

EL LENGUAJE DEL CUERPO: EL CASO DE LA SRA. N.

Ramón Rubio, Lyon

1. Introducción.

En el caso que presentamos de la Sra. N nos proponemos mostrar cómo el cuerpo puede ser utilizado como canal de comunicación excepcional cuando el paciente rehúsa la comunicación oral. La psicoterapia se establece en un cuadro que llamamos de “cuidado materno”. Para que éste sea un verdadero “cuadro” es preciso que dure todo el tiempo que sea necesario, lo cual implica una labor considerable por parte del psicoterapeuta. Eso nos deja al mismo tiempo una cierta libertad para pequeñas variaciones en otros elementos que generalmente son parte del cuadro (horario, duración de las entrevistas, etc.)

2. Presentación del caso de la Sra. N.

El caso del que voy a describir presenta:

- una patología orgánica grave, a la larga mortal;
- una psicopatología considerada también grave;
- una edad avanzada (54 años);
- una situación familiar en crisis prácticamente total.

Su problema orgánico mas grave es una miopatía de Steinert, con un efecto sensible sobre la marcha y el control de las manos, y una catarata bilateral. Presenta también una hipersomnia que ha sido medida en 20h/24h (cuya etiología no ha sido determinada).

La paciente ha sufrido varias intervenciones quirúrgicas, en particular una tiroidectomía, y lleva una pila cardíaca (estimulador centinela).

Situación familiar: Ha tenido a su cuidado un hijo de unos 20 años, miópata desde la edad de 4 años, que está obligado a desplazarse en silla de ruedas.

Parece muy probable, según los enfermeros que han visitado su casa, que su esposo tenga una amante que trabaja allí y que en un cierto grado, ha substituido a la paciente como ama de casa (con conocimiento de la paciente).

El esposo rehúsa tener en su casa a la paciente mientras esté mentalmente enferma. El viene a visitarla frecuentemente, lo que no siempre le es beneficioso, ya que con frecuencia se disputan durante las visitas. No parece que él tenga clara

conciencia de las dificultades de su esposa y le exige, en consecuencia, una conducta normal. La impresión de las enfermeras es que no tiene un espacio propio en su casa.

La paciente tiene otro hijo no miópata, casado, que ha tenido un hijo fuera del matrimonio, lo cual ha sido muy dramático para ella (al parecer no ha podido superar todavía esta situación).

Síntomas psicológicos: Cuando la paciente llega a nuestro servicio presenta los siguientes síntomas psicológicos:

- en general rehúsa la comunicación verbal, lo cual hace muy difícil las entrevistas;
- estados delirantes y de confusión;
- pasa casi todo el día en su cama y se cubre con las sábanas hasta la cabeza;
- emite gritos y quejas repetidamente durante casi todo el día y una parte de la noche; cuando no grita, duerme o parece dormir.

Esta sintomatología no cede a los diversos tratamientos con psicotrópicos y se ha mantenido así durante casi dos meses.

Se le ha diagnosticado diversamente como enferma de:

- a) una histeria crepuscular;
- b) una melancolía delirante.

Un poco de historia: La situación depresiva ha sido señalada ya en la nota mas antigua de su historia clínica; en esa época no había habido aún intervención sobre la tiroides; el médico recomienda no operar por el momento a causa del estado mental de la paciente. Puede uno leer en esa nota:

“... es necesario tener cuenta del terreno psicológico bastante especial, las grandes preocupaciones de la enferma, y no estoy seguro que una tiroidectomía pueda mejorar a la enferma, y tengo miedo por el contrario, que se agrave su estado psíquico. Hay un estado depresivo grave, que se instala sobre un terreno neurótico antiguo y creo que seria útil que esta persona tenga un tratamiento psiquiátrico.”

La enfermedad de Steinert se declaró posteriormente. En los registros de 1987 se puede ya leer la existencia de problemas locomotores y “una dificultad motora reciente en las manos”. Tenía ya la pila cardíaca. Se señalan dos o tres caídas sin pérdida del conocimiento, debidas a vértigos rotatorios y sensación de inestabilidad en la posición erecta.

En septiembre de 1985 ya se señalan en la historia clínica caídas frecuentes. Presenta también una agravación de la dificultad en la marcha y una atrofia de los músculos del cuello. En el nivel psíquico se observa que no tiene “ni alucinaciones hipnagógicas, ni parálisis del despertar.”

El 7 octubre 1989 el médico indica:

“Palabras delirantes: debe marchar hacia París en helicóptero y

saltar en paracaídas. Dice tener alucinaciones” (el médico se pregunta si éstas no son de origen medicamentoso). El EEG es identificado tipo theta.

El 13 diciembre 1989: En este momento está en el servicio de urgencias psiquiátricas; se lee en la historia clínica:

“Interrogatorio imposible: oscila entre gemidos, falso llanto y escape bajo las sábanas. Sin embargo esta presentación cambia cuando uno alza el tono: no hay entonces llanto, ni gemido, los ojos grandes abiertos, pero ninguna respuesta, excepto: Qué quiere Ud. que yo le diga? Qué pensar???, por el momento nada. Qué tratamiento???, por el momento ninguno!!”

