



A cada paciente una respuesta

José Ignacio Ibáñez Aramayo

Psicoanalista, Miembro de la Escuela Lacaniana de Psicoanálisis
y de la Asociación Mundial de Psicoanálisis.

Psiquiatría y Responsable de la actividad del M.A.P.S. de Cruces-Barakaldo

“A CADA PACIENTE UNA RESPUESTA”*

1- “Se trata de permitir que en cada institución se aloje la particularidad del sujeto de la palabra”.

2- “Ahí el uso del tiempo, y eso empieza con una primera entrevista a la persona que viene a pedir ayuda.

El uso del tiempo es capital... Hay que darse siempre un tiempo preciso, un tiempo de comprender...

Tiempo de comprender necesario, y que es particular a cada sujeto”.

Miquel Bassols, Ponencia presentada en las Jornadas del Centenario del Hospital de Bermeo¹.

INTRODUCCIÓN

Es importante facilitar que podamos intercambiar experiencias y debatir entre profesionales con distintas orientaciones clínicas y teóricas, sobre estas cuestiones.

Voy a comentar sobre mi práctica clínica en un dispositivo ambulatorio de salud mental, donde diariamente veo unos cuantos pacientes, y a los cuales recibo siempre con una cuestión permanentemente abierta para mí: ¿Qué le ocurre, de qué sufre esa persona y que puedo hacer para ayudarlo y aliviar ese sufrimiento? Porque, cito a Jacques-Alain Miller: “Lo interesante no es ir a verificar lo que ya sabemos sino lo que cada caso nos enseña como algo nuevo”.

En ese sentido voy a hablar de evaluación, pero ateniéndome a la casuística, a la suma

de casos que, uno a uno, van haciendo serie. Ya que cada persona consulta por una determinada causa que, si bien en ocasiones podemos considerarla similar a la de otras, siempre tiene un motivo o una manifestación particular. Particularidad que intento encontrar en su discurso para saber cual es la pregunta, o el síntoma concreto, que trae al paciente a la consulta para, por medio de una escucha analítica, favorecer que puedan formalizar ese síntoma en relación a ese malestar que les produce ese sufrimiento, y a partir de ahí facilitar un posible tratamiento del mismo.

Se trata de intentar, por tanto, de ayudar a elaborar una respuesta, para cada uno particular, que sirva para tratar ese malestar.

Entonces para mí se trata de la evaluación caso por caso.

* Texto elaborado a partir de la ponencia presentada en las Primeras Jornadas de Salud Mental del Hospital de Bermeo “La evaluación en salud mental”, organizadas conjuntamente por el Hospital de Bermeo y la Sede de Bilbao de la Escuela Lacaniana de Psicoanálisis.

¹ Miquel Bassols – Psicoanálisis e institución. Cuadernos de Psicoanálisis, Revista del Instituto del Campo Freudiano en España, n° 27 – El psicoanalista en la institución. Ediciones Eolia, 2003.



Y ello en el tiempo preciso y necesario para cada uno, que no tiene porqué ser un tiempo largo, ya que no hay que olvidar que los casos de los que voy a hablarles son casos de la institución, de un dispositivo ambulatorio de salud mental donde si hay algo que se valora es la rapidez, los resultados y la eficacia.

Con los ejemplos que voy a exponer a continuación, espero poder demostrar que en una institución se puede trabajar con una escucha y una orientación psicoanalítica, lo que los psicoanalistas de orientación lacaniana llamamos “psicoanálisis aplicado a la terapéutica”, y que permite obtener en periodos de tiempo cortos lo que denominamos “efectos terapéuticos rápidos”.

CASO I

Recibo en el Módulo a una mujer de 30 años de edad, remitida por su médico de cabecera con un volante en el que dice: “Antecedentes de síndrome ansioso-depresivo de larga evolución. Actualmente no sigue ningún tratamiento”.

Esta mujer me explica que hace 8 años comenzó con problemas de ansiedad, que más o menos controlaba. Le comenzó a ocurrir cuando iba a Donostia en bus, a estudiar.

Comenzó un tratamiento con ansiolíticos y luego con diferentes antidepresivos.

También estuvo en tratamiento psicológico durante dos años.

