

# *Psiquiatría de niños y adolescentes y psicoanálisis: conciliación posible*

---

Psiquiatría y  
Psicoanálisis

## **Resumen**

*En este trabajo se aborda aspectos de la historia de la psiquiatría de niños y adolescentes en el Uruguay, íntimamente unida desde sus orígenes a la teoría y a la práctica del psicoanálisis.*

*Se enfoca posteriormente las diferencias en el objeto de estudio en ambas disciplinas y los aportes que cada una ofrece al entendimiento de las patologías del niño y del adolescente.*

*Se resalta los avances en psiquiatría en los últimos años, así como la necesidad de seguir teniendo en cuenta el desarrollo del aparato psíquico y la influencia que en esto tiene el entorno familiar y las presiones sociales.*

*Se presenta varios casos clínicos que dan cuenta de la sinergia obtenida al aunar ambas disciplinas. Se resalta como herramienta fundamental el abordaje interdisciplinario en la psiquiatría y el psicoanálisis del niño y del adolescente.*

## **Summary**

*This paper addresses aspects of the history of psychiatry of child and adolescent in Uruguay, coupled from its origins to the theory and practice of psychoanalysis.*

*Then the differences are focused on the object of study in both disciplines and the contributions that each one of them offers to the understanding of those psychiatric disorders.*

*The advances in psychiatry in recent years are emphasized and also the need to continue taking into account the development of the psyche and the influence of the family and social pressures on it.*

*The author presents several clinical cases that account for synergy obtained with the combination of both disciplines. Also, highlights the interdisciplinary approach as an essential tool in the psychiatry and psychoanalysis of the child and adolescent.*

## **Autora**

### **Cristina Martínez de Bagattini**

Ex Asistente de Cátedra de Psiquiatría Pediátrica, Facultad de Medicina. Universidad de la República.

Psicoanalista, Miembro titular con Funciones Didácticas de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay.

Miembro titular de la Asociación Psicoanalítica Internacional.

Correspondencia:

Atilio Narancio 3117  
jcb2002@adinet.com.uy

## **Palabras clave**

*Psiquiatría de niños y adolescentes*

*Psicoanálisis*

*Psicofarmacología*

*Psicoterapia*

*Casos clínicos*

*Trastornos de la conducta alimentaria*

*Trastorno por déficit atencional e hiperactividad*

*Interdisciplina*

## **Keywords**

*Child and adolescent psychiatry*

*Psychoanalysis*

*Psychopharmacology*

*Psychotherapy*

*Clinical cases*

*Eating disorders*

*Attention-deficit/hyperactivity disorder*

*Interdisciplinary*

*René Spitz describió, en 1958<sup>1</sup>, el cuadro de “hospitalismo”, que no era otra cosa que una depresión intensa del lactante, debido a la separación de su madre. Luego de transcurrido cierto tiempo de esta separación, aunque volviera su madre, este cuadro se hacía irreversible y culminaba irremediablemente en la muerte. Se la llamó depresión anaclítica del lactante.*

*Esta descripción es paradigmática del estrecho vínculo entre lo ambiental, lo que podríamos llamar el “efecto en la psiquis” o desencadenantes “psicológicos” (abandono materno, falta de amor materno), y el impacto que esto provoca en la neurobiología de un ser en desarrollo (caída de neurotransmisores, depresión, marasmo y muerte).*

Spitz<sup>1</sup> extendió el término “hospitalismo” al efecto depresivo que producen las separaciones bruscas y prolongadas de los niños y sus madres o la falta de amor, dado que el “hospitalismo” se observa también en niños criados en sus propios hogares por madres depresivas, por aquellas que no deseaban tener un hijo, o por madres “demasiado ocupadas” para arrullar, besar y hablar a sus hijos.

A través de la intervención medicamentosa, con sustancias químicas (antidepresivos), ¿es posible impedir la depresión secundaria al abandono o la carencia afectiva, intentando que este cuadro no se produzca, a pesar del abandono, y tratando de evitar la muerte del bebe?

En caso de ser posible, ¿cómo queda inscripta, en el psiquismo de ese niño, la huella del abandono, de la falta de amor y de cuidados maternos?; ¿cómo van a actuar en la estructuración psíquica estas huellas dejadas por el abandono o el desamor?

¿Existen entre la Psiquiatría y el Psicoanálisis diferencias fundamentales del objeto de estudio? ¿No tendrían que ser comunes los objetivos y la división producirse solo por la formación y ejecutividad de ambas disciplinas?

Los que tenemos esa doble identidad profesional tratamos de abordar ambos problemas, igualmente dramáticos.