La enfermera escribe:

“Empieza a quejarse, después que se ha mostrado incapaz de atenderse a sí misma; pregunta cómo debe lavarse, después me pide que verifique si está bien limpia. Gemidos, debido según ella a la irrupción terrible de alguien en la habitación. Como éstos continúan, yo sigo con el baño, lo que causa una reacción total de oposición que se mantiene aún a las 21h (no ha comido y permanece en la cama con las sábanas como escudo).”

Noche del 13 al 14 diciembre:

“Duerme al comienzo de la noche. Se pone a gritar varias veces en la noche.”

14 diciembre, de día:

“El mismo comportamiento. Crisis de angustia con evasión.”

Noche del 14 al 15 diciembre:

“Buena noche globalmente. No se despierta gritando sino una vez. Nos pregunta cómo puede ir al WC y si tiene derecho a ir. Duerme hasta las 6 a.m.”

Se marcha el 5 diciembre para pasar las fiestas de Navidad en casa (a petición suya). El 16 diciembre ya está de vuelta y esta vez se le ingresa en nuestro servicio. Presenta mucha agitación, gritos, llanto, pero más tarde se calma. Se observa una mejor orientación temporo-espacial.

“Nos dice —escribe la enfermera— que se fugó de casa esta mañana para venir al hospital; su esposo encontraba que olía mal.”

El 18 diciembre:

“Hoy se presenta de una manera diferente: por primera vez soporta una entrevista de 5 minutos. Miedo y angustia en primer plano con impresiones ilusorias amenazantes (cuadros que se deforman con muecas).”

Después se vuelve a la situación descrita al principio. Hubo un intento de fuga el 21 diciembre para volver a su casa. Es tratada con neurolépticos a pequeñas dosis.

Frecuentemente come muy poco e insiste en querer volver a casa. También frecuentemente duerme hasta la 1 a.m. y comienza luego a gritar. Este estado dura casi dos meses. El 18/02/90 se lee en la nota de la enfermera:

“Ningún cambio en su estado: no para de gritar.”

El 20/02/90 tengo una primera entrevista con ella, en presencia de una enfermera. Esto se produjo de la manera siguiente: En una reunión del personal se presenta el caso de la Sra. N; su situación crea un problema debido a sus frecuentes gemidos y a su estado estacionario.

La Dra. Wilhelm, la psicóloga que dirige mi trabajo, me propone hacerme cargo de la paciente; ella había hablado de ese proyecto con el psiquiatra responsable de la Sra. N, el Dr. D. Froissart. Se discute sobre esta propuesta y el psiquiatra está de acuerdo. Yo propongo tener tres o cuatro entrevistas con la Sra. N con la finalidad de:

- a) tratar de establecer contacto con ella;
- b) tratar de comprender las razones de sus gritos.

En caso de fracaso mi intervención se daría por finalizada.

Ante la dificultad de entrevistarse con la paciente en un cuadro convencional, o mientras que ella estuviese acostada, su enfermera me ha propuesto dar un paseo por los alrededores del pabellón con la paciente. Yo le he pedido venir con nosotros, puesto que ella tenía un cierto contacto con la paciente.

3. Tratamiento Psicológico.

Llegado el día de la entrevista, el 20/02, hemos salido a pasear alrededor del pabellón, permaneciendo siempre dentro del hospital.

Yo sabía que la paciente no respondería a una entrevista formal dado su estado de confusión y su constante reacción de aislamiento y de gritos. Conocía también el diagnóstico de histeria crepuscular. Yo mismo la había encontrado durante un WAIS fracasado; fue en ese momento que construí la hipótesis de que sus gemidos provenían de un estado de miedo constante. Decidí jugar la carta del lenguaje del cuerpo, que, según Szasz es, junto a la queja, el lenguaje de la histeria. Decidí pues olvidar las consideraciones de orden técnico y me puse en situación de escuchar a la paciente y señalarle mi interés por ella por medio del único lenguaje que podía aceptar.

Para establecer la comunicación, o por lo menos para facilitarla, he utilizado el tacto, tocando su cuerpo al ayudarle a ponerse su bufanda, su bata de casa, sosteniéndole el brazo durante la marcha. Le transmitía así lo que yo sentía: afecto sin afectación, calma, escucha, silencio.

Nos sentamos sobre un banco. Sus gemidos se hacen más altos, se queja constantemente. Le pregunto si se siente mal; responde quejándose que no se siente bien. Yo le pregunto por qué :

Sra. N.: Porque Ud. me va a pegar.

Yo : Piensa Ud. que quieren pegarle.

Sra. N.: Sí, todo el mundo quiere pegarme.

Yo: ¿Es por eso que se queja Ud.? ¿Tiene Ud. miedo?

Sra. N.: Sí.

Me dice que su compañera de habitación le había dicho que le pegaría.

Yo : Pero, ¿alguien le ha pegado a Ud.?

Sra. N.: No, pero quisieran pegarme.

