas tremendas a mi madre".

La abuela materna trabajó en un servicio de lavandería, donde sufrió una descarga eléctrica que le produjo quemaduras importantes cuando la madre de N era pequeña. Tuvo varios abortos, posiblemente provocados por el maltrato del marido. Actualmente su salud es muy precaria por un proceso de fibrosis pulmonar que padece. La madre de N la define como un poco insoportable.

La madre de N es la más pequeña de 8 hermanos. Mantiene buena relación con algunos de ellos. La 4ª hermana es la que cuidó de N. De ella dice: "le gusta jugar y beber en exceso, las dos cosas... se funde el dinero y nunca tiene un duro. Es con la que mejor relación tengo".

1.3. Datos evolutivos

El embarazo fue deseado, el parto con cesárea aspiró meconio y se realizaron dos lavados gástricos. Hubo lactancia materna en los primeros cuatro meses, vividos por la madre con gran temor a ser dañada por su propia hija: "a los pocos días de estar en casa, yo veía en la niña uñas largas y dientes, pensaba que me iba a hacer daño. Yo le daba el pecho, pero con miedo... yo me sentía sola... era como si lo rechazara y lo negaba... lo negaba, lo negaba... a veces temblaba mientras le daba el pecho... no dormía yo... como tenía uñas y dientes, estaba todo el rato mirando para que no me atacara... pensaba que era por venganza, por haber abortado cinco veces antes".

La madre acude al Servicio de Salud Mental al 4º mes de edad de N y en un período de dos años tiene varios ingresos psiquiátricos, no puede ocuparse de la niña y esta labor de cuidados maternos la realizan una tía y la abuela materna hasta hace un año. El padre tampoco desempeña su función paterna. Por este motivo es difícil recoger información sobre el desarrollo de N.

Una hermana de la madre se hace cargo del bebé hasta los dos años de edad. La madre dice: "se preocupaba por ella, le daba masajes, la bañaba...". Luego es la abuela materna quien se ocupa de N hasta los 4 años de edad. Existe desacuerdo entre los padres y la abuela en relación a las pautas de educación hacia N. La abuela no respeta lo que ellos dicen. La madre comenta: "la consiente demasiado, le pone telenovelas...".

En relación a la alimentación, tuvo cólicos del lactante. Actualmente come en el colegio por corregir ciertos hábitos caprichosos. No ha dormido sola en la habitación nunca y tiene dificultades para conciliar el sueño.

El inicio de deambulación es a los once meses de edad. Tiene un lenguaje claro a los dos años. Actualmente persiste la enuresis. Ha tenido algunos episodios de encopresis cuando nació su hermana. No ha padecido ninguna enfermedad importante.

Acudió a la guardería a los 4 meses de edad. La madre comenta que les dijeron que era una niña triste. Se escolarizó a los tres años en Educación Infantil. Actualmente tiene dificultades con la lectura y presenta desfase curricular. Tiene apoyo de P.T.

Sólo tiene una amiga en el colegio, no juega con otros niños, no les saluda cuando les encuentra en la calle y rehúye las relaciones, como lo hace su madre. Nunca ha

jugado con muñecas ni otros juegos, solo escribe letras y palabras. No baja al parque a jugar.

El padre de N no ha ejercido la función de cuidador ni de figura de apego, no entendía la enfermedad de su mujer y delegaba dicha función en la abuela o tía materna.

Los comentarios de la madre acerca de su relación con N son: "ella ve más allá de la imagen que yo quiero dar... me siento muy unida a N, porque tenemos cosas muy parecidas... pero veo en ella también las cosas malas que yo tengo... ella me pide que mejore... a gritos... pienso que no le hago el caso suficiente o la agobio, la persigo... estoy distanciada con ella, llevo mucho tiempo sin contarle cuentos... no la saco, no salgo a la calle, no salimos al parque... me encierro en la habitación todo el día...".

Juicio clínico

Es una niña en situación de riesgo, su madre presenta una patología psiquiátrica que en períodos críticos le ha impedido acercarse afectivamente a su hija y ocuparse de ella. Teme ser agredida por su hija o que ésta haga daño a la hermana. El padre no ha realizado la labor de apoyo a la madre ni su función paterna adecuadamente, alejándose por su dificultad para comprender la enfermedad de su mujer y depositando en la tía y abuela maternas el lugar de figuras de apego.

N percibe el estado emocional de su madre, reaccionando ante ello. En el primer dibujo casi podríamos afirmar que dibuja el delirio de su madre, una princesa con uñas y dientes y en el juego, el contenido que repite es cuidar a la madre y la hermana y ofrecer una imagen buena de ella.

Presenta tristeza, preocupación, apatía, problemas de sueño, retraimiento y empobrecimiento en las relaciones sociales, no juega con otros niños salvo con una amiga y tampoco en su casa, no utiliza los juguetes que tiene, sólo pinta letras.

Se diagnostica como **Trastorno de Vinculación en la infancia reactivo**. F 94.1 C.I.E. 10.

Tratamiento y evolución

Esta familia está siendo atendida por los equipos de Salud Mental y Servicios Sociales. Existe coordinación entre ambos por ser una familia de riesgo y contar con ayuda domiciliaria.

Desde Salud Mental, la madre recibe tratamiento psiquiátrico y psicoterapéutico y es apoyada por la trabajadora social, que la recibe, con su madre.

Se realiza tratamiento psicológico con la niña a través del juego y dibujo y entrevistas con los padres. Estos últimos tienen una actitud colaboradora que va posibilitando cambios en la dinámica familiar. El padre participa más en el cuidado de las niñas, va asumiendo su función paterna. La madre es más afectiva con las hijas, se ocupa de ellas, aunque depende de su estado clínico, es capaz de besarlas y abrazarlas, facilita la relación con los iguales y la socialización y ejerce su papel de madre. Están empezando a jugar en la casa.

