

Los trastornos mentales graves

en la infancia y la adolescencia (*)

Clara Bardón. *Psiquiatra. Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil de Nou Barris*

La denominación de trastorno mental grave, engloba una serie de patologías que pueden aparecer en la infancia o en la adolescencia y que, por su gravedad, comprometen seriamente la evolución, el aprendizaje, el desarrollo personal y la inserción social y laboral de aquellos niños o adolescentes que lo padecen.

A diferencia del TMS(1) en el adulto, que implica un criterio de cronicidad, el TMG de inicio infantil o adolescente abre la posibilidad del tratamiento precoz mediante el cuál se puede evitar, en muchos casos, la cronificación de la patología. Además de proporcionar al paciente y la familia algunos elementos distintos para hacer frente a la compleja problemática que se les plantea. El tratamiento deberá incluir, en la mayoría de los casos, también un trabajo de elaboración conjunta con otros profesionales que atienden al niño, generalmente escuela-EAP, pediatra o médico de familia y SSAP(2). Los diagnósticos que pueden suponer un trastorno mental grave son: el autismo, las psicosis de inicio en la primera infancia, la esquizofrenia de inicio infantil o adolescente, los trastornos generalizados del desarrollo (diagnóstico que se realiza en niños muy pequeños, pero que con mucha frecuencia evoluciona hacia una psicosis franca), los trastornos afectivos graves, los trastornos paranoides y trastornos de la personalidad de tipo límite o antisocial.

En la construcción de la subjetividad confluyen diversos elementos: de orden simbólico (el lenguaje), de orden imaginario (la constitución del yo, de la imagen del cuerpo y del sentido, tanto del discurso como de la vida en general) y lo real de la experiencia, aquello que no puede simbolizarse y constituye lo traumático para cada sujeto. Y este proceso de confluencia y articulación de los distintos elementos, requiere de la dimensión temporal. Estos tres registros, lo imaginario, lo simbólico y lo real, deben anudarse entre sí para que la estructura subjetiva se sostenga y pueda constituir una realidad que pueda compartir con los otros y en la que el sujeto pueda funcionar. En el caso de los TMG el sujeto está en el lenguaje, pero no en un discurso que pueda compartir con los otros y que le permita hacer lazo social. Su curso evolutivo depende de la manera en que se inicia y de lo que sucedió antes del desencadenamiento de la enfermedad, depende de lo que logró construir. Por eso es de gran importancia el momento en que empiezan los síntomas.

TMG de inicio en la primera infancia

Hay algunos de estos trastornos como el autismo, la esquizofrenia infantil o las otras psicosis primarias, que se producen ya en el primer contacto con el lenguaje que implica un doble movimiento: el niño es incluido en el lenguaje por el Otro(3) que le dispensa sus cuidados pero, a su vez, el niño debe consentir a esa mediación del lenguaje en su relación con el Otro a través de la demanda que le dirige. Esto va a permitir el inicio del proceso de simbolización de su realidad y de su ubicación en ella.

En cada caso, este proceso incluye desde sus inicios la simbolización de los objetos, la simbolización de la presencia y la ausencia del Otro, la organización y soporte simbólico de la función imaginaria, es decir, de todo lo que se refiere a la constitución del yo y de la propia imagen, la construcción del cuerpo como tal a partir del organismo vivo, la organización de las pulsiones a partir de los bordes del cuerpo.

El anudamiento de esta estructura subjetiva no se salda sin un resto, ya que no todo es simbolizable y ese resto constituye el núcleo real de los síntomas que, en muchos casos, introducen una distorsión a diferentes niveles en su vida pero, en otros, pueden ayudarle a sostenerse.