Entonces su queja aumenta; me dice:

Sra. N.: “Quiero irme a casa, quiero irme a casa.” (dramáticamente) “Señor déjeme ir a casa.”

Yo: ¿No tiene Ud. miedo en su casa?

Sra. N.: Sí, pero menos.

Yo: Cuando Ud. estaba en su casa, ¿se quejaba como aquí?

La paciente se calla por unos instantes, luego recomienza. Quería subir a su habitación para acostarse (forma de aislamiento: una vez acostada se tapa generalmente con las sábanas hasta la cabeza). Yo le hablo de su miopatía. Ella, gritando, dice que se va a quedar parálitica. Yo comprendo que esa es la causa principal de sus quejidos; ella está condenada y lo sabe, puesto que durante años se ha tenido que ocupar de su hijo miópata. Rechazada por la familia, casi expulsada de su hogar, con un futuro paralítico seguido de su muerte: algo que hace natural su terror.

Ella me dice que no puede controlar sus manos; las agita como si quisiera desembarazarse de ellas. Yo le tomo una mano y la aprieto con las mías durante algunos segundos, luego la suelto. Después no vuelve a quejarse de sus manos.

Continuamos hablando de su miedo. Le hago tomar conciencia de que tiene miedo en el hospital, pero también en su casa. Ella me dice:

Sra. N.: Sí, tengo miedo de todo.

Nos paseamos un poco más y ella pide sentarse en otro banco (en lugar de pedir ir a su habitación: señal de interés en lo último que hablamos?). Una vez sentados, comienza a quejarse, aumentando la intensidad de su voz. La dejo gritar todo lo que quiere. Tengo la impresión que ella aprovecha la oportunidad para gritar libremente. Cuando las quejas se hacen menos fuertes le digo:

Yo : Si Ud. hace eso en su casa la enviarán al hospital.

Se calla. Considero que es hora de separarnos (la entrevista ha durado unos 40 minutos). Marchamos hacia el pabellón y disminuye sus quejas, en intensidad y en cantidad.

Yo: Ud se siente un poco mejor cuando se queja.

Sra. N.: Sí, me siento aliviada.

Considero estas frases, al estilo rogeriano, como parte del cuidado materno, porque conllevan un elemento de comprensión, de simpatía. La llevo hasta su habitación en donde la dejo sentada.

El mismo día la enfermera escribe en la hoja clínico:

“Solange [la enfermera] y Ramón [yo] han tenido una entrevista con ella; no la hemos oído en toda la tarde; se le ha pedido que venga a tomar su tratamiento en el cuarto de enfermería; hasta sonreía.”

Dos días después (20/02/90) en la hoja clínica los enfermeros escriben:

“Su esposo ha venido a buscarla como estaba previsto; estaba lista (se había vestido sola); su esposo nos contó que al llegar a su casa pidió descansar y fue a acostarse y estuvo tranquila; fue cuando llegamos que ella comenzó a gritar, no paró de hacerlo durante el viaje de regreso, quería bajar [del coche], pidió volver a casa; una vez llegados al hospital se calmó muy rápidamente y no ha dado qué hacer en toda la noche; se nota una mejoría desde hace algunos días.”

Conclusiones sobre la primera entrevista:

- a) Al final de la entrevista estoy prácticamente seguro de que las quejas de la Sra. N. son debidas fundamentalmente al miedo; ella está prácticamente aterrorizada por su enfermedad de Steinert.
- b) He obtenido un buen contacto desde la primera entrevista, lo cual ha sido sorprendente.
- c) Mi hipótesis: cuando le he hecho tomar conciencia de su miedo, esto le ha permitido considerar este miedo, dada la calidez de mi presencia, desde un nuevo punto de vista: ha sido la calidez de mi percepción de ese estado de terror lo que ha hecho evolucionar la forma en que ella vive su miedo.
- d) Los gemidos no tenían como causa un sentimiento o complejo de culpa, como pensaba una parte del personal (que probablemente se sentiría culpable de la enfermedad de su hijo miópata). Es de ella misma que la Sra. N. sentía piedad. Sin embargo he podido notar sentimientos de culpabilidad inconscientes relativos a la alimentación (presenta en ese sentido un comportamiento anoréxico importante).
- e) No he dado mucha importancia a las ideas delirantes de la paciente, que me parecen secundarias respecto al proceso del terror, de la conciencia de su muerte. Cuando el estado de terror fue menos generalizado, muchos de sus delirios desaparecieron (declaración de su esposo: ver más adelante).
- f) Esa noche estaba pensando en la entrevista y he tenido un insight respecto al momento en que tomé la mano de la Sra. N., lo cual he hecho de una manera espontánea, sin una idea previa en mi mente. La significación de este acto era: “Yo acepto esas manos así. Están bien así (en el sentido: ellas son aceptables o buenas porque le pertenecen a Ud.). Al parecer ella percibió este mensaje, pues no volvió a hablar de sus manos,

ni en esa entrevista, ni en las que siguieron.

Fui al hospital dos días después con el vivo interés de conocer el resultado de la entrevista, que fue mejor de lo que yo esperaba.

