

El abuso sexual y las dificultades en el sostén materno como constituyentes de la formación
sintomática en un niño de 5 años

Autora: María Lucía De la Hoz Armenta

Directora: Karen Pacheco Echeverry

Septiembre, 2020

Universidad del Norte

Maestría en Psicología, modalidad Clínica

Resumen

En el presente trabajo, se aborda el caso de un niño que, siendo víctima de abuso sexual a su corta edad, ya antes había sido víctima de sucesos dolorosos que constituyeron el trauma y su consecuente defensa y síntoma; demostrando así, cómo el juego es la herramienta clara que permite proyectar ese dolor que no se puede poner en palabras. Asimismo, en el presente trabajo, se pone de manifiesto, los efectos de la psicoterapia psicodinámica en la elaboración de lo traumático, la disminución sintomática y la detención de la compulsión a la repetición; mostrando, a la vez, cómo el trabajo conjunto con las figuras de amor, puede representar grandes ganancias para la sanación del niño.

Dedicatoria

A mi abuelo paterno “Lalo” por haberme dado el lugar de acompañar en el dolor, por acogerme y permitirme ser.

Agradecimientos

A Dios por permitirme seguir caminando el camino de mis sueños, a mis padres por su ejemplo y tenacidad; a mis hermanos por su apoyo; a mi Tío Miguel por impulsar mi crecimiento; a Óscar por su soporte en este camino; a mis compañeros de maestría por contribuir a mi vida profesional y laboral; a Ana Rita y Jorge, por su ejemplo, pasión y paciencia, a Karen Pacheco por su guía y entrega; y a La Universidad del Norte, por ser el espacio de realización de mis sueños.

Introducción

Así,
como haciendo el amor
por la herida

¿no nacemos acaso
desde el dolor ajeno?

(Mujica, 1983)

Desde antes del nacimiento, ya se han recibido las cargas libidinales que impulsarán la vida del individuo. Estas, muchas veces, impregnadas de situaciones doloras que van marcando el paso de una forma de vinculación. La rabia, la agresión y la hostilidad que un sujeto muestre en su cotidianidad, son la manifestación del dolor que llevan arrastrando como lastre a lo largo de sus años y son justamente, ese reclamo al ambiente de lo que antes faltó (Winnicott, 1981, p. 249).

Pero ¿puede un niño, a sus cortos años estar sometido a tanto dolor? ¿es realmente la rabia la muestra de su sufrimiento? Se suele tener el pensamiento de que la infancia es el momento más feliz del ciclo vital, dejando de lado todos los factores que pueden constituirse en traumas para el pequeño que se encuentra en el mundo vulnerable y dependiente. De esta manera, lo traumático suele reducirse a eventos meramente palpables, tácitos, concretos, observables y verificables;

restándole peso a ese dolor que difícilmente puede ponerse en palabras, que se encuentra tan reprimido que no puede ni siquiera pensarse, ese dolor que existe incluso antes de llegar al mundo.

Es este, precisamente el terreno de la psicoterapia infantil, en donde el psicoterapeuta puede vislumbrar lo doloroso que se esconde tras las defensas y puede facilitar los procesos de elaboración de lo traumático a partir del juego, proporcionando las herramientas para poner en marcha los recursos que se han quedado detenidos en el momento del trauma, o que bien, han funcionado de manera coja a lo largo de la vida y han provocado la repetición de lo traumático (Ferenczi, 1984).

En el presente trabajo, se aborda el caso de un niño que, siendo víctima de abuso sexual a su corta edad, ya antes había sido víctima de sucesos dolorosos que constituyeron el trauma y su consecuente defensa y síntoma; demostrando así, como el juego es la herramienta clara que permite proyectar ese dolor que no se puede poner en palabras. Asimismo, en el presente trabajo, se pone de manifiesto, los efectos de la psicoterapia psicodinámica en la elaboración de lo traumático, la disminución sintomática y la detención de la compulsión a la repetición; mostrando, a la vez, cómo el trabajo conjunto con las figuras de amor, puede representar grandes ganancias para la sanación del niño.

Justificación

Los primeros años de vida son de suma importancia para el individuo, siendo de gran influencia, los factores que actúan durante este tiempo (Winnicott, 1970). De esta manera, la salud mental puede ser afectada por los sucesos de la primera infancia en donde el niño se encuentra particularmente dependiente y vulnerable (Winnicott, 1965). En múltiples ocasiones, las necesidades presentes en este periodo, son quebrantadas por “situaciones como la pobreza, el conflicto armado, la violencia, el maltrato, el abuso, etc., (...) constituyéndose estas situaciones en interferencias en el desarrollo” (Bustos & Russo, 2018).

Con frecuencia, las anteriores vulneraciones hacia los niños se convierten en motivos de consulta psicológica, debido a los síntomas que traen consigo. Es usual que un niño sea llevado a psicoterapia tras haber experimentado un abuso sexual. Sin embargo, es probable que este niño haya sufrido con antelación otro tipo de vulneración, creando una fuerte huella traumática. De esta manera, la relevancia de este estudio, radica en la exposición de traumas vislumbrados más allá de lo sexualmente abusivo, fijados y repetidos desde las necesidades afectivas que conciernen al primer momento de desarrollo psicoafectivo. Es así, como la realización de este trabajo, permite contemplar la existencia de necesidades orales que parecieran ser anteriores al trauma sexual y constituir un dolor previo a lo sexualmente abusivo que, posteriormente vendría a aparecer como una repetición de lo traumático en busca de saciar necesidades orales.