Como decía, estar en el lenguaje no es suficiente para estar en la palabra, es preciso además apropiarse de él. En el autismo, esquizofrenia y psicosis de inicio en la primera infancia, encontramos un fallo en la simbolización que va a tener consecuencias en los aspectos antes mencionados. Están particularmente afectados la vivencia del espacio y el tiempo en que se despliega la estructura, la construcción del cuerpo, la coordinación entre lo psíquico y lo somático y la relación con el semejante. Por esta razón está también comprometido el vínculo con el otro, lo cual sumerge al sujeto en una dimensión de soledad en relación a sus vivencias que no puede compartir y en un desorden pulsional no regulado. La presencia del otro puede resultar muy intrusiva y amenazante y desencadenar crisis de desesperación, agitación, agresiones, etc. Se ve afectado de forma especial por el vacío, el rechazo y la segregación en relación con la familia, compañeros y maestros que, por su parte, también se ven afectados, de una u otra forma, por la dificultad para entender su lógica y relacionarse con él. Hay que tener en cuenta que en el lenguaje hay dos componentes entremezclados entre sí:

- Uno es el registro en el que cada uno da a una palabra su sentido particular a partir de sus experiencias infantiles, de lo que entendió y también de los malentendidos. Es el investimento libidinal de la lengua que es propio de cada uno.

- Por otro lado está el lenguaje en tanto compartido, el significado de las palabras que se recoge en el diccionario, las reglas de la gramática, las normas del discurso. A partir de esta otra dimensión del lenguaje uno se puede entender con los otros y hacer vínculo social. La lengua normativizada es la lengua escrita y la escritura supone el vínculo social.

Por ello la dificultad con la lectoescritura es un síntoma que aparece en la mayoría de los casos de TMG, y no sólo en los de inicio infantil, sino que puede ser uno de los primeros síntomas de un TMG de aparición en la adolescencia o en la edad adulta. Porque en los pacientes con un trastorno mental grave está siempre, en mayor o menor medida, problematizado el vínculo social, está siempre más o menos desconectado del otro y, correlativamente, más o menos conectado a su lengua particular. Por eso tiene un sentido singular, único, aquello que piensa, dice o hace. También lo que supone que piensan, dicen o hacen los otros en relación a él. Un sentido que no es el sentido compartido. De ahí que resulte tan incomprensible para los otros y de ahí se desprenden también los fenómenos de segregación y exclusión que padece.

El TMG en la segunda infancia

En la segunda infancia, tiempo en el que se prosigue la formación del yo y de la personalidad a partir de las identificaciones sociales, pueden aparecer otros trastornos, además de los originados anteriormente, que en general suelen tener una clínica poco clara y muchas veces se engloban bajo la idea, atendiendo a los fenómenos que presentan, de trastornos del comportamiento. Pero en esta franja de edad (de 6 a 12 años), pueden aparecer los primeros síntomas de los llamados trastornos del humor, es decir, las psicosis que cursan con síntomas de depresión o maníacos, la paranoia que en esta edad no es sistematizada como suele serlo después de la adolescencia cuando el sujeto, por su digamos madurez, se ve impulsado a razonar sobre lo que le pasa y elaborar su teoría delirante sobre los fenómenos paranoicos que padece.

En la infancia se trata de estados paranoides en los que no suele haber un delirio pero sí las ideas delirantes fijas y características: el otro me quiere matar, se burlan de mí, me persiguen... Lo que aparece en primer plano, sin embargo, suele ser la conducta reactiva destinada, bien a apartarse de los otros para protegerse (no ir al colegio, no relacionarse, no salir...) o la conducta reactiva destinada a defenderse (pegar, insultar, enfrentarse...). Por eso es importante hacer un diagnóstico afinado y precoz cuando aparecen esta clase de síntomas, o también cuando aparece la angustia imposible de subjetivar que lleva al sujeto a la descarga motriz descontrolada, la impulsividad excesiva, las agresiones repetidas a sí mismo o a los otros, la ausencia del sentido de las normas, conductas de riesgo, fugas, etc., o las manifestaciones conductuales por el lado de la tristeza e inhibición, las ideas persistentes en relación a la muerte propia o de su familia, restricciones alimentarias importantes, ideas hipocondríacas o la desconexión del entorno, pueden ser los primeros síntomas en esta franja de edad de un TMG que se manifieste como tal posteriormente.

El TMG de inicio en la adolescencia

La infancia es un tiempo en el que el sujeto se encuentra a resguardo de una serie de responsabilidades, sostenido en las identificaciones infantiles, un tiempo de preparación en el que se consienten cosas que no se aceptan en el adulto porque se considera que aún no ha madurado. Es un tiempo de construcción del yo y sus ideales, de la relación con la realidad y con las normas sociales. La adolescencia va a significar, para cada uno, la puesta a prueba de lo que se ha construido del ser a lo largo de la infancia. Las cuestiones que la edad permitió dejar dispersas, en la adolescencia el sujeto tendrá que concluir sobre ellas al verse confrontado con las experiencias de la sexualidad y de la vida en general, por no ser suficientes ya las elaboraciones infantiles.