Durante esos días la Sra. N. no había gritado prácticamente. No podía verla ese día y después estuve enfermo durante unos días más, de modo que dejé de verla durante una semana después de la primera entrevista. Sabía que eso no era recomendable, que podría ser percibido como un abandono y creo que algo de esto sucedió: la Sra. N. no quiso hablarme en esa segunda ocasión (27 de febrero), lo que me obligó a insistir antes de restablecer el contacto. La forma en que he manifestado mi interés en continuar en contacto consistió en sentarme a su lado durante unos 20 minutos en silencio cuando me pedía que la dejara tranquila. Lo he hecho varias veces. Ella pareció apreciar esta compañía tranquila y silenciosa. La situación meteorológica no nos permitió hacer nuevos paseos, de manera que tuve que contentarme con pequeñas entrevistas, con ella sentada o acostada. Cuando la encontraba sentada en su habitación, siempre me pedía acostarse después de unos minutos. Invariablemente yo se lo permitía y la ayudaba cubriéndola con la sábana; después me iba. Durante el mes de marzo la lenta mejoría continuó; diré más adelante qué criterio me sirvió de referencia para esta afirmación. En el estado en que se encontraba en ese momento era imposible cambiarla de institución. No se había podido obtener un hospital de día para ella debido a su estado; no se pudo obtener sino un ingreso para finales de abril en una casa para enfermos crónicos (el lugar, según lo que después he sabido, es un buen centro de residencia y la paciente va mejor allá). Habíamos pensado que eso significaría el fin, que nunca más podría recuperar su hogar si la enviábamos allí. Por tal razón hemos hecho un último esfuerzo para enviarla a su casa ahora que había mejorado. No teníamos mucha esperanza de éxito, pues la paciente estaba aún muy inestable. Hicimos una reunión con el psiquiatra responsable del caso, la enfermera que nos había acompañado en la primera entrevista, la Sra. N., su esposo y yo mismo, el 27 de marzo.

Reunión del 27 de marzo de 1989: Tratamos la cuestión de dejar ir a la Sra. N. a su casa en lugar de enviarla a la residencia para enfermos crónicos: allá la esperaban el 24 de abril. Teníamos pues casi un mes para decidir. Pensábamos dar a la paciente 48h como tiempo de prueba en su casa. El Sr. N. no está totalmente de acuerdo; no se opone, pero pone como condición que él tendría que conservar sus hábitos diarios (salir por la mañana durante 1h30 y por la tarde durante 4h) y la paciente debe quedarse sin auxilio todo ese tiempo. Además pide que ella no llore ni grite. Dice algunas cosas positivas: su vida de casado no ha sido muy mala; la paciente va mejor, ya casi no dice "imbecilidades" (en francés "conneries": se refiere a los delirios) que decía antes. El psiquiatra pregunta a la paciente si está de acuerdo con esas condiciones y ella las acepta. Es la primera vez que veo sonreír a la Sra. N.; ella sonríe varias veces.

Si explico todos estos detalles es por las siguientes razones:

- a) Para hacer notar la posición del esposo, que no siendo totalmente negativa, no es tampoco positiva (al mismo tiempo que muestra signos de afecto, visitas frecuentes, parece percibirla como una molestia);
- b) para llamar la atención sobre la sonrisa de la Sra. N, lo cual nos hace pensar en:
 - la lucidez que ha mostrado (últimamente) en numerosos momentos;
 - la posible componente manipuladora de sus síntomas;
 - su mejoría.

Mi hipótesis es que los síntomas no han sido manipuladores al principio, pero que en la medida en que la paciente mejoraba se han vuelto manipuladores, revelando así un fondo neurótico histérico. En cuanto a la lucidez, ésta ha aumentado durante el mes de marzo y luego en abril, lo cual tengo como un signo de mejoría. Pienso que el diagnóstico de histeria crepuscular no es bueno, sino que hay una depresión delirante casi enteramente causada por la enfermedad de Steinert y su situación familiar.

El ensayo que hicimos al dejarla marchar a casa fue un fracaso: mantuvo su promesa de no gritar o llorar, pero al segundo día rehusó tomar los medicamentos, se acostó y no ingirió sino una sopa en todo el día. Según lo que he podido saber, su esposo le riñó por causa de los medicamentos y es justamente esto lo que la hizo huir hacia las sábanas. Esto señala la importancia del esposo en la situación creada. La paciente, como lo demostró en los días que siguieron, no soporta el discutir con el esposo; y en lo sucesivo siempre hay un roce entre los dos cada vez que él viene al hospital.

Entrevista del 30 de marzo, al regreso de la Sra. N:

Es la primera vez que tengo una entrevista con ella en donde responde a todas mis preguntas. La encuentro lloriqueando (no son quejidos: cosa nueva), sentada, normalmente vestida.

Yo: Sra. N, ¿qué la hace sufrir?

Al principio no responde y yo repito más o menos mi pregunta. Esta vez ella responde:

Sra. N.: No puedo vestirme (sobreentendido: "para acostarme").