Posteriormente siguió tomando ansiolíticos a dosis bajas, hasta que hace tres años dejó la medicación para quedarse embarazada, y comenzó un tratamiento de acupuntura.

Estuvo más o menos bien, tuvo una niña, que tiene nueve meses en el momento de consultar conmigo, pero otra vez comienza a estar mal.

A consecuencia de los problemas de ansiedad, ha desarrollado también una fobia y lleva ocho años sin salir del entorno donde reside.

Me aclara que por sus estudios conoce algo de la teoría freudiana, el inconsciente, etc.

Prefiere no tomar más medicación y acepta venir a hablar para ver si se puede hacer algo con la ansiedad y la fobia.

En las dos siguientes entrevistas aporta algunos datos de su biografía:

Su vida tuvo un cambio a los 17 años. Murió su abuelo materno, con el que tenía muy buena relación. Hace cuentas y resulta que la muerte no fue cuando tenía 17 sino 19 años, y se da cuenta de que esto coincide con los problemas de viajar, cuando iba a la universidad a Donostia y tenía miedo al bus, a un accidente. Cuando estaba en tercero de carrera, un día se le quedó dormido el brazo en el autobús, se asustó mucho, y a raíz de esto comenzaron los problemas de ansiedad.

La ansiedad para ella es algo familiar, la tienen su abuela, sus tías, su madre (también paciente mía en el Módulo). La diferencia en su caso, es que a las mujeres de la familia les apareció la ansiedad con la menopausia mientras que ha ella le ha aparecido muy joven.

A partir de un sueño que relata, surgen unos recuerdos de adolescencia:

En el instituto había un profesor, con el que ella se llevaba muy bien, que era muy amable, muy cariñoso. Les ayudaba también en las actividades extraescolares, pero algunas compañeras dijeron que les había querido dar un beso en la boca. Ella frenó un poco la situación, evitando que fuese a más, hubiese denuncias, etc. Recuerda que habló al respecto con la jefa de estudios,... Finalmente a ella también le pasó algo parecido con este profesor, le quiso dar un beso en la boca, no se dejó pero se quedó muy sorprendida y sin saber reaccionar, ahora piensa que le tenía que haber dado una torta, haberle denunciado.

Refiere encontrarse mejor tras haber hablado de estos recuerdos, “salvo en el tema del viajar”.



Y trae nuevos recuerdos, concretamente tres episodios:

El primero con ocho o nueve años. Solían ir a pasear ella y otra amiguita con un señor, un vecino conocido de sus padres, que tenía unos perros. Solían ir a pasearlos por el campo, y lo que recuerda es que el señor solía ser muy cariñoso con ella, con abrazos, caricias, etc. y cree que también hubo algún beso.

El segundo, el ya comentado de clase, en el instituto. Este profesor era un conocido de sus padres, incluso en más de una ocasión había ido a su casa a comer. Recuerda que los compañeros hablaban, hacían comentarios que ella no creía, hasta que le pasó lo de que a ellas también le pidió un beso en la boca.

El tercero entre los dieciséis y los dieciocho años. Iba a montar a caballo, a un sitio que era de alguien conocido de la familia y que le permitía montar (económicamente no se lo podían pagar), y donde también se daban esas muestras de cariño, llegando a sentirse ella incómoda hasta el punto de dejar de ir.

Es algo que en su momento no le dio importancia, le parecía más o menos normal. Es posteriormente cuando se ha dado cuenta de lo que eso significaba, y lo que le hacían.

Relaciona los tres sucesos entre sí ya que en todos ellos hay muestras de cariño, de afecto.

En los tres hay también otro elemento en común que es la relación de las tres personas con sus padres.

Se queda bastante sorprendida con todos estos recuerdos y asociaciones, y habla del bloqueo que siente en determinadas situaciones en que hay una relación o una implicación afectiva. Es algo que le suele pasar, se bloquea en situaciones así, y no reacciona. Por ejemplo, recuerda que no hace demasiado tiempo se encontró con el profesor, y no supo que hacer. El actuó como si nada, mientras que ella se sentía muy incómoda, pero le saludó, habló con él, como si no hubiese ocurrido nada.

En las siguientes entrevistas trae algunos recuerdos más:

El miedo a salir viene de mucho tiempo atrás, sobre todo “es miedo a salir con alguien que sea no conocido”. También miedo en general a los desconocidos, por ejemplo le han contado que de niña cuando se estropeaba la lavadora e iba el técnico a arreglarla, ella vomitaba.