En este sentido, este trabajo es pertinente debido a que plantea la posibilidad de que se aborde y elabore el dolor del abuso de manera conjunta al dolor de los faltantes afectivos que inciden en el incremento de reacciones defensivas y sintomáticas frente al dolor y con ello, la

repetición compulsiva del dolor de los faltantes afectivos en medio de situaciones abusivas. Esta visión podría aportar a una ampliación de la concepción de lo traumático infantil, abordándose no únicamente desde lo sexual traumático, sino desde la no suficiente satisfacción de lo más indispensable y necesario para el desarrollo del niño: el afecto y la contención emocional que es posible en el lazo con aquel que cumple la función materna durante los primeros años de vida.

Asimismo, la ejecución del presente estudio, facilita la comprensión de la psicoterapia infantil y la proyección del mundo interno del menor a través del juego. Es por eso, que la utilidad del proyecto actual es sustentada en el abordaje de elementos prácticos clínicos que permiten reconocer y analizar la dinámica infantil a través de la técnica lúdica; siendo pues, tal estudio, de gran beneficio para la población de estudiantes de psicología en el enfoque psicodinámico.

Finalmente, el presente trabajo, se traduce además en utilidades para la población interesada en conocer el mundo infantil (bien sea padres de familia, maestros, trabajadores sociales, etc); quienes lograrán, a partir de la lectura del mismo, tener una visión más amplia de la psicoterapia infantil y de la dinámica psíquica que subyace al comportamiento de los niños. Lo cual, constituye a su vez, una ganancia para la población infantil en la medida en que conociendo su realidad y sus necesidades a lo largo del desarrollo psicoafectivo; podrían generarse mejores prácticas de cuidado y contención para dicha población.

Planteamiento del problema

Los factores afectivos y emocionales ocupan un lugar de suma importancia dentro del desarrollo infantil desde la óptica de la psicología dinámica. Son tales elementos los que permiten el desenvolvimiento del individuo y la evolución de procesos psicológicos que tienen de base vínculos afectivos establecidos en los primeros años de vida (Bustos & Russo, 2018).

En este sentido, todos los acontecimientos ocurridos durante esta etapa cobran especial relevancia a la hora de la constitución de la personalidad y el desarrollo humano en general (Bustos & Russo, 2018 citando a Greenspan, 1992). Tal hecho justifica la importancia del estudio de los primeros años de vida y a su vez, la existencia de entes reguladores y protectores de la infancia que garanticen el cumplimiento de los derechos de los niños.

Pese a la presencia y crecimiento continuo de tales entes y a la expansión de conocimientos sobre el desarrollo psicoafectivo a la comunidad en general, siguen presentándose con frecuencia muchísimos casos de vulneración hacia los niños; los cuales incluyen desde maltratos físicos, sexuales y psicológicos, a situaciones que resultan poco garantes de sus derechos, tales como la pobreza, el desplazamiento, el conflicto armado, el trabajo infantil, etc. Situaciones que, a grandes rasgos, interfieren en el desarrollo afectivo de los niños y propician el cultivo de traumas y detenciones en el normal curso evolutivo infantil.

En este sentido, podríamos ilustrar la situación a nivel mundial, mencionando que, a fecha de junio del 2020, la OMS reportó que “Se calcula que hasta 1000 millones de niños de entre 2 y 17 años en todo el mundo fueron víctimas de abusos físicos, sexuales, emocionales o de abandono en el último año” (Organización Mundial de la Salud, 2020, p.1).

Haciendo referencia al contexto nacional y teniendo en cuenta las problemáticas sociales que atraviesa Colombia que, en su mayoría, ponen en riesgo el desarrollo afectivo de los menores; la tasa de maltrato, abuso y trabajo infantil, llama la atención frente a los interesados en la protección y el cuidado de los niños. Frente a esto, se tiene que, en los primeros seis meses del 2019, el ICBF reportó 9.569 casos de restablecimiento de derechos a menores, de los cuales, el 64% corresponden a casos de violencia sexual y en el 43% de estos, los agresores eran conocidos por los menores en el entorno familiar o educativo (Caracol Radio , 2019).

Con respecto al 2020, la tasa de maltrato infantil no tuvo variación alguna en cuanto a la reducción de los casos reportados, al contrario, tal fenómeno se vio incrementado con las medidas de distanciamiento social y cuarentena tomadas a raíz de la pandemia del Covid-19. Al respecto, puede mencionarse que en el ICBF se abrieron 1.250 procesos administrativos de restablecimiento de derecho a menores entre la fecha de 12 de marzo y el 4 de abril (El Tiempo , 2020).

Con este breve contexto, es posible notar el grado de vulneración en el que se encuentran los menores tanto a nivel mundial como nacional. No obstante, tales cifras son tomadas en cuenta según tipos específicos de vulneración o violencia infantil, descartando que, en su mayoría, cualquier tipo de evento que atente contra el curso normal de la evolutiva infantil, podría generar, incluso, huellas traumáticas que no se limitan a ser encasilladas en una categoría en especial, sino que están encadenadas como una sucesión de eventos que interfieren en el desarrollo normal infantil y se constituyen una interferencia en el desarrollo.