Voy en busca de su ropa de cama; ella me señala donde está. Yo la tomo, le pongo las pantuflas y le digo:

Yo: Voy a buscar una enfermera para que la vista.

Se pone de pie y dice:

Sra. N.: No me venga con historias.

Yo: Bueno, ya voy a vestirla yo.

Lo que hago. Entonces me pregunta:

Sra. N.: ¿Puedo acostarme?

Yo: Por supuesto.

La ayudo a acostarse, le pongo las mantas por encima, me siento en una silla a su lado, frente a ella.

Yo: ¿Qué sucedió en su casa?

Sra. N.: Una disputa.

Yo: ¿Se ha discutido Ud. con su esposo?.

Sra. N.: Sí.

Yo: ¿Por qué?

Sra. N.: Esa porquería de medicamentos. Se me quedan en la garganta.

Yo: ¿No quiere Ud. tomar medicamentos?

Sra. N.: No.

Yo: Esos medicamentos son necesarios. Le ayudan a controlar las manos y a caminar bien; también la tranquilizan.

(Ninguna respuesta).

Yo: ¿Se siente mejor aquí, que en casa?

Sra. N.: No sé.

Yo: Vendré a verla el lunes. ¿Quiere decirme algo antes de que me vaya?

Sra. N.: No.

Yo: Aquí estará tranquila (sugestión) durante el fin de semana.

Sra. N.: Adiós. (Por la primera vez, muy claramente modulado).

Mis impresiones sobre esta entrevista: Noto un contacto más sostenido entre ella y yo. Quizás una cierta transferencia: prefiere que sea yo quien la vista. Ha respondido a todas mis preguntas, lo cual no había sucedido antes.

Lunes 2 de abril: La Sra. N rehúsa hablarme; está acostada con la manta sobre la cabeza. Me dice:

Sra. N.: Déjeme tranquila.

Yo: De acuerdo, la dejo tranquila. (Me voy).

Martes 3 de abril: Grita, ha comenzado a gritar un poco desde el día anterior. Está sentada en su habitación. Me dice que su esposo y ella se han discutido a causa de que no puede comer. Entra un enfermero y le pregunto si ha comido ya. El enfermero me responde que sí y que ha comido más que de costumbre. Entonces le digo:

Yo: Ve, ha comido Ud. bien.

Ella deja de gritar. Me pregunta:

Sra. N.: ¿Puedo acostarme?

Yo: Por supuesto.

La acompaño y la cubro con la sábana. Le digo:

Yo: Me voy.

Vuelvo el viernes 6. Me dice que ha comido muy poco, eso le preocupa. Ha

estado muy variable; algunas veces va sola a la enfermería a pedir sus medicamentos (pienso que ha escuchado lo que le he dicho acerca del control de sus manos). No le había anunciado mi próxima visita. La habían colocado sola en una habitación, porque había comenzado a gritar en algunas ocasiones. Ese día llego a las 5:30; me dicen que ha gritado durante una hora después del almuerzo. La encuentro sentada, de nuevo gritando.

Yo: ¿Qué sucede?

Sra. N.: Me van a reñir.

Yo: ¿Por qué?

Sra. N.: [Porque] No podré comer.

Yo: Piensa que le van a reñir porque no puede comer.

Sra. N.: Sí.

Debo hacer un paréntesis: las visitas de su esposo, que ahora son cotidianas y duran muy poco, son, en mi opinión, perjudiciales. El le riñe siempre para que coma. Se discuten siempre. Mi función ha llegado a ser casi la de contrarrestar lo que él hace.

Le pregunto si siente un nudo en la garganta, y si esa es la causa de que no pueda comer, a lo cual responde afirmativamente. Entonces decido aplicar un poco una técnica de sugestión:

Yo: El nudo en la garganta lo siente Ud. porque está nerviosa. Ud. tiene miedo y por eso siente el nudo en la garganta. Cuando esté tranquila no lo sentirá. Y Ud. podrá comer.

Sra. N.: Si usted lo dice....

Yo: Cuando la comida esté lista se la van a servir aquí, en su habitación. La colocaran sobre su mesa y Ud. comerá lo que Ud. desee y nadie va a reñirle por esa causa. Ud. puede estar tranquila (le he dicho estas palabras de una manera securizante, lentamente, con dulzura y tranquilidad). Aquí tiene Ud. una bella vista desde su ventana; si Ud. mira hacia afuera, eso podrá tranquilizarla. Ud. puede tranquilizarse y vivir mejor.

Sra. N.: Voy a morir.

Yo: Todos vamos a morir un día u otro. Pero ahora Ud. está viva.

Me dice que la han cambiado de habitación, que no sabe lo que significa. Le respondo que molestaba a la otra paciente y que es por eso que debe estar sola en una habitación. (Ella tenía miedo de que la hubieran puesto en esa habitación porque iba a morir pronto). Deja de quejarse.

Sra. N.: ¿Puedo acostarme?

Yo: Sí, naturalmente.