Recuerda que también de niña, a los cinco o seis años, se perdió.

Era frecuente que fuese a dormir con su madre, hasta los seis, siete u ocho años, no sabe concretar. Iba a la habitación de los padres, y se quedaba allí esperando. Hacía ruidos hasta que se enteraba su madre. Entonces dormía con ella y su padre las dejaba y se iba a la cama de la paciente.

Su padre, si bien estaba en casa todos los días, viajaba mucho ya que era comercial.

Le hago una comparación, que la deja pensativa: O recuerda todo al detalle, o lo olvida todo. O tiene mucho miedo o mucha confianza.

Ha hecho planes con su pareja para ir a pasar un fin de semana, los dos solos, fuera de casa. Lo hacen, y viene entusiasmada pues es la primera vez que lo consigue en ocho o nueve años.

Vuelve a los miedos de niña. Miedo a estar sola, miedo a la madre. Así recuerda que cuando tenía ocho o nueve años, a su madre le surgió la posibilidad de trabajar en la tienda del abuelo, pero ella hizo todo lo posible porque no fuese, pues no quería quedarse sola.

Y da una nueva versión de lo que ocurría por las noches: Muchas noches era su padre el que la cogía y la llevaba a la cama con la madre, ya que él roncaba y la madre lo echaba de la cama.

Dice sentirse incómoda con estos recuerdos, “eso no era bueno”.

Y aparece un nuevo recuerdo: Cuando tosía, su madre se ponía muy nerviosa, y le



pegaba. Otras veces, sin embargo le ponía Vicks Vaporus, con lo cual nunca sabía que es lo que su madre le iba a hacer, incluso llegaba a pensar una cosa para ver si así hacía la otra.

Ahora ve a su madre, y se sorprende de cómo la veía antes. Creía que era una madre buenísima, y ahora se da cuenta del grado de control que tenía, por ejemplo se levantaba y la madre le preguntaba ¿a dónde vas? Y era todo así, y yo no me daba cuenta.

“En la adolescencia, todas las amigas se quejaban de sus madres, y yo no, aparentemente me llevaba muy bien con ella, estaba encantada de tener una madre tan buena y con la que me entendía tan bien. Hasta que me dio cuenta de que me vigilaba”. Mandaba a su hermana vigilarla, y que luego le dijese todo lo que hacía.

Cuando se enteró se enfadó mucho y ahí comenzó a cambiar la relación con la madre.

Se pregunta: “¿Cómo pasar de las cosas de mi madre?” y vuelve a hacer la serie de todas las mujeres de la familia, todas ansioso-depresivas: la abuela de la madre, la madre de la madre, la misma madre, la hermana de la madre, y ahora ella.

Esa primera salida tras nueve años se produjo, tras ocho entrevistas, cuyo resumen es el que aquí he traído.

A partir de ahí vinieron otras salidas sucesivas, y posteriormente unas vacaciones en Canarias, con el consiguiente viaje en avión, cosa que antes le daba mucho miedo hacer y que realizó sin mayor problema.

Tras un tiempo más de tratamiento acordamos el alta, ya que ella se encontraba bien y se había solucionado el motivo de consulta.

Hace más de un año de ello y por los comentarios que me hace su madre, sigue bien.

CASO 2

En la reunión semanal del equipo, la psicóloga del Módulo, presenta el siguiente caso que ha llegado para tratamiento:

“Menor de dos años y diez meses, que es remitido a consulta por problemática de trastorno de ansiedad de separación”.

En la exploración psicológica, realizada para su derivación, se evidencia una “fuerte dependencia y relación simbiótica madre-hijo” por lo que se indica que precisa tratamiento psicoterapéutico adecuado y prolongado. Se aconseja “no forzar la separación prolongada madre-hijo hasta que no se adquiriera más autonomía emocional en ambos”.

El niño ha estado ingresado en observación en pediatría, porque se negaba a comer y había tenido una pérdida de peso importante.

En el informe de alta del servicio de pediatría refieren:

“Ingreso con 2 años y nueve meses remitido para estudio por pérdida de peso e hiporexia.