Tal aseveración ilustra la problemática del presente trabajo, debido a que, con frecuencia, las dificultades en la infancia pueden agruparse con el nombre de interferencias en el desarrollo, sin dejar de contemplar que cualquier tipo de interferencia existente no sólo produce

disfuncionalidad y malestar en el área específica que fue violentada. Por el contrario, es usual que una interferencia en el desarrollo esté asociada con una anterior y que ambas se relacionen con el psiquismo infantil.

Con esto, se hace alusión a que la multiplicidad de factores a los que los niños están expuestos no pueden ser desligados para comprender un hecho traumático per se, ya que, este hecho puede guardar relación con uno anterior o consiguiente, estando estrechamente ligado con la sintomatología y el dolor infantil. Tal aseveración es la que da contexto al presente trabajo, puesto que, en este, se plantea la vivencia de interferencias en el desarrollo de manera conjunta, siendo estas las causales de patrones de comportamiento y sintomatología en el paciente menor.

Todo lo anteriormente descrito, permite generar el interrogante de ¿cómo se relaciona un evento traumático de tipo sexual, con los sentimientos de abandono y/o negligencia por parte de figuras maternas en un niño de 5 años?

Objetivos

Objetivo general

Analizar la relación entre la vivencia de un evento sexual traumático y dificultades vinculares madre-hijo, en la formación sintomática de un niño de 5 años, haciendo énfasis en la cura psicoterapéutica a partir del vínculo transferencial, la técnica lúdica y las intervenciones con la madre.

Objetivos específicos

- Relacionar los factores constituyentes del trauma psíquico y la formación sintomática del niño a partir del estudio integral del caso y sus antecedentes.

- Analizar material psíquico presente en el juego proyectado por el niño en sesiones de psicoterapia.

- Analizar los cambios sintomáticos del paciente a partir de las intervenciones terapéuticas con este y con la madre.

Historia clínica del paciente

Identificación del paciente

Paciente masculino que inicia proceso psicoterapéutico a los 5 años y cursa el grado de transición en un jardín infantil. Actualmente reside con su madre y su hermano mayor de 14 años. De regreso del colegio es atendido por una nana, quien, a inicios del proceso, empezaba también los cuidados al niño.

Motivo de consulta

En la entrevista inicial el niño es llevado por su cuidadora, quien se limita a contestar que no está autorizada para expresar el motivo de consulta. El niño manifiesta desconocer el motivo de su asistencia. El próximo encuentro se realiza con la madre del menor, quien delante del niño se niega a expresar el motivo de consulta y el niño sigue sin conocerlo. Se realiza una nueva sesión únicamente con la madre, quien expresa que "el tío del niño lo abusó, el mismo niño me lo contó y estamos en procesos legales para dejarlo en la cárcel. El niño asistía antes con otro doctor al que le contó lo que el tío le hacía, más cosas de las que me dijo a mí. Yo lo dejé de traer y ahora volvimos porque me preocupa que él siga con secuelas de eso ya que el fin de semana anterior estaba jugando con unas primas y me pusieron las quejas de que él andaba mirando sus genitales y tocándoselos ahí con ella. también quiero tener el reporte de que el niño está asistiendo a psicología por este suceso para todo lo que tenga que ver con lo legal del proceso de mi hermano".

Descripción sintomática

Durante el desarrollo de la evaluación psicodiagnóstica y el curso del proceso psicoterapéutico, pudieron discriminarse síntomas asociados al vínculo materno, tales como el dolor frente a la negligencia y la poca satisfacción de necesidades orales con alta demanda hacia la misma. Esto se transformaba en defensas agresivas y búsqueda compulsiva del abandono, rechazo y/o castigo (tal como se repetía en el vínculo con la madre). La respuesta defensiva se vio incrementada debido a la situación traumática de abuso que vivió el menor, lo cual, lejos de saciar las demandas afectivas propias de momentos de oralidad, generaron mayor dolor frente a la indefensión y vulneración de su sexualidad infantil.

Puede verse, de esta manera, que lo sintomático radicaba en la compulsión a la repetición del rechazo, el castigo y el dolor por parte de figuras significativas en su historia y en la transferencia con la terapeuta. Es así como el síntoma del niño radicaba la compulsión a la repetición relacionada con el dolor frente a la carencias que hubo en el sostén materno de sus primeros años y lo traumático del abuso sexual.

Historia personal

La concepción del menor fue dada sin planeación, en medio de una relación informal entre los padres del mismo. Con el embarazo, el progenitor decide abandonar a la madre, pidiéndole incluso que realizara un aborto voluntario debido a que él no tenía deseos de enfrentar el embarazo y la crianza del menor. La madre decide continuar la gestación sin apoyo del padre, entrando en profunda tristeza y decepción por el rechazo de quien era su pareja. El embarazo transcurre de manera normal, llega a término y da a luz por cesárea. A los 2 meses de nacimiento del menor, la madre consigue un nuevo trabajo que decide iniciar pese a la corta edad de su hijo. Éste queda al cuidado de su abuela materna, quien se encarga de él por días completos mientras la madre debe

viajar y trabajar. El niño logra cumplir los hitos del desarrollo de manera esperada e ingresa a la guardería a los dos años, donde recibe elogios y felicitaciones por su nivel de madurez cognitiva y motora.