## Desde los orígenes

En el año 1972, la Facultad de Medicina –a través de un proyecto creado por el Prof. Dr. Luis E. Prego Silva<sup>2</sup> y por el cual luchó durante años– reconoce el postgrado de Psiquiatría de niños y adolescentes. Este postgrado sería el primero de América Latina y del mundo creado en forma independiente de la Pediatría y/o de la Psiquiatría de adultos. Así, la Psiquiatría de niños y adolescentes (hoy, Psiquiatría pediátrica) nacía y adquiría (en el mismo momento de nacer) carácter autónomo. El primer curso se inicia en el año 1973.

Este postgrado nace, entonces, de la mano de su creador que, paralelamente a sus actividades en Psiquiatría, era psicoanalista de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay. Miembro Titular desde 1966, formó parte de todas las funciones didácticas y por lo tanto era, también, docente en Psicoanálisis.

En esa “mixtura” entre la Psiquiatría y el Psicoanálisis nace la Psiquiatría de niños y adolescentes. En esa época, los libros de estudio eran (más allá de textos propios de la Psiquiatría), predominantemente, de autores psicoanalíticos, sobre todo de aquellos psicoanalistas pioneros como Klein y Winnicott que, continuando a Freud, habían puesto sus ojos y oídos para observar, mirar, oír, pensar, describir y crear ese mapa del desarrollo del psiquismo y la mente del niño y del ser humano.

Además, el Prof. Dr. Luis E. Prego Silva se había formado con el Prof. Dr. Leo Kanner, el descubridor del autismo infantil, por lo que el respeto a una correcta semiología y diagnóstico clínico nos era transmitido de la mano de las diferentes teorías psicoanalíticas sobre el desarrollo. Cada síntoma era desglosado en sí mismo, desde más de un punto de vista.

Sigue siendo posible aunar la semiología psiquiátrica con una postura interpretativa del síntoma, que tenga la teoría psicoanalítica como referente.

Esta forma de ver a los pacientes tuvo su origen, concomitantemente, en el Servicio de Neuropsicología del Hospital de Clínicas, dirigido por los profesores Dra. Sélrika Acevedo y Dr. Carlos Mendilaharsu, ambos destacados neurólogos y psicoanalistas.

La Psiquiatría infantil fue, desde el principio, una obligada multi e ínter disciplina; un equipo trabajando, siendo difícil su ejercicio desde la soledad del consultorio. Fue y sigue siendo una “aventura interdisciplinaria”<sup>3</sup>.

## Psiquiatría de niños y adolescentes y Psicoanálisis: Dos disciplinas conciliables

Partimos de una visión integradora del niño que nos lleva a concebirlo como una totalidad, en la que sus aspectos biológicos, afectivos, cognitivos, conductuales, relacionales y socioculturales están estrechamente interconectados, dando cuenta de la complejidad de las patologías de la mente y de la complejidad del ser humano.

En la literatura consultada son notorias las convergencias, las controversias y las divergencias (parafraseando al Dr. Alberto Lasa<sup>4</sup>) sobre los vínculos entre la Psiquiatría y el Psicoanálisis. La experiencia me dice que no son solo conciliables, sino sinérgicas.

La Psiquiatría de niños y adolescentes es una profesión compleja. Es incontrastable que ha crecido mucho en los últimos 30 años. Los aportes de las Neurociencias y de nuevas corrientes, donde se destaca la cognitivo-conductual, se han sumado al pensamiento psicoanalítico.

Estudia patologías que se dan en un ser dependiente de su entorno, que se encuentra en pleno proceso de maduración y desarrollo.

Se nutre de conocimientos múltiples que se hacen cada vez más complejos. Intercambia con la psicología, la pediatría, la neuropediatría, la endocrinología, la genética. Escucha con enorme interés a técnicos relacionados: psicomotricistas; fonoaudiólogos, maestros especializados, educadores sociales y a todos aquellos que dan cuenta de distintos aspectos del desarrollo del niño.

Necesita (como otras ramas de la Medicina) de estudios realizados por otros especialistas, sin los cuales los diagnósticos clínicos serían vagos e incompletos. Un ejemplo de ello son los estudios neuropsicológicos, que abordan las funciones de alta integración cortical (lenguaje, memoria, praxias, gnosias).

Lo que en el pasado describíamos como “aspectos constitucionales” no bien identificados, está siendo progresivamente explicado por la genética. Al mismo tiempo, es esa carga genética la que, muchas veces, marcará el límite de nuestras posibilidades como psiquiatras y como psicoanalistas.

**La Psiquiatría le aporta al Psicoanálisis** todos estos avances y conocimientos científicos. El Psicoanálisis no puede ignorar ni aislarse de la Psiquiatría moderna, de las neurociencias a las que esta se conecta, que pueden, incluso, hacer tambalear sustentos teóricos psicoanalíticos existentes actualmente. Tampoco puede ignorar los avances, porque no sería lógico ofrecer una solución psicoterapéutica sin tener presentes los aportes efectivos (no solo medicamentosos) que la Psiquiatra de niños y adolescentes puede ofrecer para una determinada patología y/o paciente.