N ha normalizado sus conductas en el sueño, no necesita la presencia del adulto, come mejor y es más autónoma para vestirse, peinarse y comer. Reclama la atención de los padres como figuras de afecto y de referencia, no tanto a la abuela, aunque la presencia de ésta continúa siendo necesaria en los periodos críticos de la madre.

Se está trabajando para favorecer la socialización de las niñas, sobre todo de N que es más mayor, que acudan a ludotecas, asociaciones, actividades deportivas, etc., depositando en el padre la función de cuidado y facilitador de dichas actividades, implicándolo en el cuidado de las niñas.

N utiliza el espacio terapéutico de juego como lugar donde reaparecen los conflictos afectivos y puede buscar la compensación de necesidades no satisfechas. No obstante, es una niña en situación de riesgo. Las etapas críticas de la madre influyen en la relación que establece con las hijas.

Se mantiene el tratamiento de la madre, de la niña y con ambos padres, así como el seguimiento por parte de la trabajadora social y desde el colegio, con el servicio de orientación.

Discusión

Cuando se estudian los factores de riesgo para padecer problemas de salud mental en la infancia, los antecedentes familiares, y, sobre todo, la existencia en uno o los dos progenitores de patología mental del tipo esquizofrenia u otras psicosis adquieren gran importancia.

Otro factor de riesgo es la existencia de funciones parentales empobrecidas, cuando padres y madres no pueden cuidar y educar a sus hijos con todas sus potencialidades debido a que se ven afectados por situaciones de trastorno mental, estrés, enfermedad física grave, marginación, ausencia, distancia emocional, etc.

Winnicott destaca la importancia de la relación madre-hijo, que se inicia en los primeros momentos de la vida del niño, y diferencia los efectos de la psicosis en el padre y en la madre. Cuando se da en el padre, afecta menos en la temprana infancia de los hijos. La vida de estos se ve más alterada cuando la madre se encuentra en un estado caótico, **el verdadero self no llega a formarse, se crea un falso self que intenta adaptarse a las dificultades con la que se encuentra.** Estos niños pueden percibir el estado de ánimo de sus padres. Lo que les resulta más traumático es la imposibilidad de predecir cuál será la reacción de aquellos.

En muchos casos es el progenitor sano el que se aleja de los hijos, por proteger su propia cordura, por no entender la enfermedad o cómo poder afrontarla, y la responsabilidad recae en el progenitor enfermo. No es poco frecuente que, en las separaciones de pareja, sea la madre, aún enferma, quien asuma el cuidado de los hijos y que sean ellas quienes soliciten ayuda para sus hijos y puedan colaborar, al menos en parte, en el tratamiento.

Los hijos pueden entender la enfermedad como una desorganización importante, como una crisis, como negligencia o como un reto en su vida. Es durante la adolescencia, especialmente, cuando pueden ir verbalizando sus sentimientos de angustia, culpa, vergüenza y lealtad.

En el menor existe una necesidad de encontrar una explicación al comportamiento extraño del padre o madre. Lo esencial para la evolución del niño es la posibilidad que le ofrece o le niega la estructura familiar de tomar distancia con los trastornos del padre enfermo y de identificarse con imágenes sustitutorias positivas para él. Estos niños suelen tener apariencia de bien adaptados, hipermaduros. Sin embargo, esto no significa normalidad sino precocidad, sobreadaptación, hipercontrol, etc.

Los niños pueden haber vivido experiencias de aislamiento en relación a sus iguales, su familia y la propia comunidad. La atención recibida por ambos padres es percibida como poco consistente, los padres son vistos como no disponibles ni física ni emocionalmente por ellos. En muchos casos acaban convirtiéndose en cuidadores de sus madres y hermanos pequeños, sin embargo, nadie les habla de la enfermedad de sus madres y tienen sentimientos de culpa, fidelidad y lealtad hacia ellas, lo que dificulta su autonomía e independencia.

Sienten también humillación, vergüenza y confusión, al confrontarse con dos mundos diferentes, su realidad familiar y la realidad que viven en el entorno escolar y social. Estos menores buscan apoyo social, en muchos casos no dentro de la familia, sino en profesores, entrenadores, amigos de la familia, etc. ven a estas personas como elementos de seguridad y con disponibilidad para ellos, pero raramente les hablan de su situación familiar.

Finalmente, los contactos con Salud Mental en la infancia son vividos como evocadores de culpa y negativos, aunque en la edad adulta valoran la psicoterapia que reciben como positiva, en la que pueden verbalizar los miedos sobre su propia salud mental, explorar las relaciones con sus propias madres y establecer límites tanto físicos como afectivos con ellas.

A modo de conclusiones queremos destacar:

-La importancia de mantener la estabilidad y continuidad de los cuidados en la familia como situación favorable para el desarrollo del niño.

-La necesidad de tomar medidas preventivas en los casos donde hay un progenitor con una enfermedad grave.

-La conveniencia de proporcionar al niño información sobre la enfermedad de sus padres apropiada a su edad, para poder comprenderla como una realidad diferente a ellos, de la que no son causantes ni culpables.

-La necesidad de apoyo, soporte y tratamiento para los hijos destinado a desarrollar la confianza en sí mismos y proporcionar relaciones estables.

-La necesidad de incorporar al padre sano en el tratamiento y cuidado de sus hijos.

-La importancia del apoyo social y de otras figuras familiares y cercanas, contemplados como elementos de seguridad, atención y cuidado.

-La necesidad de desarrollar y utilizar servicios y recursos que ayuden a los padres con sus hijos, tales como centros de día, ayudas domiciliarias.