Entre el 2 y 3 año de vida del menor, la madre aloja en su casa a su hermano varón, quien se encontraba en un proceso de recuperación de adicciones a la droga y era miembro de una iglesia cristiana que apoyaba tal decisión del hombre. A los tres años, en un día que la madre se encontraba en casa durante la noche, el niño expresa algunos detalles que se presentaban durante los juegos con el tío, los cuales daban cuenta de un abuso sexual oral. A partir de tal suceso, la madre del niño decidió que su hermano no podría seguir viviendo en su casa y con esto, tampoco su madre, a quien ella consideraba la culpable de tal suceso. Asimismo, la madre del menor emprendió el proceso legal en contra de su hermano, sometiendo al niño a evaluaciones peritales y demás requisitos solicitados por estos entes.

Frente a esta situación, la madre busca ayuda con la psicóloga del jardín infantil al cual asistía el menor. Ésta recomendó que el niño recibiera atención psicológica, la cual se inició cuando él tenía 4 años y se suspendió sin el debido cierre. Luego se retomó el proceso psicoterapéutico, teniendo una duración aproximada de 2 años, de tal proceso, es producto el presente trabajo.

En lo que concierne a procesos madurativos, el menor se encontraba, en su mayoría, más avanzado que el promedio; lo cual permitía el éxito y la excelencia en su ámbito académico, el donde sólo se manifestaba la queja de que, con frecuencia, el niño se mostraba con una actividad motora exacerbada. En cuanto a lo social, el niño mostraba habilidades tales que le permitían establecer conversaciones con desconocidos en la calle y expresar sus ideas con fluencia

arrolladora, lo que la madre describe como “es demasiado avisado, cuando salimos a la calle tengo que estar encima de él porque con cualquiera arma un tema de conversación y yo no quiero que se repita lo del tío”.

El niño no presentaba historial de enfermedades ni hospitalizaciones, por el contrario, gozaba de muy buena salud física y su aspecto era exaltado con frecuencia, llamando la atención de quienes lo rodeaban por su apariencia y virtudes. Tampoco mostraba dificultades en el sueño y apetito, siendo por el contrario elogiado por su gran apetito y autonomía a la hora de comer y realizar actividades de cuidado personal como lavarse los dientes y vestirse. En general, se comportaba como un niño más maduro de lo que se espera para su edad, lo cual era aprovechado en múltiples situaciones por la madre, quien el primer día de consulta, envió al niño con la cuidadora y ésta era guiada por el menor en la ruta que debían tomar para llegar al lugar donde recibiría la atención psicológica.

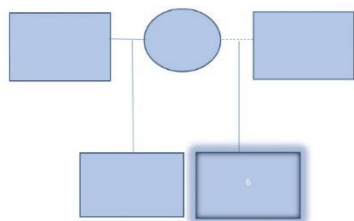
Historia familiar

Como se mencionó con anterioridad, el menor fue concebido dentro de una relación informal, siendo el único fruto de tal unión. Por el lado de la madre, tiene un hermano de 14 años con un señor distinto a su padre, pero quien con frecuencia visita su casa y ha establecido vínculo con el menor. La madre del pequeño manifiesta que éste le ha reprochado muchas veces el no haberle dado un papá igual al de su hermano, quien, a su juicio, sí cumplía con todas las cualidades que debe poseer un padre. En cuanto al hermano, se conoce que también fue concebido en una relación informal pero que contó con mayor presencia y apoyo de su madre.

De la madre del menor se conoce que tiene dos hermanas y un hermano, el cual se encontraba en proceso de recuperación de la droga y fue quien abusó sexualmente al menor. Se desconoce la historia de la madre del menor con su figura paterna. Adicionalmente, la dinámica entre la familia materna era ambivalente, lo cual se incrementó con posterioridad al abuso. El niño no volvió a establecer contacto de ninguna índole con su abuela materna, quien, hasta ese entonces, había ocupado el lugar de principal cuidadora. La relación de la madre del menor con éste, estaba colmada de infinidad de demandas orales y búsqueda permanente del rechazo por parte de la figura materna, como ejemplo, puede citarse una frase mencionada por la progenitora, quien manifestó “doctora es que D me ha sacado canas verdes, su hermano no dio tanta lidia como él y a veces la verdad yo no sé ni cómo tratarlo porque me desespero”. Con su hermano mayor, llevaba una relación pacífica y éste llegaba a ocuparse varias veces del cuidado del menor.

Por su parte, con respecto al padre del menor, se conoce que vivía aún con sus padres y que tenía una hermana mayor que luego del evento abusivo, pasó a cuidar al pequeño. En lo que respecta a la relación del menor con su padre, se conoce que éste no estuvo nunca al cuidado de él y tampoco aportaba económicamente para su sustento. Asimismo, el padre del niño no se vinculó en los procesos terapéuticos de su hijo, estando esto siempre motivado y sostenido por la madre del niño. Puede decirse que el niño conocía a su padre, sin embargo, no había entre ambos un vínculo establecido; no obstante, las relaciones del menor con su familia paterna estaban colmadas de amor y cuidados en abundancia, siendo éste, el único nieto en esta familia.

Genograma



Proceso de evaluación

El proceso de evaluación se llevó a cabo a partir de la primera entrevista con la madre, hora de juego diagnóstica y la aplicación del Test de Mchover, Test de Familia y Test de Apercepción Infantil (CAT-H). La evaluación psicodiagnóstica se realizó con el fin de conocer, a grandes rasgos, dinámica intrapsíquica del menor, dando cuenta de las defensas utilizadas, conflictos y regresiones en las etapas del desarrollo. También permitió clarificar cómo el niño se percibe a sí mismo, a su entorno y a sus relaciones vinculares.