Antecedentes familiares: Padres separados. Madre en tratamiento por clínica depresiva.

Enfermedad actual: Refiere desde los 6 meses de edad (aproximadamente desde la introducción de frutas, puré) hiporexia, disminución de peso y mal hábito alimentario”.

Además lo describen como un niño muy sensible y tímido, no queriendo jugar con otros niños, rechazando a los profesores y quedándose aislado; muy dependiente de su madre y de su abuelo materno.

Las pruebas y exploraciones son normales.

“Durante su control en consulta sufre deterioro del hábito alimentario llegando a comer únicamente en presencia de su madre, sin embargo aumenta progresivamente de peso, con tratamiento, y los estudios complementarios son normales”.

Nos encontramos con dos indicaciones precisas:

- 1- Realizar un tratamiento psicoterapéutico adecuado y prolongado.



- 2- No forzar la separación prolongada madre-hijo hasta que no se adquiera más autonomía emocional en ambos.

Nuestra valoración en el equipo tras debatir todos los datos de que disponemos, y que les he expuesto, es ligeramente diferente.

Nos parece que si hay un problema de separación, como primer paso es fundamental aclarar que es lo que ha pasado para que este niño haya dejado de comer y cual es su patología y de qué tipo, neurótica o psicótica. Esto nos permitirá orientar el tratamiento y el modo de abordar éste, tanto para el hijo como para la madre.

Nos permitirá ver si hay que ser prudentes con esta relación simbiótica o si por el contrario debemos optar por no alimentar más esta “fuerte dependencia y relación simbiótica madre-hijo”.

Nos planteamos entonces, tener entrevistas tanto con la madre como con el hijo, pero por separado. Que sea la psicóloga la que atienda a la madre, y yo al hijo para hacer el diagnóstico y también valorando la posibilidad de representar para él un rol simbólico masculino.

Recibo al niño que como era de suponer se niega a entrar solo, pidiendo con gestos a la madre que entre también (coge a la madre por la mano y tira de ella). Acepto que entre la madre pero le pido que simplemente esté, que permanezca en silencio.

El niño trae unos coches de juguete consigo que me muestra, y por ahí rápidamente, establece una relación conmigo. Muestra los coches, sonrío, y finalmente me los deja coger y verlos, estableciéndose un juego entre ambos, él lanza el coche y yo se lo devuelvo introduciendo cada vez una variante, bien lanzarlo con más fuerza, lanzarlo desviado, cambiar la posición,... a lo que responde de dos modos: uno, participando activamente en el juego y, dos, a veces sonrío o emite algún sonido que yo me abstengo de interpretar.

Posteriormente, en las sucesivas consultas, el juego se ampliará a otros objetos bien de la consulta, bien con cosas que él trae, o bien utilizando como si fuese un coche la tarjeta donde le apunto las citas.

Al recoger los datos biográficos para la elaboración de la historia clínica me entero de algunas cosas que me orientan:

- Los padres no son separados, sino que el niño es fruto de una relación de su madre con un hombre casado y que no está dispuesto a separarse.
- Que tras el alta del ingreso el niño ha mejorado algo en su comportamiento. Ya entra solo a clase, si bien todos los días llora, y pide a su madre no ir al colegio.
- Su relación con la madre, la resume ésta con una frase: “de mi abusa lo que quiere”.

Esta buena relación transferencial que se establece conmigo me hace descartar rápidamente un posible diagnóstico de psicosis, lo cual hace que insista en que el niño entre solo a la consulta, a pesar de sus negativas los primeros días.

Por otro lado doy unas pautas mínimas a la madre: El niño tiene que ir al colegio y hacer sus obligaciones, no se debe ceder a sus caprichos ni “dejarse abusar” por él y más allá de que tenga contacto o no con el padre, hay que hacerle notar que la ley existe y no puede hacer lo que quiera, y si lo hace eso tiene consecuencias, bien con un castigo o dejando de hacer algo que le guste, etc.

Esta situación de hacer entrar a su madre se mantiene durante cinco entrevistas, entrando él solo a la sexta. Al entrar solo comienza a hablar, diciéndome dos cosas:

- primera que me sienta en mi silla, y
- segunda, haciendo pucheros, “he hecho cosas malas”.

A continuación se pone a jugar como siempre con el coche.