El encuentro con el otro sexo como tal puede consistir en el primer contacto sexual, pero no necesariamente. Puede ser el encuentro del propio cuerpo como otro a partir de los primeros cambios de la pubertad, de la primera menstruación o las primeras excitaciones corporales. Esta irrupción del cuerpo como distinto, lleva aparejado un goce sin sentido que no es integrable en la subjetividad fácilmente con los elementos infantiles y, por otra parte, implica también una llamada a situarse en una posición masculina o femenina.

Para alguien cuya estructura clínica se enmarca en alguno de los diagnósticos de TMG puede ser el momento de inicio de la enfermedad como tal, con sus síntomas característicos, fundamentalmente la esquizofrenia, los trastornos del humor y los trastornos de la personalidad. También puede ser el momento de descompensación de trastornos infantiles que estaban estabilizados de alguna manera.

Entonces se pone de manifiesto la desconexión de la realidad en sus más variadas formas, la reclusión del sujeto en lo que hemos llamado su lengua particular, las vivencias de fragmentación corporal o de muerte subjetiva y, en muchos casos, el inicio de la construcción de un delirio en su esfuerzo por entender el mundo y por dar sentido a los diversos signos enigmáticos o alucinaciones que padece. En este sentido, el delirio es una tentativa de curación, una de las formas, no la única, que puede encontrar el sujeto para tratar lo que se presenta para él como un momento inefable, un momento de gran confusión.

En otros casos el estupor paraliza al sujeto de tal modo que no puede construir nada y sus síntomas estarán más en la serie de la inhibición, los fenómenos corporales, el aislamiento y la desconexión en general de sí mismo y de los otros.

En lo que se refiere a los trastornos de la personalidad, son llamados así en las actuales clasificaciones psiquiátricas, porque lo que está en el primer plano de los fenómenos son ciertos rasgos de carácter que pueden ser paranoides, obsesivos, histéricos, etc. La personalidad constituye un cierto estereotipo del funcionamiento de cada uno porque los rasgos del carácter tienen una fijeza especial donde la dialéctica está suspendida. La personalidad (recordemos que persona viene de máscara, las utilizadas en el teatro griego) se constituye a partir de las identificaciones del yo, tomadas de la constelación familiar que ha dominado la primera infancia y, de otra parte, de las normas del grupo social. En la relación con las normas encontramos siempre por un lado cierta alienación a ella y por otro una tensión agresiva.

Hay en la personalidad un predominio de lo imaginario, con su dimensión mortífera y agresiva, tanto más presente cuanto más precaria sea la organización simbólica que la sostiene.

En los llamados trastornos graves de la personalidad, de tipo límite o disocial, hay una problemática narcisista que produce diversos fenómenos de fragilidad y extrañeza del yo, sentimientos de amenaza del otro, fenómenos de fragmentación corporal, dificultad mediante lo simbólico para dar respuesta a las más variadas situaciones y, el sujeto, con frecuencia, da la respuesta por la vía de los trastornos de conducta o los pasajes al acto. Lo que aparece sintomatizado, en primer plano, es su personalidad y la conducta que se deriva de ella.

Muchos de estos pacientes pueden sostenerse así mucho tiempo, en una precaria estabilidad mediante sus pasajes al acto, pero en otros casos se observan descompensaciones psicóticas a lo largo de su vida.

Prevención y trabajo en red

Pero, como decía, no es suficiente el diagnóstico para considerar el TMG como grave, sino que se suman otros criterios como son: la gravedad de su expresión clínica, la precocidad en el inicio del trastorno, tanto en la infancia como en la pubertad, la problemática familiar, las consecuencias que el trastorno tiene en la vida del niño y sus posibilidades, tanto a nivel subjetivo como del vínculo social y del aprendizaje. Asimismo aporta gravedad el hecho de que haya asociado un retraso mental o un consumo de tóxicos. Por esta razón, el abordaje del TMG en la infancia y la adolescencia es complejo y no puede limitarse a un plan terapéutico individual, sino que ha de incluir la valoración de todos los aspectos de la vida del niño que puedan estar afectados y el trabajo con las personas y los profesionales que se ocupan de él. En este sentido, el diagnóstico precoz de los factores de riesgo, señales de alarma y del tipo de vínculo que tiene con el Otro, a partir de la estructura subjetiva, permite detectar también, antes de que eclosione la patología en su más grave expresión clínica, aquellas situaciones susceptibles de evolucionar hacia un trastorno mental grave.