Los resultados de la evaluación demostraron la existencia de ansiedad sexual en el paciente. Al tiempo la presencia de sentimientos de abandono por parte de su madre, lo cual se manifiesta en forma de defensa a partir de comportamientos hostiles cargadas de rabia, agresiones verbales y actitudes desafiantes presentadas en transferencia. De esta manera, la relación con la madre está marcada por una fuerte ambivalencia que genera en el paciente la dinámica de pérdida-recompensa manifestada durante todo el proceso de evaluación. Asimismo, se pudo conocer la existencia de dolor frente a la ausencia de su padre y el abandono de su abuela a raíz del suceso de abuso.

Conceptualización diagnóstica

Negligencia infantil, sospechada 995.52 (T76.02XA) Hallazgo inicial.

Otras circunstancias relacionadas con el abuso sexual infantil V61.21 (Z69.020) Visita de salud mental para la víctima de abuso sexual infantil no parental.

Descripción detallada de sesiones

Sesión #9 psicoterapia

El niño ingresa puntual con notoria inquietud motora, llega al consultorio y empieza a caminar sobre el sofá.

P: ¿qué jugaremos hoy?

T: ¿qué quieres jugar?

P: ayyyy ya vas a empezar, hagamos algo, tú dime los juegos y yo te digo cuál.

Menciono todos los juegos y ninguno le gusta. Entonces saca el bingo y dice que mejor no, luego saca astucia naval y tampoco la quiere, por último, toma la lotería y tampoco se convence. Entonces mira todo el estante de juguetes y saca la comida.

P: Jugaremos al chef, tú eres la chef.

El juego transcurre de manera que él pide mucha comida y yo debo servirle de manera rápida y en abundancia, tal como lo solicita. Luego cambiamos roles y él me sirve muchísima comida incluso sin yo pedirla. Me alimenta de manera desesperada y disfruta verme comer, también agregándole salsa de tomate y otros ingredientes a la comida. Luego vuelvo a ser el chef, en ese momento menciona:

P: ¿señora puedo llevarle esto a mi mamá?

T: claro que sí.

Procedemos a empacar la comida en una cajita de madera donde originalmente se guardan estos juguetes. Se da la vuelta y hace ademanes de caminar. Luego vuelve a mirarme y me dice:

P: mira mami, te traje comida

T: gracias, hijo.

Empiezo a comer y mira expectante. Espera un rato y vuelve a traerme comida del chef.

P: ¡tengo hambre!

T: ¿quieres comer algo?

P: siiii

Le doy parte de la comida y empieza a hablar como niño muy pequeño y a hacer gestos de bebé. De esta manera pide y pide más comida y que yo lo alimente. Solicita varias veces tomar mucha lechecita. Al terminar esta dinámica, se muestra muy inquieto.

P: ya me quiero ir.

T: si te quieres ir, yo lo espero porque aún hay tiempo.

P: haré pipi y regreso.

Va al baño y al volver, me pide que recojamos. Así lo hacemos y sale del consultorio 10 minutos antes.

Sesión #10 psicoterapia

Entra con gran actividad motora, toma el dominó, lo pone en la mesa y empezamos a jugar con sus reglas. Toma la bolsa del médico y saca todo sobre la mesa, guarda el dominó en la bolsa pidiendo que sólo él lo guarde. Busca la curita dentro de las cosas del médico empezamos a jugar al doctor.

P: dale que tú eres el doctor y que vas a revisar porque estoy enfermo.

Yo inicio revisándolo mientras él se queja de dolor y grita.

P: ¡auxilio doctor! revísame los ojos, los oídos y escucha mi corazón.

Hago todo esto y luego me pide que lo inyecte. Después toma él mismo el remedio y hace ademanes de ingerirlo. Inmediatamente toma los instrumentos y me examina.

P: dale que tú también te enfermaste.

T: doctor, auxilio, me enfermé.

Me examina lo mismo que pidió que yo le examinara y me inyecta en la cara. Luego está enfermo otra vez, examino en el orden que él pide, al llegar a su corazón, me detengo y hago un señalamiento.

T: parece que este corazón está triste.

P: sí (exclama haciendo pucheros)

T: me parece que has querido que tu mamá te atienda más.

P: sí y mi mamá me rasgó el corazón.

Inmediatamente cambia de manera rotunda el juego, ahora le duele la barriga.

P: ¡hay un zombie dentro de mi barriga! Me voy a inyectar el remedio (toma la inyección y se inyecta la barriga)

T: ¿de qué es ese remedio?

P: es el remedio del amor.

T: ¿el amor de la mamá?

Me mira y entonces escucha mi corazón con el fonendo.

P: dale, escucha mi corazón y revísame.

T: ¿cómo se siente tu corazón? (pregunto mientras lo examino)

El niño me mira y se levanta rápidamente de la silla.

P: dale que tú te moriste y que a mí me buscaba la policía porque yo fui un mal doctor.

Yo me hago la muerta y él reacciona bruscamente, se sale del consultorio, regresa y yo sigo muerta y empieza a hacer ademanes de golpes. Luego se monta sobre mí y me soba el cabello.

P: noo! ahora juguemos a la comidita.

Se sienta en la silla y ahora ya no habla, sólo llora y balbucea

T: ¿qué le pasa a este niño?