Esto no quiere decir abandonar la importancia e influencia que el ambiente (madre, padre, semejantes) ejerce posteriormente sobre el desarrollo y la estructuración del psiquismo del niño, de lo que se ocupan los investigadores en Psicoanálisis.

**El Psicoanálisis le aporta a la Psiquiatría** a través de la riqueza de la interpretación simbólica del juego, de los gráficos, la posibilidad de ver la proyección de las fantasías del niño, que “habla” de sí mismo y colabora en la comprensión de lo que le está aconteciendo o, en su defecto, cómo vive lo que está padeciendo. El psiquiatra puede entrenarse para realizar entrevistas de juego diagnósticas. Las anamnesis en las entrevistas con los padres no deben descuidar las palabras, los gráficos, los actos o el juego del niño.

No es infrecuente leer artículos donde se dice: “El Psicoanálisis se ha mostrado ineficaz”. Así es “nombrado” al mismo tiempo que “expulsado” como solución diagnóstica y terapéutica. Es evidente que no podemos afirmar que el Psicoanálisis sea eficaz, como método “curativo”, en el abordaje de patologías severas como el espectro autista o la esquizofrenia infantil. Podemos afirmar que es útil y eficaz para abordar los efectos que estos cuadros clínicos provocan en la

estructura de la psiquis del niño y en los vínculos del niño con sus padres. Abordar estos aspectos puede tener una repercusión favorable sobre el paciente, su pronóstico y su evolución. También es cierto que algunos niños pueden comprender y manejar mejor “su locura” y modificar, incluso, mecanismos defensivos ineficaces<sup>5</sup>, mejorando aspectos de su funcionamiento mental.

Sin embargo, debemos reconocer que el Psicoanálisis se ha mostrado ineficaz para transmitir suficientemente bien, salvo entre colegas y estudiantes en formación analítica, cómo se trabaja y los beneficios que tiene para el paciente, dependiendo de su patología y de la etapa de la misma. Está quedando en el acervo cultural y científico solo como un abordaje caro, largo e ineficaz.

Mostrar trabajos de Psicoanálisis se hace difícil por la privacidad de los pacientes, sobre todo en un país pequeño como Uruguay. Lo que el psicoanalista “escucha” en un diván no es percibido o dicho, la mayoría de las veces, en consultorios de Psiquiatría y viceversa.

Las patologías del niño y su familia, teniendo en cuenta todo lo planteado, se han hecho más complejas, y la formación de un psiquiatra o de un psicoanalista insume inmensidad de lecturas y prácticas clínicas que probablemente no permitan, durante la formación, desarrollar ambas habilidades.

La verdadera interdisciplina implica que cada uno de los integrantes sepa y entienda el trabajo del otro, con un intercambio frecuente sobre las vicisitudes de los tratamientos y no que, simplemente, “se envíe a medicar” o “se derive a psicoterapia”.

El diagnóstico y el abordaje psiquiátrico no quedan de esta forma despojados del trabajo con el conflicto psíquico, de la individualidad de quien lo padece, del modo en que se estructuró y funciona su psiquismo. El Psicoanálisis, a su vez, no queda separado de un correlato psiquiátrico que ponga en alerta y se ocupe de muchos aspectos que, de otra manera, podrían pasar desapercibidos.

**Tanto la Psiquiatría como el Psicoanálisis** se ven desafiados a explicar la influencia cada vez más dramática que diversos factores sociales ejercen en el aumento de las patologías

severas y en el predominio de patologías límites en el niño (trastornos bipolares, trastornos generalizados del desarrollo, depresiones graves y aumento de suicidios en los adolescentes).

Uno de estos factores es la llamada “*presión social*”, a la que están sometidos los niños y sus familias. Desde el pensamiento del Psicoanálisis contemporáneo, P. Jeammet y M. Corcos<sup>6</sup> expresan: “Nosotros concebimos que el desarrollo psíquico del niño, y del adolescente después, puede adoptar el «ritmo» y la «forma» de la evolución socio-cultural, y es influenciado por la naturaleza y la intensidad de la presión social”. “La realidad social puede poner en jaque y volver inoperantes mecanismos de defensa, hasta ahí protectores de una problemática de dependencia (represión, desplazamiento etc.), y favorecer otros (clivajes, desmentida)”. Los mecanismos defensivos actúan en la estructuración de cada cuadro psicopatológico. Estos mecanismos son complejos y su profundización obliga al análisis de textos no habitualmente incluidos en la formación psiquiátrica.

También tenemos que tener en cuenta los avances que, desde Bowlby<sup>7</sup>, con sus descubrimientos de la influencia de los cuidados maternos en la Salud Mental del infante, a la actualidad, nos aportan los investigadores sobre los trastornos del apego.

Dice Alberto Lasa<sup>4</sup>: “En mi opinión, es muy importante que autores americanos estén proponiendo un nuevo sistema diagnóstico que –más allá del DSM– esté orientado hacia el niño e incorpore aspectos del desarrollo y componentes basados en la relación y en los trastornos del vínculo”.