Este es un punto central que conviene destacar en relación a lo que llamamos prevención en salud mental que es preciso situar en su justo lugar y límites para no deslizarse hacia un idealismo poco conveniente y, por otra parte estéril, a partir del cuál podría creerse que el trastorno mental, como tal, sería posible evitarlo, por ejemplo, interviniendo sobre toda la población con ciertas medidas o campañas de tipo informativo o educativo para las familias.

Consideramos aquí como prevención la detección y tratamiento precoz del trastorno, posibilitado por el trabajo de coordinación e ínter consultas que se realiza con otros dispositivos de la zona que tratan de forma regular o incluso diaria con el niño o adolescente, especialmente el pediatra o médico de familia y la escuela. En este último caso la intermediación del EAP es fundamental ya que en muchas ocasiones es el primer equipo especializado en ser consultado por los trastornos de diversa índole que muestra el niño en la escuela. El trabajo continuado entre ambos equipos, del EAP y el CSMIJ permite ir creando una cultura común en relación a este tema y la elaboración de protocolos de detección y derivación a partir de las diversas señales de alarma que se pueden producir en el ámbito escolar. Lo mismo sucede con la Atención Primaria de Salud (APS).

Si bien son éstas las dos principales fuentes de detección y derivación, no es menos importante la detección a partir de los Servicios Sociales, donde se atiende a las familias y se puede, si se presta atención, conocer de manera indirecta, la problemática de los niños que están a su cargo.

En la infancia y la adolescencia, muchos de los síntomas toman la expresión de diversas formas de trastornos del comportamiento porque la estructura no está aún consolidada ni hay síntomas muy estructurados. Las principales dificultades se manifiestan en el control de los impulsos, las funciones corporales y el vínculo con los otros.

Con frecuencia se le compara con el niño ideal, se espera de él un comportamiento neurótico, se le exige una respuesta normalizada a la intervención educativa a la que no puede responder, en parte porque le es transmitida en unos términos no comprensibles para él, pero, fundamentalmente porque sus síntomas no son educables.

Con frecuencia lo difícil de soportar en los niños con un TMG es, no solamente el comportamiento disruptivo que distorsiona, sino la falta de la respuesta que se espera, lo incomprensible de su comportamiento, su falta de lógica o sus actitudes defensivas que son causadas por la dificultad para ubicarse en una determinada situación. También sus momentos de desconexión que se alternan con otros momentos de conexión, lo cual genera un gran desconcierto en su entorno y reflexiones del tipo: “pues cuando quiere, bien que lo hace, tonto no es”.

Comprender al otro se basa en poder identificarse con él. Aquí se trata, ante la imposibilidad de comprender, de poder aceptar lo incomprensible y encontrar otra manera que la educativa para aproximarse a él (y esto no solamente en relación a la escuela sino a la familia y a los propios terapeutas) y poder manejar la relación de una forma distinta.

Un ejemplo muy frecuente en la experiencia de todos es la dificultad para poner límites a una conducta producto de un desarreglo pulsional que desborda al niño. La orden subida de tono, que suele ser intrusiva y amenazadora para él, lo que provoca es una reacción defensiva, bien como bloqueo e inhibición, bien en forma agresiva o de pasaje al acto pero, en todo caso, equivalente a la vivencia del malestar que ha experimentado. Del mismo modo una mirada, una palabra fuera de tono, un insulto, puede desencadenar una reacción semejante en el plano de la conducta, que es lo que se ve, pero la conducta no da cuenta de las razones de la misma.