Sigue llorando y balbuceando con la cabeza sobre la mesa.

T: ¿será que tiene hambre?

P: sí mamá dame tete de leche (exclama haciendo pucheros).

Procedo a darle alimento y él pide mucho tete con leche.

P: ahora vayamos a la playa (pide con voz de bebé)

T: bueno hijo, vayamos.

El niño empaca toda la comida en la caja de madera y hacemos ademanes de ir en carro y llegar a la playa.

T: ya llegamos hijo.

Se pone a llorar nuevamente y yo lo alimento, de esta manera, calma su llanto.

T: ya es hora de recoger.

Empezamos a recoger y él se quiere llevar el tetero a su casa, le indico que no e insiste, teniendo que volver a decirle que no se puede. Pide dejar el dominó en la bolsa del doctor. Me abraza muy fuerte montándose en la silla y se baja corriendo a apagar la luz, salgo a encontrarlo, se ríe y me pregunta cuándo regresa, yo le cuento los días y se va tranquilo.

Sesión # 16 de psicoterapia

El niño llega en compañía de su madre algunos minutos antes. Al salir a buscarlo encuentro que ella lo tiene en sus brazos mientras que él cuenta los dedos de un cuadro de manos pintadas que está en el centro. Al saludarlos, pregunto a la madre cómo está y ella responde “aquí intentando controlarlo con amor”. Baja al niño de sus brazos y le digo que ya podemos entrar. El niño de inmediato corre hacia el cubículo. Él entra antes que yo y se esconde detrás de la puerta. Lo encuentro y ríe con gran emoción. Empieza a caminar sobre el sofá y la mesa, yo lo miro y le digo “acuérdate que debemos cuidar este lugar” dándole la mano para bajar.

D: oye ¿qué jugaremos hoy?

T: ¿a qué quieres jugar?

D: con éste rojo (señala el rummy q)

Bajo el juego y saca todas las fichas cuidadosamente

D: voy a contar hasta 100, pero si hay más fichas de 100, no cuento más. Pásame las fichas, me ordena.

Voy pasando las fichas y en el número 10, paso una que tiene una cara de apariencia enojada, él me la regresa y le paso otra ficha. En el número 12 vuelvo a pasar la cara enojada.

D: nooo, ésta no porque esa le quita una vida a las otras.

T: así es como te sientes tú cuando mamá se enoja contigo.

Toma todas las fichas que tenía en su mano y las tira. Se levanta de la silla, coge las herramientas y dice “juguemos a construir”. Me pide que le ponga el cinturón y pasan algunos minutos mientras él organiza minuciosa y cuidadosamente las herramientas dentro del cinturón. De pronto dice “oye te voy a construir una casa, con piscina y todo”. Usa los tornillos, el hacha, la regla, el martillo y me muestra la casa “listo, aquí está tu casa”

T: ¡wow! ¡Qué casa tan linda! ¡Gracias!

D: ahora es tu turno, hazme una casa, pero mira, tiene que ser como ésta, de 4 pisos, con piscina y todo lo que tiene una casa (señala la casa grande de juguete)

T: listo, voy a empezar a construir tu casa

Utilizo las mismas herramientas que él mientras él me observa y se ríe.

D: ven, yo te ayudo, yo te paso las cosas.

De esta manera construimos la casa entre los dos.

D: ¡ya está la casa! Dale,

Se dirige a mí y me dice: baja la casa grande y ponla aquí, pero yo no puedo ver.

Empiezo a bajar la casa grande de juguete mientras él se tapa los ojos y se ríe con expectativas. Al terminar de bajar la casa grande con todos los implementos, me pide que baje también la casa pequeña. Nos sentamos en el suelo y toma a los niños de la casa, quienes se caen del techo.

D: coge la muñeca grande, la hermanita y te asomas a ver qué pasó, me ordena.

T: ¡oh! Mis hermanos se están cayendo ¡auxilio!

D: pero ella no los puede ayudar porque ella no puede trepar.

T: ¿y quién los ayuda?

D: la mamá

Tomo a la mamá y digo ¡ay mis hijos se están cayendo!

D: cógelos.

Tomo a los niños con la muñeca que representa a la mamá y él vuelve a lanzar a los niños del techo. Esto se repite varias veces hasta que él se levanta, apaga la luz y se queda sentado al lado mío.

T: ¿qué pasó?

D: se está cayendo toda la casa.

Tira los objetos de la casa al piso uno por uno.

T: ¿quién está tirando esto?

D: es un villano

T: ¿quién es ese villano?

D: el bebé, y mira, mata a su mamá y a todo el mundo.

T: ¿y por qué murieron todos ellos?

D: porque él es muuuuy muy malo.

Me queda mirando y me dice “ahora pásame al papá”

T: no lo encuentro

D: voy a prender la luz.

Ambos buscamos al papá por todo el consultorio y no hay figura de papá en este cubículo.

D: bueno, el papá está muerto entonces, él iba a ayudar pero está muerto. Mira, los perritos sí son buenos (toma en sus manos los cachorros) pero también se caen del techo.

T: nadie los ayuda, se sienten muy mal porque su mamá no los ayuda.

D: ay no, ya me quiero ir.

T: todavía nos queda tiempo.

D: no importa.

Sale del consultorio y a los segundos entra nuevamente, me agarra fuerte y me muerde.