Una correcta semiología es fundamental para realizar un diagnóstico (esto ya nos lo aportaba el DSM-IV), pero la semiología no puede dejar de lado la psicopatología de cada síntoma y de cada niño en particular; ni a sus vínculos; ni a su familia (no solo como “portadores de genes”). Hay que tener en cuenta, cada vez más, la importancia de todos los ejes diagnósticos. Se puede cometer el error de tranquilizar a los padres con soluciones medicamentosas (por cierto eficaces cuando el diagnóstico está correctamente hecho), sin pensar que el destino de ese chico puede jugarse por otras causas que alteren el desarrollo de su personalidad.



Sabemos que son fundamentales los diagnósticos psiquiátricos, pues implican evoluciones y pronósticos. Es imprescindible, más allá de las controversias, que discutamos si es genético o adquirido, si se trata de un trastorno del apego o de un trastorno bipolar, que discrepemos sobre la psicopatología de algún cuadro clínico, para que sea posible y necesario aunar criterios como lo hacían Freud y Charcot.

Así como consideramos erróneo comenzar un trabajo de psicoanálisis, por ejemplo, con una anorexia grave con riesgo de vida, sin tener en cuenta, en primera instancia, la necesidad del abordaje médico-psiquiátrico, es igualmente erróneo diagnosticar y medicar una “neurosis obsesiva” (trastorno de ansiedad obsesivo compulsivo) e ignorar lo necesario de trabajar los conflictos que el paciente tiene en torno a la mugre, la agresividad, la sexualidad, la ambivalencia, la duda. Conflictos y sus mecanismos de defensa que jaquean su psiquismo y lo paralizan.

#### Casos Clínicos. Aportes desde la Psiquiatría y el Psicoanálisis

En los ejemplos que siguen intentaré mostrar ese doble y sinérgico juego entre Psiquiatría y Psicoanálisis.

\***Felipe**, adolescente de 14 años, es portador de un trastorno de ansiedad obsesivo compulsivo. Le dice obsesivamente a su analista: “¡Soy puto!, ¡soy puto! ¡Míral!, ¡míral!, me inyectaron algo en el ómnibus”, mientras buscan juntos (él, desesperado) el “orificio” inexistente de la aguja, aunque sabe (no delira) lo irracional de su conducta. Necesita que ella le diga lo que él ya sabe.

El mismo paciente le dirá a su psiquiatra, al que lo acompaña su familia: “No me puedo sacar «ideas feas de la cabeza» [...] Me paso haciendo, como vos decís, rituales que no me dejan estudiar”.

El psiquiatra abordó el cuadro obsesivo-compulsivo con medicamentos que mejoraron francamente los rituales y las ideas incontrolables que se imponían en la mente de Felipe. También trabajó con la familia

y el joven paciente, para que entendieran el funcionamiento de la enfermedad. Se manejaron antecedentes familiares que habían sido denominados como “manías” a lo largo de tres generaciones, hasta la violenta irrupción de la enfermedad en Felipe. De esta forma, la analista pudo trabajar mejor todo lo relacionado a los aspectos y temores homosexuales en Felipe y resignificar, a través de los recuerdos, un episodio de abuso vivido por Felipe a los 6 años de edad, con un amigo de su hermano de 14 años.

La analista y el psiquiatra trabajaron contactándose en forma permanente, lo que permitió seguir avanzando y, juntos, lograr la mejoría progresiva de un paciente grave.

En el trastorno por déficit atencional e hiperactividad (TDAH), es innegable la compleja multifactorialidad que tienen el desarrollo evolutivo y la organización del psiquismo del niño. Para Biederman<sup>6</sup> “el TDAH es un trastorno de etiología multifactorial compleja, con factores relacionados con la genética, el entorno, y la biología”. Dice que “las alteraciones que se observan en la imagenología cerebral, sugieren que se deben a influencias genéticas o a influencias del entorno temprano, y son fijas; no progresivas, y sin relación con el tratamiento con estimulantes”.

Para Lasa<sup>4</sup> “estas ideas confirman la relación del TDAH con la adversidad psicosocial y con los factores de riesgo familiar, descritos hace mucho tiempo por Rutter”.

Es innegable la importancia de corregir un déficit de neurotransmisores que puede mejorar síntomas, que hacen que el niño, sin saber lo que le está pasando, se convierta en el gestor permanente de quejas de padres y maestros, con los riesgos de estructurar su psiquismo alrededor de estas quejas. Sin embargo, creo fundamental no iniciar solamente un tratamiento medicamentoso.

El deterioro de la actividad social, familiar y académica provocará, en una causalidad circular, otros y más graves problemas en la personalidad de estos niños.