La ayudo a quitarse la bata de casa. Se acuesta y yo la cubro con la sábana. Me siento en la cama, a su lado, como lo haría con mi hija. Siento que es esta relación la que desea. (Y es la parte más importante de la entrevista.) Siento que está

verdaderamente tranquila, como alguien que ha perdido toda su ansiedad después de mucho sufrimiento, que puede ahora reposarse. Veo que sus manos han cesado de temblar y le digo:

Yo: Antes estaba Ud. nerviosa. Ahora está Ud. tranquila (no era sugestión, sino la constatación de un hecho). Vea, sus manos temblaban hace poco, ahora ya no tiemblan. Cuando está Ud. tranquila el nudo en la garganta desaparece.

Sra. N.: Es igual.

Yo: ¿Siente aún el nudo en la garganta?

Sra. N.: Sí.

Yo: Esto es que necesita estar tranquila un rato largo antes de que el nudo desaparezca.

Sra. N.: Si usted lo dice....

Yo: Sí, ciertamente el nudo va a desaparecer y entonces podrá comer.

Me he quedado junto a ella todavía unos 20 minutos, en silencio, pero sentía que ese silencio estaba lleno de comunicación y no violento. Así en tres ocasiones ella rompió el silencio (era la primera vez en nuestras entrevistas que tomaba la iniciativa) para hablarme. Por ejemplo:

Sra. N.: El ojo (se frotaba el ojo) me duele.

Yo: Ha llorado mucho, es eso probablemente.

Es necesario decir que la paciente no era siempre consciente de lo que sucedía, en especial cuando gritaba, así pues era necesario darle seguridad en cuanto a esto, darle puntos de referencia.

Otra vez:

Sra. N.: No puedo estar tranquila. Pienso demasiado.

Le repito (utilizando la sugestión al estilo de Erikson):

Yo: Tiene Ud. aquí una bella vista, en su habitación. Si mira los coches que pasan, los árboles, los pájaros que vuelan, se sentirá mas tranquila; piensa Ud. demasiado porque no observa y no quiere Ud. hablar con los demás.

Sra. N.: Si usted lo dice....

Cuando sentí que el momento había llegado, le dije:

Yo: Ahora me voy. ¿Quiere que la acompañe a comer?

Sra. N.: Sí.

Yo: Bien, vendré a la hora de comer. Hasta pronto.

Sra. N.: Gracias.

(La primera vez que me dice “gracias”, para sorpresa mía. No le respondí).

Salgo y voy a ver a la jefa de enfermeras; le propongo dejar la comida de la Sra. N sobre la mesa y de no decirle nada si come o si no come; por lo menos por esta vez, y durante uno o dos días, aun cuando ha perdido peso en estos últimos días.

Vuelvo cuando ya ha sido servida.

Yo: Vaya, veo que se siente Ud. mejor.

Estaba comiendo. Me siento a unos metros, al lado de la ventana y miro hacia el exterior largamente mientras come. Interrumpo mi silencio solo para decir (aun algo de la técnica de Erikson):

Yo: Hay un magnífico árbol que se ve desde aquí; lleno de flores que acaban de salir.

Ella continúa su comida y finalmente dice:

Sra. N.: No quiero más.

Me acerco.

Yo: Ha comido Ud. bien. (No quedaba sino el yogurt y una compota de manzanas.) Esta compota es muy buena (la abro).
¿Quiere Ud. un postre? (Digo mientras la abría.)

Ella toma la compota y la cucharilla. Cuando termina raspa mucho el recipiente (quizás quería contentarme).

Yo: ¿Quiere Ud. venir a la ventana? Hay un árbol muy bello aquí, lleno de flores.

Viene.

Yo: Es magnífico; antes este árbol estaba desnudo, con sólo ramas ennegrecidas, y lentamente le han salido las flores; ahora lo ve Ud. está lleno de flores.

Ella mira unos segundos. Finalmente dice:

Sra. N.: ¿Puedo acostarme?

Yo: Desde luego.

Una vez que se ha acostado, yo me despido. Ella responde.

Conclusión sobre esta entrevista:

1. Es siempre el miedo lo que la hace gritar: El miedo de que le “riñan” si no come (a este miedo contribuye diariamente el esposo). El miedo de haber sido puesta sola en una habitación por que se vaya a morir.

2. Siguiendo la técnica de Erikson, he querido hablar a su inconsciente más que a su consciente. Es por esto que le he hablado del árbol lleno de flores, el árbol que en apariencia estaba seco anteriormente y que ahora ha florecido. He querido que se identifique espontáneamente con ese árbol, al hecho de que todo lo que vive puede florecer. Al mismo tiempo pienso haber creado una mayor comunicación mediante ese “baño de palabras”.

No puedo evitar de comparar lo que acabo de decir con el caso del moribundo Joe, relatado por Haley, que pidió, después del “baño de palabras” de Erikson: “Hable, hable.”

Es probablemente en las situaciones más críticas que un tal baño de palabras que lleva en sí todos los matices de afectividad positiva, constituye un medio privilegiado de comunicación. Es entonces el tono, la forma de decir, de la mayor

importancia (aunque esto sea cierto acerca de toda psicoterapia).