T: Estás haciendo esto porque tienes rabia porque tu mamá tampoco te ha ayudado a ti.

Me mira sorprendido durante varios segundos.

D: bueno entonces vamos a guardar.

El niño empieza a darme órdenes y yo las cumplo: Pon todos los muertos en la parte de arriba de la casa. Ahora cierra la casa. Cuando yo venga quiero que esté esta casa así. Ahora súbela. Ponla allá. Ponla del lado de la puerta. Sube la pequeña también.

El niño mientras me va dando las instrucciones, va guardando las herramientas y luego canta “aserrín, aserrán, los maderos de San Juan. Piden pan, no les dan. Piden queso, les dan hueso” y luego repite “aserrín, aserrán, los maderos de San Juan. Piden pan, no les dan. Piden queso, chupa chupa chupa”

T: me agacho para estar a su altura y le digo “me parece que esa canción cuenta algo de lo que te pasó”

D: ¿de qué hablas?

T: de algunos juegos que no son de niños que te puso a hacer tu tío.

D: ya cállateee!

T: entiendo que esto te moleste y te haga poner triste tanto para mandarme a callar

D: te dije que te calles loca, ya me voy, chao

Sale corriendo del consultorio y afuera me da un abrazo muy fuerte, cargado de rabia, el cual es contenido, luego me pide agua, me pregunta cuándo nos veremos de nuevo y se despide.

Sesión # 25 de psicoterapia

Antes de entrar, observo que, al bajarse del carro, la madre del niño lo regaña insistentemente y él sale corriendo hacia la puerta del centro donde se realiza la atención. Al entrar, me ve y me abraza. Lo saludo y él me enseña una careta de león que lleva puesta. No espera mayor comentario y sale corriendo directo al consultorio. Cuando entra, pide jugar a un juego de memoria

con imágenes del programa de lazy twon. Empezamos a jugar y él rompe las reglas con frecuencia. Su apariencia es enojada, acompañada de gran inquietud motora. Luego pide jugar a “adivina quién mix”. Forma una cara con el nombre de “vampiro chupa sangre apestoso”. Se queda mirando fijamente la cara durante varios segundos.

T: veo que esto te llama la atención.

P: mjuu.

T: ¿crees que de pronto te recuerde algo?

P: sí.

T: ¿qué te recuerda?

P: a alguien de mi familia que murió.

T: ¿y quién era?

P: ¡tú siempre preguntando de todo! (exclama alzando la voz y manoteando)

T: veo que te molesta que te pregunte.

P: ¿no me vas a dejar jugar en paz?, ya mejor juguemos a otra cosa.

Rápidamente toma el ajedrez y lo tira sobre la mesa. Saca el tablero y me da las fichas negras.

P: ya tú sabes que esto se juega como una guerra, así que no me vayas a preguntar nada.

Empezamos a jugar a que él mata mis fichas de manera abrupta y las lanza al suelo una y otra vez y de manera muy ágil. Todas mis fichas mueren y al más mínimo movimiento de mis fichas, él reacciona y las elimina a todas.

T: ¿parece que mis contrincantes están muy enojados!

P: ¡están furiosos!

T: así como tú, que trajiste puesta la careta del león feroz.

Me mira con hostilidad y sigue matando mis fichas.

T: me pregunto si estás así por lo que pasó afuera con mamá.

P: ayyyyyyy, no me molestes más.

T: te pones más furioso cuando pregunto por tu mamá.

P: síii (grita con rabia) voy a romper esto (hace ademanes de romper el tablero de ajedrez)

T: parece que estás haciendo cosas buscando que te regañe como tu mamá.

P: oyeeee oyeee, pero yo rompí una mesa pero sin culpa (refiriéndose a un juguete en forma de mesa que partió en sesiones anteriores)

T: pero parece que ahora sí querías hacerlo a propósito.

P: sí. Bueno, mejor juguemos bingo.

La sesión continúa jugando bingo y él siguiendo las reglas del juego. Al indicarle que ya debíamos recoger, accede sin mayor resistencia y me mira fijamente.

P: bueno, ya me voy a quitar esto (se lleva las manos a la cabeza y se quita la máscara).
Chao.

Lo acompaño a salir y me pide que le dé agua del dispensador que está en la sala de espera. Le doy en un vaso y me lo regresa indicando que va en la caneca. Llevo el vaso a la caneca y él me abraza despidiéndose de mí.

Sesión # 33 de psicoterapia

Llega 15 minutos tarde, antes de ingresar, lo observo que viene caminando junto con su mamá tranquilamente. Al verme, me señala un raspón que tiene en la nariz y le pregunto qué le pasó, me responde su mamá que se lastimó por estar saltando, él vuelve a mostrarlo y yo le pregunto si le duele, él me dice que sí, me abraza y sale corriendo al consultorio. Al entrar, toma los muñecos de paw patrol y me propone hacer una carrera, la hacemos y él siempre gana. Me otorga a mí los personajes femeninos y los que tienen menos poderes para él poder ganar. El juego se repite varias veces y luego inspecciona todo el consultorio viendo qué juguetes tomar. Entonces agarra una caja registradora, la pone con gran efusividad sobre la mesa y me dice:

P: mira, juguemos a esto, dale que tú vienes a comprar.

T: ¿y qué compro?

P: vas a comprar cosas para hacer comida.

T: buenas tardes, vengo a comprar los ingredientes de mi comida.

P: ¿qué quiere llevar?