Los diagnósticos diferenciales más importantes se encuentran en la órbita de la Psiquiatría. Hay que estar alerta a la depresión infantil, a la personalidad opositorista-desafiante, o los trastornos del humor. A veces, estas patologías

pueden intrincarse y potenciarse, generando cuadros clínicos que no admiten un abordaje desde un solo ángulo y que requieren tratamientos medicamentosos combinados, para lo que se necesita mucha experiencia clínica.

Cuando un niño es portador de un TDAH<sup>9</sup> y lo hacemos concurrir a una entrevista clínica (medicado 1 hora antes con 10 mg de metilfenidato), se presenta como un niño sereno; sentado en sala de espera, que se adecua mucho mejor a la situación de entrevista; cuestiona sus producciones y estas muestran un cambio significativo en sus aspectos constructivos y en el tiempo requerido para su producción.

También varían las pruebas estandarizadas de atención. Pero es importante destacar que los llamados “aspectos emocionales”, es decir, los aspectos cualitativos del conflicto (evaluados en entrevistas y gráficos o en tests proyectivos) no se modifican con el metilfenidato.

Probablemente, con el tratamiento a largo plazo, mejorando la función organizadora de la atención, la mirada de los otros sobre el niño (sus padres, sus maestros), se podría producir un cambio en las representaciones de sí, como expresión de variaciones en el mundo interno del niño. Eso lleva a que nosotros no usemos nunca solo la medicación en el tratamiento del TDAH.

Desde el Psicoanálisis se sabe que los conflictos en torno a los reproches alteran las investiduras narcisistas y la culpa. Conceptos tales como “sentimiento de sí” (que depende de la libido narcisista) y “sentimiento de culpa” (que resulta de la percepción que corresponde en el Yo a la crítica del Superyó) estarían en los niños con dificultades en su desarrollo evolutivo, estrechamente unidos y en relación con lo que de ellos se espera. El problema de la angustia quedaría conectado a un investimento narcisista que falla y que provoca sentimientos de minusvalía, con los concomitantes “elementos” depresivos.

\***Marcelo**, de 10 años de edad, con posible diagnóstico de síndrome por déficit atencional, toma un cuchillo de campo que es de su hermano. El hermano se lo intenta sacar y, en un gesto desmedido por su impulsividad, Marcelo lastima en forma importante al hermano, que debe ser internado. Días más

tarde, revolea un cuchillo de mesa cuando le están haciendo una observación y lastima a su hermana, esta vez sin consecuencias mayores. A los adjetivos de antes (“burro”, “tarado”, etc.), con los que sus hermanos lo agredían frecuentemente, se agregan ahora los de “asesino”, “carnicero” o, “¡cuidado con él!, ¡tú eres el próximo!”.

Los síntomas se agravan y encontramos a un niño tremendamente angustiado, deprimido y culpable. ¿Qué está sucediendo con él? Nuestra hipótesis es que a la afrenta narcisista por no cumplir con los ideales que Marcelo aspiraría en relación con los ideales de los padres, se suma ahora la culpa.

La impulsividad, que no logra manejar adecuadamente, sumada a la imagen que su núcleo familiar le devuelve, hace que se convierta en un niño que corre el riesgo de estructurarse en torno a lo que los adjetivos dicen sobre él.

Si no interveníamos adecuadamente, Marcelo podía pasar a engrosar las estadísticas que se refieren a la evolución de estos niños a conductas de tipo psicopático en la adolescencia. La intervención con Marcelo estuvo cargada de recelos y desconfianza de parte de los padres, que venían de una historia cargada de frustraciones en los tratamientos de su hijo. El trabajar sin contradicciones con los diferentes técnicos, la concurrencia del equipo escolar a los Ateneos facilitó la persistencia en los abordajes terapéuticos. En este caso se medicó a Marcelo y se realizó, previo al abordaje individual, una psicoterapia del grupo familiar. Marcelo tiene hoy 19 años y cursa una carrera universitaria. Continúa usando medicación, sobre todo en épocas de exámenes.

\***Gustavo**, de 9 años, consulta por trastornos serios en su conducta y en su aprendizaje curricular. La anamnesis obtenida a través del relato de los padres, la comunicación con sus maestros y las entrevistas mantenidas con Gustavo (con las técnicas explicadas), dejan dudas diagnósticas sobre la existencia de un síndrome por déficit atencional en este niño (diagnóstico que arrastraba desde hacía años).

Los padres tienen una imagen deplorable de Gustavo. Al rechazo de ellos, se suma en

cadena el de sus hermanos y el de sus pares. Gustavo roba, miente, agrede.

En la entrevista transmite una profunda desesperanza y soledad, enmascaradas detrás de su omnipotencia y su agresividad.

La inquietud se hace por momentos intolerable, sobre todo cuando se une a conductas riesgosas. Se pone en situaciones de peligro permanente, que es vista por los padres como conductas de desafío.

No mejora con el tratamiento con metilfenidato 20 mg/día.