Hay muchas conductas similares pero su causa es distinta. Porque para un niño que padece un TMG, verse confrontado directamente con aquello que para él constituye lo imposible de soportar le lleva al borde del abismo, al borde de un vacío que amenaza su integridad. Entender precisamente esta lógica, permite en muchas ocasiones situarse ante el problema de otra manera y contener la situación desde una posición distinta y, tal vez, dando un rodeo con otros medios, con la mediación de la palabra. Esta es la función del trabajo de elaboración de la clínica entre profesionales de la salud mental, pero también en el trabajo de coordinación con otros profesionales que atienden al niño, o con las familias. Porque con este trabajo en varios planos se orienta la evolución de la patología hacia formas más benignas y se previene su agravamiento y cronificación.

La psicoterapia individual

La psicoterapia individual se fundamenta en lo dicho anteriormente. El posible trabajo a realizar depende de la transferencia que pueda establecer el niño o adolescente con la ayuda del terapeuta, según su problemática y diferente en cada caso. Hay niños que se vinculan muy bien al tratamiento a pesar de sus dificultades porque encuentran allí una posibilidad de relación con el Otro distinta. Y es precisamente ese eje que se descubre como facilitador del vínculo el que nos puede servir para ayudar a orientarnos en la dirección del tratamiento y también puede ayudar a la familia y a la escuela. En cada caso será la escucha atenta, permitiendo que se despliegue la estructura subjetiva en la transferencia y que hable de sus síntomas y experiencias de malestar lo que va a orientarnos acerca de los recursos que tiene el paciente para hacerle frente y también nos da la guía para la orientación del tratamiento.

Recordemos que el síntoma, desde nuestro punto de vista, es algo elaborado por el sujeto a partir de los fenómenos psicóticos o de otro tipo que padece y constituye más

bien una respuesta a esos fenómenos que amenazan su estabilidad. Por eso, en el diagnóstico y orientación del tratamiento, es importante discernir la función que cumple cada uno de sus síntomas y poder diferenciar dos tipos: aquellos que constituyen un esfuerzo por compensar la fragilidad de su estructura y que pueden constituir puntos de anclaje para centrar la subjetividad, de aquellos otros síntomas que son fallidos en este sentido y, por el contrario, sólo aportan malestar y distorsión en su vida.

El objetivo del tratamiento será ayudarle a construir un síntoma propio que le estabilice de la mejor manera posible, es decir, que le permita ordenar su mundo y sostenerse en él de una forma autónoma. Esto no siempre es posible y a veces se trata sólo de estabilizaciones transitorias y sujetas a los diversos avatares y encuentros que se sucederán en distintos momentos de su vida.

Las manifestaciones clínicas en la infancia y la adolescencia son muy diversas y, por lo tanto, también lo son las posibles soluciones, más o menos exitosas en cada caso. Con frecuencia es el vínculo mismo con el terapeuta en el marco del tratamiento el que le sostiene en ausencia de un síntoma propio que sea eficaz, o puede tratarse de una invención del sujeto que sirva para localizar y poner límite a su angustia y agitación, un tipo particular de relación con el saber, una construcción metafórica, la creación artística, ciertos usos del lenguaje o de la escritura. Hay construcciones que estabilizan y le permiten salir del encierro en su lengua particular, conectarse con los otros y ocuparse de otras cosas por fuera de sus trastornos. Hay otras que consisten más en el proceso mismo de realizar un proceso que puede durar años en el que construyen clasificaciones, series o sucesivas teorías explicativas del mundo con cierta coherencia lógica. En ocasiones son sistemas donde se ordena lo que se puede o no se puede hacer y en qué secuencia, a la manera de un síntoma obsesivo.

A veces pasa mucho tiempo hasta que el paciente ceda en su reticencia y comparta con su terapeuta los fenómenos que padece, por ejemplo el hecho de que desde hace un tiempo escucha voces o que la razón por la cuál no va al colegio son sus ideas paranoides en relación a que los otros le quieren matar. Con frecuencia es la mirada persecutoria del otro lo que se destaca, el insulto alucinatorio o la risa que irrumpe para el paciente como burla. Aunque la certeza sea absoluta, la vivencia de extrañeza ante estos fenómenos que se le imponen también lo es y no suele compartirla con nadie de su entorno, a veces porque teme que no le crean y le consideren loco, otras simplemente por la imposibilidad de compartir eso que es lo más íntimo para cada uno pero también lo más extraño. De ahí el rasgo de reticencia tan característico en relación con los fenómenos psicóticos. Llegar a hacerse el destinatario de esos fenómenos, a veces pequeños y dichos como de pasada, es el principal objetivo del terapeuta para consolidarla transferencia y dar continuidad al tratamiento.