Vuelvo el miércoles 11 de abril. Había estado cansado el fin de semana y me sentía un poco invadido por la paciente. He aprovechado no haber podido ir a verla al día siguiente, para no verla durante algunos días, el tiempo de recuperar un estado conveniente.

Pero ese día no quiso hablarme: estaba enfundada en las sábanas, y me dijo:

Sra. N.: Váyase. Déjeme tranquila.

Como siempre no he insistido.

Jueves 12 de abril: Entro en su habitación. Está enfundada en sus sábanas:

Yo: ¿Cómo se encuentra?

Sra. N.: No muy bien.

Yo: ¿Ha venido su esposo?

Sra. N.: Sí, pero no se ha quedado.

Me dice entonces algunas palabras que no comprendo. (Yo quería saber si se había discutido otra vez con su esposo, y si su estado tenía algo que ver con su visita.)

Sra. N.: No tengo hambre (gimiendo primero, luego gritando), no puedo comer (varias veces).

Yo: Ninguna persona le obliga; comerá Ud. lo que desee. Cuando esté mas tranquila tendrá hambre.

Sra. N.: No quiero comer. La sopa no tiene sal, etc.

Me explica gimiendo que la comida no le gusta, que no quiere comer. Yo: pueden ponerle más sal en la comida.

Sra. N.: No, no quiero comer aquí.

Yo: Ud. no quiere comer aquí, quiere comer en su casa.

Sra. N.: Sí, quiero ir a casa.

Comienza a gritar más y más fuerte: "Quiero ir a casa." Espero a que se calle. Después de algunos minutos me escucha.

Yo: Yo no puedo dejarla marchar. Yo no decido eso.

Sra. N.: No es verdad. Quiero ir a casa, etc.

Espero aún. Observo dos tipos de cambio en sus gritos:

a) No grita con simples quejidos, sino que dice algo cada vez que grita (ese cambio había tenido lugar después del día anterior).

b) No grita de desesperación, por un miedo interno, como antes; he tenido la impresión de que quiere manipularme; más tarde pregunto al enfermero si él nota un cambio en su forma de gritar y él confirma mi impresión.

Yo: Evidentemente Ud. no tiene deseos de hablar conmigo.

¿Quiere Ud. que me vaya?

Sra. N.: No, quédese. Quiero irme a casa, etc.

La escucho hasta que se calla, luego me despido; no responde.

Algunos minutos más tarde estoy hablando con los enfermeros en la sala de descanso del personal cuando ella aparece en la puerta y pide al enfermero que la

atiende que la lleve a su casa: era su día de salida.

El enfermero: Eso no es posible.

Sra. N.: ¿Por qué?

Enf: No tenemos a nadie que la pueda llevar.

Sra. N.: ¿Qué hago?

Enf: Puede Ud. ver la televisión, pero sin gritar; eso molesta a los demás.

Se va tranquilamente. No se le oye gritar más.

Viernes 12 de abril: Está comiendo en su habitación. Entro y la saludo; me paro en la ventana y miro al exterior mientras come. Come un poco más de la mitad de lo servido; después dice:

Sra. N.: No tengo más hambre.

Yo: ¿Qué es esto? (señalando algo en la bandeja)

Sra. N.: Es chocolate.

Yo: Es bueno el chocolate, no lo quiere Ud.?

Sra. N.: No, no tengo más hambre.

Yo: De acuerdo.

Se levanta para ir a acostarse. (Esta vez no pide permiso).

Yo: Hoy hace un buen día. ¿Quiere Ud. dar un pequeño paseo?

Ella acepta sin decir nada. La ayudo a ponerse la bata; pasamos por un largo pasillo; la llevo hacia una ventana desde donde se ve fuera del hospital.

Yo: ¿Puede Ud. ver los automóviles y los árboles? (La pregunta tiene sentido porque ve mal a causa de la miopatía y las gafas que ya no le sirven).

Sra. N.: Sí.

Yo: Hay una bella iglesia allí.

Sra. N.: Sí, pienso que sí.

Vamos a su habitación, le quito la bata y le pongo su abrigo. Salimos del hospital y vamos hacia la iglesia (que está a dos manzanas). Volvemos. No hemos podido entrar en la iglesia. Ella está cansada y quiere ir a su habitación.

Yo: Ha sido un buen paseo; eso cansa, pero sienta bien.

Durante el pequeño paseo le muestro las flores cercanas a la iglesia y ella las mira; prácticamente no hemos hablado; el silencio forma parte de nuestra comunicación. Lloriqueaba ligeramente cuando la dejo.