Evaluable la situación, se decide comenzar con un abordaje psicoanalítico individual y un abordaje psiquiátrico en el que se intentaría, fundamentalmente, analizar la situación familiar que nos hacía sentir a este paciente en situación de riesgo. También valorar una medicación adecuada, en el momento adecuado, lo cual no resultaba sencillo, dadas las características y las respuestas de Gustavo a los medicamentos. Se trataba de un niño que tenía una metabolización rápida, con reacciones paradójicas a las drogas suministradas, lo que llevó a que se realizaran estudios farmacogenéticos.

Con múltiples vicisitudes que no son motivo de este trabajo, Gustavo evoluciona muy bien en casi toda su sintomatología, el encuentro con su terapeuta fue muy positivo, venía contento a sus sesiones, se sentía entendido, comienza a disminuir su sufrimiento, mejora la situación familiar y la relación de su familia con él, así como el rendimiento escolar.

Al entrar en el liceo, comienzan nuevamente dificultades en su rendimiento curricular, que hacen peligrar lo logrado hasta ese momento. Se lo vuelve a evaluar y a medicar con metilfenidato y, esta vez, el resultado, en cuanto a sus fallas curriculares, es asombroso, pasando a tener un rendimiento excelente. Pensamos que esto no significa que el diagnóstico de TDAH solo, explicara el sufrimiento y la sintomatología que Gustavo tenía. Su tratamiento psicoanalítico no es abandonado y continúa hasta el momento actual.

**\*Fernanda es una niña de 12 años** en el momento de la consulta, que se presenta con una negativa sostenida a alimentarse, acompañada de un adelgazamiento intenso con un

índice de masa corporal muy descendido, de riesgo. Miedo intenso a estar gorda; alteración de la imagen corporal importante; trastorno del humor, con irritabilidad y agresividad dirigida a ambos padres.

Toda esta sintomatología es acompañada predominantemente por síntomas de orden obsesivo-compulsivo, apareciendo también aspectos depresivos y paranoides. Le dice a la hermana que comía chocolate: “¡No, salí! No comas chocolate cerca de mí, porque si me tosés me podés engordar”.

El cuadro comienza a los 10 años de edad, luego de que un compañero le dice “gorda”. La niña empieza a realizar una dieta restrictiva autoimpuesta, sin control nutricional, y pasa (visto en su historia pediátrica) su peso de un percentil 90 a un percentil 50 en ese año. Aparecen todos los síntomas de la lucha contra la alimentación, sostenida en elementos obsesivos. Cuando la vemos, lleva dos años del inicio del cuadro.

Tenía el diagnóstico psiquiátrico, por el que estaba medicada, de trastorno de ansiedad obsesivo compulsivo.

Era una niña en estado de extrema delgadez, posición bizarra de su cuerpo para ocultar una “panza” inexistente; golpea su abdomen permanentemente con la intención de hundirlo, con una lesión ulcerada paraumbilical derecha provocada por sus golpes. Pregunta obsesivamente si la veo flaca. Intensamente ansiosa, verborrágica e hiperquinética. Han pasado dos años desde el inicio bizarro de una dieta y conoce, a esta altura, todas las calorías de los alimentos. Ha frenado su desarrollo estatural desde hace un año.

Mantiene con esfuerzo un buen rendimiento curricular, pero su vida social ha empezado a ser afectada por no querer ir a reuniones donde hay comida (por ejemplo, cumpleaños).

Todos los síntomas paranoides y obsesivos guardan estrecha relación con la alimentación y la delgadez.

El cuadro, desde el punto de vista psiquiátrico, no deja lugar a dudas. Es una anorexia grave<sup>10-14</sup>. Se intenta un abordaje ambulatorio que fracasa y, dado el riesgo de vida (por los índices de desnutrición severa), se decide su internación –aplicando el método descrito en otros trabajos del cual se destacará lo

más relevante—. Se acuerda contrato de peso previo que condicionará el alta; se la interna, a pesar de la edad, separada de sus padres. Se indica: enfermería en forma permanente, seleccionada y entrenada también previamente para cuidar a la niña y para la comprensión del desorden que padece. Se agregan elementos lúdicos, dada la edad de la paciente. Con la niña, en dos entrevistas diarias en el hospital, se apuntó a modificar la relación bizarra con la alimentación, así como a empezar a entender (además de las modificaciones conductuales realizadas) algo de las vicisitudes de su corta vida, que llevaron a este cuadro tan grave y tan precoz. Se realizan, diariamente, reuniones con el personal a cargo de la niña, con la nutricionista y con ambos padres. La internación de estas pacientes es realmente un trabajo que insume grandes esfuerzos. Solo manteniendo un lenguaje en común y con muy claros objetivos se logra el éxito esperado.