No se trata nunca de alcanzar un ideal de salud mental prefijado, sino de lo que es posible tratar y construir con el paciente. A veces, lo posible es ese punto de apoyo en el terapeuta que le permite iniciar un vínculo distinto con el Otro menos persecutorio y que le da la posibilidad de empezar a tener una idea diferente de sí mismo. Esto por sí solo puede apaciguar los síntomas, hacer su mundo más vivible y soportable para él y puede tener consecuencias muy importantes en su vida, por ejemplo en el aprendizaje y la socialización.

El vínculo terapéutico así establecido puede ser fuerte y duradero. Pero también puede ser precario por estar sometido a diversos avatares y uno de ellos es la implicación que tenga la familia en este proceso.

En muchos casos, las dificultades en el lazo social son tan importantes que afectan a la posibilidad misma del establecimiento de la transferencia del lado del niño y también de las familias, lo cuál reduce el ámbito del tratamiento a la intervención indirecta con otros servicios que se ocupan de ellos y, en ocasiones, al tratamiento psicofarmacológico, que en muchos casos es eficaz para apaciguar algunos síntomas y en otros, es la condición para que un tratamiento psicoterapéutico sea posible.

Un lugar en el tratamiento para los padres

El trabajo específico con los padres, necesario siempre en alguna medida en el tratamiento de niños y adolescentes, se hace particularmente importante en los casos de TMG. En principio, dándoles un lugar no sólo como “padres de...” sino como sujetos en el tratamiento, para que puedan historizar los avatares de la relación con su hijo y puedan movilizar sus fantasmas en relación a él. El niño que presenta un “trastorno mental” acostumbra a ocupar en el fantasma de la madre una posición muy consolidada: un lugar oscuro, como objeto de su tormento, como lo más insoportable o como una parte de ella misma y, a consecuencia de ello, no estar situado para esta madre como un sujeto distinto. También puede ser el objeto malo o persecutorio en el fantasma del padre, el hijo que le ha decepcionado, aquél que vino a ocupar el lugar de un muerto que era tenido como el ideal y ser objeto de un rechazo radical.

Darles un lugar en el tratamiento implica ante todo poder operar con eso, con el lugar que el niño ocupa para los padres. También para producir, correlativamente, un desplazamiento de la posición de los padres respecto a los síntomas del hijo y ayudarles a entender otras cosas de él. Siempre, en cierta medida, está la necesidad de sostener, apoyar, ayudar a separarse y a soportar la separación que su hijo necesita para salir del lugar que ocupa y conquistar alguna autonomía.

Cada caso es distinto. Hay casos en los que la familia colabora poco, son familias muy enfermas en las que predomina el rechazo a tratarse y a ocuparse del tratamiento del hijo porque su trastorno cumple la función de mantener una cierta homeostasis en el goce familiar, es decir, tiene una función de síntoma para la familia. Pero en otros casos, los padres están verdaderamente preocupados por lo que le pasa a su hijo, por la distorsión familiar que existe y que no sólo atribuyen a su trastorno sino que también se consideran responsables, consienten en el tratamiento y se interrogan acerca de su problemática y de su futuro.

En todos los casos hay un trabajo regular del terapeuta con los padres (especialmente con las madres que son las que con más facilidad se prestan a ello), pero nos parece que, además, hay un trabajo posible a hacer también en algunos casos con los padres en grupo.

El grupo de padres

La situación de grupo permite tratar cuestiones que les afectan a todos y, respecto a las cuales, no todos están en el mismo punto de su elaboración. Los ejemplos de su experiencia que cada uno aporta a la reflexión permiten a los otros ver el problema desde otros puntos de vista. La coordinación del grupo por el terapeuta tiene como función subrayar o puntuar en el material que aportan las cuestiones que pueden hacer avanzar la elaboración para cada uno en particular y para el grupo en su conjunto. El grupo tiene una frecuencia quincenal y un tiempo limitado a seis meses. Al primer grupo asistieron 8 personas (2 parejas y 4 madres). Se pudo trabajar sobre diversos temas relativos a sus funciones como padres que se pueden agrupar así, de forma esquemática:

1. La diferencia entre el niño ideal y el niño real con sus dificultades para comunicarse y para contenerse y los efectos que esta problemática tiene sobre los padres. Cómo se desbordan cuando el niño no responde a sus expectativas entrando en una espiral de exigencia, órdenes y amenazas con resultado de un aumento del rechazo del niño hasta la rabieta. Se pudo diferenciar entre la rabieta caprichosa y la crisis de agitación por la angustia que produce la orden intrusiva o el tono amenazante. Se plantean dos opciones: quedarse enredado en eso o aceptarlo como es y encontrar otras fórmulas para llegar a él. Reconocen que con frecuencia le hablan mal al niño, en un tono de voz muy elevado y repitiéndoselo todo muchas veces. Se concluye que cuando se le habla mal eso le llega mal al niño y que según la respuesta de los padres, así evoluciona la escena. En ocasiones un rodeo permite la negociación y llegar a lo que se quiere evitando el enfrentamiento directo. Se pasa de “el niño no hace caso” a “cómo nos dirigimos al niño” y cómo manejarse con lo no educable.
2. Sobre el tiempo de dedicación que requieren sus hijos, el poco espacio subjetivo para los padres y para la vida en pareja como tal, su aislamiento porque el niño es exigente, absorbente, desborda y cansa. Esto genera en las madres sumisión o rechazo pero, en todo caso, angustia. No se atreven a dejarlos con otras personas, ya sean familiares o ir de colonias por ejemplo, porque no suelen entender el problema del niño y lo interpretan como mal comportamiento producto de una mala educación. A este problema se añade otro más profundo: el temor a separarse, tanto del lado de los padres como de los niños, que algo vaya mal y el sentimiento de culpabilidad consiguiente.
3. Se sienten cuestionados como padres: a veces directamente por abuelos u otros familiares que critican su forma de educarlos. Las madres presentes en el grupo sin su pareja, se quejan de la falta de implicación del padre en el manejo del problema, de su falta de comprensión y colaboración. En ocasiones llegando

hasta la negación del trastorno mental del niño o la culpabilización de la madre. También expresan sentimientos de vergüenza como padres frente al otro social: en el parque, en el metro, con las otras madres de sus compañeros.

4. Se pone en evidencia el cliché fijo de los padres en relación con lo que nombran como inmadurez del niño. Algunos explican sus sorpresas al descubrir que pueden producirse cambios imprevistos. Por ejemplo, el niño que hasta los cuatro años no había aceptado aún ningún alimento sólido y, temiendo que no comería nada, tuvo que quedarse a comer en el colegio y empezó a comer de todo normalmente. En el mismo sentido se habla de experiencias en relación a ir de excursión o de colonias. Los niños están abiertos a cambios, a veces muy sorprendentes, siempre imprevisibles, pero estos cambios están también determinados por cómo son vistos por el otro, especialmente los padres, cuál es la imagen que tienen de sí y qué idea de sí mismos les devuelve su mirada.

5. Finalmente se planteó el tema de poder consentir y aceptar la problemática de su hijo. Que sus trastornos no se producen para “molestar” o “tomar el pelo”, sino que son una expresión de su malestar. “Dejar de estar todo el tiempo riñéndolo por lo que hace mal. Comprender su malestar y tratar de ayudarlo cuando ves que se pone mal, en vez de reñirlo o enfadarse con él culpabilizándolo”. Así hablaba una madre en la última sesión del grupo y así concluía: “aceptar al hijo tal como es, es muy duro, pero cuando se van logrando cosas en esa línea, la situación se calma, el niño lo nota y se tranquiliza.”

Notas

(*) **Conferencia inaugural presentada en la VII Jornada de Debat de la Fundació Nou Barris. “Els trastorns mentals greus en la infància i en l’adolescència”**, el 5 de Noviembre de 2004.

1 Trastorno Mental Severo.

2 Equip d’Assessorament Psicopedagògic / Serveis Socials d’Atenció Primària.

3 Se escribe a partir de aquí Otro cuando la referencia fundamental es simbólica, para diferenciarlo del otro, el semejante, cuya referencia fundamental es imaginaria.