Podemos situar aquí las dos cuestiones fundamentales del caso: Por un lado me acepta y me pide que ocupe el lugar de padre simbólico, y por otro reconoce su culpa en lo que le ha ocurrido hasta el momento, ya que es él quien ha hecho las “cosas malas” que le han llevado a la situación actual.

A partir de aquí las cosas comenzaron a ir mucho mejor tanto para el niño como para la madre, mejorando rápidamente el estado del niño en todos los aspectos: alimentación, relación con la madre y con los iguales en el colegio, etc. por lo que al cabo de algunas consultas más sin problemas acordamos el alta.

CASO 3

Recibo a una mujer de 31 años, que acude a una consulta de salud mental por primera vez en su vida, remitida con un volante de Atención Primaria, donde dice: “Duelo sin resolver, separación en verano, posible depresión post-parto”.

Nada más iniciar la entrevista se pone a llorar, explicando su situación: “Estoy desesperada, no paro de llorar. Se me juntaron varias cosas a la vez: Hace un año murió amama. Estando embarazada andaba a golpes con mi marido, él que siempre trabaja lo justo no paraba de trabajar, nunca estaba en casa. Tengo un niño de 3 meses. Antes me daba por chillar, ahora por llorar. Me paso el día llorando”. Está mal hasta tal punto que incluso se está planteando una separación definitiva.

Por lo demás no refiere otros síntomas, come y duerme bien, no está nerviosa; el niño no da guerra e incluso duerme muy bien por la noche,...

Le pregunto por la muerte de amama. “Estaba mal del corazón, estaba malita, era mayor y se murió. No lo acabo de asimilar”.

Le invito a hablar de amama, y resulta que amama en realidad era una vecina, es ella la que le llamaba así, amama, ya que era una vecina con la

que estaba mucho, con la que se había criado, y a la que quería como si realmente fuese su amama.

Esta mujer (amama) estaba muy ilusionada con el embarazo y había hecho ropitas para el bebé, ropitas que no le ha puesto, lo tiene todo guardado, incluidas fotos suyas con amama, ya que no las puede ver, le traen demasiados recuerdos. Y se hecha a llorar.

Todo el mundo le dice que no está bien, que tiene que dejar de llorar, que no es bueno llorar tanto. Le digo que llorar no es malo, que más bien le puede servir para desahogarse y sacar todo eso que tiene dentro.

Se sorprende e insiste en preguntarme, al marcharse, si puede llorar, a lo que asiento.

La siguiente entrevista viene sonriente, relajada, y dice: “He llorado mucho y estoy mucho mejor”.

Está menos triste, chilla menos con su marido, las cosas en casa están mucho más tranquilas y mejor, y además ha vuelto a poner las fotos que tenía de amama.

Acude a una tercera entrevista manifestando encontrarse ya bien, si bien aún está sensible.

Las cosas con su pareja siguen mejorando, y además están esforzándose ambos en mejorarlas. Ella ha comenzado ya a trabajar, estaba de baja maternal, y está bien y contenta en el trabajo. Además ha apuntado a su hijo a la guardería y todo va bien.

Acordamos el alta, y que si tiene algún problema volverá a solicitar consulta.

De esto hace casi un año y no he vuelto a tener noticias de ella.

PARA CONCLUIR

El denominador común de los tres casos que he presentado, y podríamos hablar de otros muchos, ya que hay casuística numerosa,



es la rapidez de los efectos terapéuticos obtenidos y que estos se obtienen por medio de la palabra, “de la particularidad del sujeto de la palabra”, como señala la cita con que abro este texto.

En todos ellos se trata de unas pocas entrevistas en las que se consigue un alivio importante o una resolución del malestar que origina la consulta.

Esto es así porque al ser escuchado sobre lo que le pasa, permite al sujeto que consulta, además del alivio que produce por si mismo el

hablar sobre eso que le afecta, reordenar las coordenadas de su historia en relación con el malestar y el síntoma que este produce, y tomar una posición diferente en cuanto a los efectos que ello produce sobre su estado psíquico.

Y esto es totalmente particular de cada uno.

Por ello si bien en los tres casos podemos situar al inicio algo relacionado con la ansiedad, la respuesta que cada uno elabora sobre ello es diferente y totalmente particular.