Como se dijo, sería inadecuado el inicio de un tratamiento psicoanalítico, en estos casos, sin estabilizar a la paciente. Sin embargo, dada la posibilidad de tener una doble escucha, desde el inicio tratamos de entender el conflicto que se encuentra detrás de la sintomatología. Esta niña desnutrida, desamparada, necesitaba canturrear y balancearse en forma permanente durante su internación. Solo dormida podía dejar de canturrear. En determinado momento, pide unos masajes a las enfermeras que la cuidaban y jugaban con ella. Los masajes, que podían sentirse como “libinizadores”, marcaron un precario límite corporal a través de la mano del otro. Mientras los masajes eran dados, ella podía abandonar su canturreo y su estado francamente regresivo. El contorno de su cuerpo era percibido a través de la mano del otro en su piel. Es importante señalar, entre las vicisitudes vividas durante la internación, un episodio de tipo “oniroide” donde la niña se desnuda, va al baño, dice “papá”, para luego tirarse sobre la cama donde la enfermera la tiene que vestir. La pediatra de piso, asustada, “prohíbe” los masajes dados por enfermería (las vicisitudes del manejo de este episodio con el equipo, no son motivo de este trabajo).

Luego del alta, los contenidos fantasmáticos que aparecen en las entrevistas con Fernanda se refieren a un cuerpo destruido sádicamente

(destruye muñecas, las acuchilla, mueren ensangrentadas, hace interminables dibujos de bebés que matan a sus madres, o sus madres los matan a ellos). Impresiona el intenso sadismo que despliega. Todos estos elementos de orden esquizoparanoide aparecen sin que Fernanda tenga posibilidad de reparación de lo destruido. Las muñecas “despedazadas” y “ensangrentadas” van creando un cementerio de película de terror.

En los trastornos alimentarios, este mundo de fantasmas primitivos se ve en el curso de los tratamientos como elementos más reprimidos. El inicio tan precoz en Fernanda, permite lo manifiesto y crudo de sus fantasías y el fracaso del mecanismo de represión que debería estar instalado. Estos elementos, observados desde el psicoanálisis, le dan especial gravedad al cuadro clínico psiquiátrico.

Esta niña le dirá a su madre, “fríamente”, tiempo después del alta: “Si tu decís que me querés, te tenés que matar, porque yo quiero que tú te mueras”. “No soporto tu cara, no soporto verte, parecerme a vos”.

Estas pacientes pueden desarrollar vínculos sadomasoquistas violentísimos con sus padres. Fernanda golpeará a su madre, quien mostrará los moretones como víctima inocente de su hija. Sometido-sometedor alternan; la paciente, que amenaza con matarse, no es cuidada lo suficiente. Un día, la madre entrará a una entrevista sola para preguntarme: “Dígame la verdad, Cristina: ¿mi hija me puede matar? Aparece la misma lógica en la mente de la madre. ¿Cómo alguien puede sostener a una hija que siente que es capaz de matarla?”

**A los 14 años** (en pleno trabajo analítico), Fernanda tiene recuerdos con el carácter de “algo siniestro”. Son recuerdos de su no muy lejana infancia. Dice: “Cuando yo tenía 6 ó 7 años, me acuerdo que no me quería parecer a mi mamá y todos me decían que era igual a ella. Yo pensaba que ella usaba una careta para parecerse a mí y que su verdadera cara yo no la conocía”. Recuerda también, los miedos intensos que tenía a una muñeca de porcelana antigua, que su padre le había traído de un viaje. Esta muñeca debía permanecer siempre escondida de su mirada; la podía asesinar con solo mirarla. Algo muy precoz en su proceso de subjetivación, una identificación fusional, destructiva y arcaica con la madre, surgía con



fuerza esquizo-paranoide. El mecanismo de identificación proyectiva da cuenta de una problemática narcisista especular y fusional. Esta hace cuerpo en fantasías bizarras (muñeca, careta de la madre) que sostienen lo siniestro de este recuerdo. Aquello que debía ser familiar y tranquilizador (el rostro de su madre), se convierte muy tempranamente (a los 6 años) en un doble especular, asesino y persecutorio.

Fernanda logra traer la muñeca (escondida dentro en una bolsa) para que “la miráramos juntas” y “romper el hechizo”, a través de nuevos lazos transferenciales, resignificadores. Hubo todo un primer abordaje psicoanalítico con Fernanda que duró cuatro años luego del alta de su internación. Concomitantemente, realizaba seguimientos nutricionales, pasando por períodos de recaídas, sin llegar nunca a un peso de riesgo.

**A los 16 años** se decide entre ambas dar fin a esta etapa de su tratamiento psicoanalítico, dejando la puerta abierta para futuras consultas.

Cada tanto la veíamos en entrevistas donde nos transmitía las dudas y ansiedades del curso de su adolescencia. Había mejorado el vínculo con la madre.