Lunes 15 de abril:

Por la mañana ha recibido la noticia de su traslado a otra institución. Llego por la tarde y la encuentro sentada cerca de la ventana, a través de la cual mira y parecer meditar. Tiene un aire triste, una especie de angustia tranquila. Está muy lúcida, es nuestra conversación más normal desde el principio. Le pregunto si tiene algo que decirme antes de que me vaya. Ella me dice que ya lo sé todo, que he hablado con su esposo. Le digo que he hablado muy poco con su esposo, sólo una vez. Ella no

responde. Le pregunto si aún quiere ir a la capilla del hospital (nos habíamos puesto de acuerdo para ir ese día). Me dice que no, que el día no está bueno y que debemos ir otro día. Después de unos 20 minutos pasados en silencio le digo que me voy, a menos que quiera que me quede todavía unos minutos. Ella responde que yo no puedo acompañarla siempre. Durante todo ese tiempo ha mirado por la ventana; me parece que verdaderamente ha observado.

En esos días la vi todavía una vez, pero ella no habló mucho. Estaba acostada con los ojos cerrados. Le pregunté si su esposo había venido, si se habían discutido. Me dice que sí. Le pregunto si siempre han discutido.

Sra. N.: No, antes él era diferente, y por otra parte, yo también. No sé lo qué ha sucedido entre nosotros.

Es un buen signo de lucidez: nota que ella era diferente. Pero me dice gentilmente que la deje tranquila. Es la primera vez que me lo dice dulcemente. (Antes esa frase, aunque no en forma agresiva, la decía sin miramientos; hoy me la dice con un esfuerzo por no herir.)

No he ido al hospital en los días siguientes, de modo que se marchó sin que la haya visto nuevamente. Me dicen que va mejor en el lugar en donde está ahora, que grita muy poco y que algunas veces juega a juegos de sociedad. Pero si pierde se pone a gritar: "He perdido, he perdido", como si tuviera conciencia de que otra vez ha perdido en la vida. Los enfermeros que la cuidaron han ido a verla (no pude ir el día que ellos pudieron ir), pero ella les dijo, paseando con ellos, que no encontraba nada que decirles.

3. Conclusiones.

Creo que es razonable sacar las siguientes conclusiones de lo que precede:

1. Aunque un solo caso no puede aportar mucha confirmación a las tesis que al principio he presentado, relativas al cuerpo y al tacto como canal excepcional de comunicación, y a lo que hemos llamado "cuidado materno", los resultados obtenidos son sin embargo coherentes con ellas.

2. Se han mencionado varios criterios de mejoría:

a) En primer lugar, el criterio del grupo de atención a la paciente: la disminución de la intensidad y la frecuencia de los gritos. Este criterio no es de menor importancia, si tenemos en cuenta que la paciente no está en estado de confusión sino cuando grita. Así pues la mejoría en ese sentido significa una toma de conciencia y lucidez más frecuente, lo cual, pienso, se ha debido notar en la descripción del proceso de la psicoterapia.

b) Aunque los gritos se producen aún de cuando en cuando, ahora son gritos "más articulados", en el sentido que la paciente dice ahora algo cuando grita, lo cual no era así generalmente al principio (preferentemente grita "Quiero ir a casa." o "No tengo hambre. "). Estos gritos dan la impresión actualmente de ser manipuladores, más que gritos de terror como anteriormente. La primera vez que me he dado cuenta

de este hecho he preguntado al enfermero del equipo: “¿Ves alguna diferencia entre los gritos actuales y los precedentes?” Después de haber escuchado con atención me ha respondido: “Sí, creo que actualmente son mas bien manipuladores.” Tenemos al menos dos juicios coincidentes e independientes el uno del otro.

c) El contacto se ha mantenido (y aun se ha reforzado); y aunque tal fuera el único resultado que se obtuviese en el tipo de atención propuesta, es ya algo de la mayor importancia, sobre todo en estos casos graves, como es sabido. Una frase que se puede considerar patognómica de la existencia de un buen contacto es cuando la paciente me dijo en la penúltima entrevista:

Sra. N.: No puede Ud. acompañarme siempre.

Que yo comprendí llevaba la siguiente intención: “Aunque Ud. me haya sido de una compañía mantenida, comprendo que Ud. no puede sin embargo acompañarme en todo momento.” He recibido esta frase como una confirmación de que ella me tenía por alguien que estaba a su lado, que la sostenía y la ayudaba. Otro acto que confirma este punto de vista es la amabilidad con que me ha dicho por última vez de “dejarla tranquila”.

3. En cierto modo, los resultados obtenidos no son sorprendentes. Alguien que observe suficientemente puede notar los innumerables matices de la manera de “tocar” y de la voz; estos matices son todos comunicativos, y se cumple aquí con preferencia lo que la escuela de Palo Alto afirma insistentemente: “No podemos dejar de comunicar”. El problema fundamental es el de saber qué comunicar y cómo hacerlo. Ningún sistema de psicoterapia, es mi impresión, cura al paciente, pero lo que el psicoterapeuta comunica hace posible la cura; en otras palabras, no creo que es la técnica sino la relación la que es curativa.

Comentario final (Octubre 1991): He releído las páginas precedentes y he tenido la impresión de dos personas verdaderamente presentes, la una tratando de ayudar, con su afecto y su lucidez del problema, la otra batallando en la oscuridad. Ambos en una especie de danza llena de dolor y belleza. No es un técnico tratando de reparar una máquina (aunque técnica haya), sino dos seres en su real humanidad.