**A los 18 años** plantea el deseo de un nuevo abordaje psicoterapéutico basado, aparentemente, en dudas sobre su futuro profesional. Comienza un nuevo abordaje psicoanalítico con una nueva analista. Es interesante destacar que en esta nueva etapa adolescente, surgen relatos de escenas entre los padres, que resignifican el episodio que vivió durante su internación, dándole un carácter francamente incestuoso. El “movimiento del aparato psíquico” no es igual en todas estas pacientes que, a veces, quedan detenidas en una eterna repetición de sus elementos arcaicos.

El abordaje psiquiátrico, la internación e incluso la medicación (en la que incluimos los complementos alimentarios) de la primera etapa de su enfermedad, salvaron su vida.

El abordaje psicoanalítico pasado y actual, con las distintas resignificaciones de lo “enquistado en su infancia”, probablemente marcarán el futuro en la vida de Fernanda.

## Conclusiones

Las conclusiones son momentáneas. Desde ambas disciplinas debemos mantenernos en alerta a lo impredecible de los avances y descubrimientos científicos y a todo lo que puede influir en la salud psíquica de un niño y de un adolescente.

**¿Cuándo asegurar un diagnóstico en un niño? ¿Cómo, por qué y con quién indicar un tratamiento? ¿Qué es lo más adecuado en cada caso particular?**

A través del abordaje de diferentes trastornos (SDAH; trastorno obsesivo compulsivo; trastorno alimentario severo) he tratado de mostrar que responder dichas preguntas conlleva muchas horas de intercambio, de controversias y de concordancias entre más de una disciplina.

Me animo a decir que el complejo engranaje de cada pieza es un arte, en el que se crearán las condiciones de una evolución favorable.

El respeto por cada disciplina y los diferentes campos que abordan (en este caso Psiquiatría y Psicoanálisis, en donde siempre existen zonas de cruce) permitirá seguir aunando esfuerzos en beneficios del niño, el adolescente y su familias.

## Referencias bibliográficas

1. **Spitz R.** Trastornos de Carencia Afectiva. En: Spitz R (ed.). El primer año de vida del niño (3ª ed.). Madrid: Aguilar; 1975, pp. 108-121.
2. **Martínez de Bagattini C.** En recuerdo del Profesor Emérito Dr. Luis Enrique Prego Silva. RUP 2004; 99:7-14.
3. **Martínez de Bagattini C, Valdez L, Ulriksen M.** La aventura interdisciplinaria: aportes para un aprendizaje clínico. Montevideo: Ed. Psicolibros; 2001, 370 pp.
4. **Lasa Zulueta A.** El TDAH en el momento actual: controversias, divergencias y convergencias. Rev Psiquiatría Salud Mental Niño Adolesc (Barcelona) 2007; 2:9-16.

5. **Martínez de Bagattini C.** Defensas autistas ante el pánico psicótico. En: Martínez de Bagattini C (ed.). Clínica y psicopatología del autismo y la psicosis infantil (2ª. ed.). Montevideo: Prensa Médica Latinoamericana; 2001, pp. 159-176.
6. **Jeammett P, Corcos M.** Conduites de dépendance: principales conceptions psychopathologiques. (Chap 4ème). In: Corcos M, Jeammett Ph (eds). Les conduites de dépendance. Paris: Masson; 2003, pp. 75-104.
7. **Bowlby J.** A secure base: Parent-Child Attachment and Healthy Human Development. London: Routledge; 1988.
8. **Biederman J, Faraone SV.** Attention-deficit hyperactivity disorder. Lancet 2005; 366:237-248.
9. **Martínez de Bagattini C.** Síndrome por déficit de atención. Entre la Psiquiatría y el Psicoanálisis. Rev Psiquiatría Salud Mental Niño Adolesc (Barcelona) 2007; 2:43-7.
10. **Martínez de Bagattini C.** Trastornos severos de la alimentación. Anorexia-bulimia: Perfil clínico y abordaje de la primera etapa del tratamiento. Temas de Psicoanálisis 1996; 23:61-87.
11. **Martínez de Bagattini C.** Trastornos severos de la Alimentación. Anorexia Nerviosa y Bulimia. Rev Psiquiatr Urug 1998; 62:17-36.
12. **Martínez de Bagattini C.** Tiempo-cuerpo-recuerdos en la anorexia nerviosa. IX Jornadas Psicoanalíticas, Libro del Congreso. Montevideo: Comisión de Publicaciones; 1995, pp. 351-357.
13. **Martínez de Bagattini C.** Trastornos Alimentarios Severos. El proceso de enfermar. Congreso Uruguayo de Psicoanálisis. El cuerpo en Psicoanálisis. Diálogos con la biología y la cultura. Libro del Congreso. Montevideo: Comisión de Publicaciones; 2002, pp. 107-117.
14. **Martínez de Bagattini C.** El poder de lo sociocultural y de lo arcaico en las patologías alimentarias. Poder e ideales. Adolescencia. RUP 2004; 99:69-83.