T: ¿qué me recomienda usted?

P: bueno, lleve arroz, tajadas, carne, pollo, sal y azúcar.

T: bueno, deme arroz, tajadas, carne, pollo, sal y azúcar.

P: bueno, tome esto (hace ademanes de entregarme una bolsa)

T: recibo la bolsa imaginaria y le pregunto cuánto debo pagar.

P: me debe 8.878

T: hago ademanes de entregar el dinero y doy las gracias.

P: espérate, ¡no te alcanza!

T: anda, ¡ahora no me alcanza el dinero!

P: dale que yo te presté y lo compraste, de nuevo viniste a comprar cosas para tu bebecito.

T: buenas, vengo a comprar cosas para mi bebé.

P: ¿qué va a comprar?

T: ¿qué me recomienda usted?

P: bueno, lleve todo esto (señala todos los juguetes)

T: señor, deme todo eso que tiene ahí.

Nuevamente me entrega la bolsa imaginaria y al momento de pagar me informa que no me alcanza el dinero.

T: ¡qué lástima! Parece que nunca me alcanza el dinero y no puedo comprar todo lo que mi hijo necesita.

P: dale que yo te presté pero tú te pusiste a hablar por teléfono y por eso te robaron.

En este momento me indica cómo él me presta el dinero y cómo atiendo la llamada telefónica de un hombre mientras me roban lo que me acaban de prestar.

T: ¡oh no! Cuando por fin tengo el dinero para comprar cosas a mi hijo, me lo roban.

P: por tontaaa!

T: quiero ayudar a mi hijo pero un hombre me desconcentró con la llamada.

P: por tonta, ya te dije.

T: me parece que es lo que pasa con tu mamá, que intenta darte lo que necesitas y tú a veces sientes que te roban su atención.

P: sí, pero por tonta.

T: sientes rabia con ella porque no te da todo lo que esperas

El niño me mira fijamente con un gesto triste, entonces me pregunta cuánto tiempo falta para irse, le digo los minutos que faltan y me dice que ya es hora de recoger, al terminar de recoger, sonrío diciéndome “lo dejé todo muy organizado para ti”, me abraza y se va.

Marco conceptual de referencia

Para comprender la mente infantil y lo que en ella acontece al momento de experimentar eventos traumáticos, es necesario hacer mención de la génesis de la misma, para la cual, se empezará hablando desde el momento mismo del embarazo y los procesos que se viven de forma intrauterina.

El embarazo

Para empezar la contextualización de este momento, es prudente mencionar que, antes de que exista el bebé, la madre aparece en la fantasía, incluso antes de la posibilidad de reproducción y/o la intención de esta. De esta forma, se da paso y acogida física a un nuevo ser que antes existía solo en el terreno psíquico (Torres, 2006).

Es así como a partir del deseo materno se pasa a la concepción de un nuevo ser. Sin embargo, en algunas ocasiones, la creación de este objeto de forma psíquica, no ocurre “y esto puede tener muchas lecturas: un embarazo no deseado; un deseo de embarazo que se confunde y se convierte en maternidad no deseada; o una sobreimposición del medio” (Torres, 2006, P. 211). Tales circunstancias se traducen entonces en situaciones difíciles de afrontar por la madre, quien, de por sí, ya se encuentra en un estado psicológico crítico caracterizado por “distensión de las defensas y modificación en la organización del concepto del sí mismo” (Torres, 2006, p. 204). Durante este periodo, “la gestante siendo una con su bebé, revive sus propias experiencias como feto, a la vez que se identifica con su propia madre para cumplir con su nuevo rol (Joan Raphael-Leff, 1995 citado en Torres, 2006, p. 204).

De esta forma, puede notarse como el embarazo es un estado donde la vivencia de engendrar un nuevo ser, trae consigo la rememoración de vivencias infantiles que movilizan la

formación de defensas, lo cual, es al tiempo, un estado de vulnerabilidad para la gestante y el bebé (Torres, 2006, p. 204).

Por otro lado, la experiencia del bebé dentro del útero, es el inicio de su vida intrapsíquica, en donde, a partir del deseo de concepción, o la ausencia de éste, se generarán las primeras condiciones para el surgimiento de la pulsión de vida y pulsión de muerte. La pulsión de vida solo cumplirá su papel de ser fuerza vital para el ser humano, si el ambiente es favorecedor; ocurriendo algo similar con la pulsión de muerte, que tomará mayor fuerza en tanto el ambiente deje de alimentar lo vital (Herzog & Pacheco , 2015). Frente a esto, Ferenczi (1932) alude que “el niño recién nacido usa toda su libido para su propio crecimiento, y es necesario ofrecerle más libido para que pueda crecer con normalidad” (Ferenczi, 1932, p. 236 citado en Herzog & Pacheco , 2015, p. 9), Afirmación tal que permite asemejar las condiciones intrauterinas del bebé, quien, para su crecimiento y desarrollo, también habrá de hacer uso de su libido, por lo cual necesitará más de parte del medio.

En este sentido, los niños que no cuentan con el favorecimiento de la función de vida, sino que, por el contrario, son indeseados o mal recibidos, captan las señales del rechazo de forma consciente o inconsciente, teniendo grandes consecuencias en su voluntad de vivir. Estas consecuencias, pueden llevar a bebé a padecer de múltiples enfermedades y en algunos casos, hasta la muerte misma. Los que sobreviven, en ocasiones tienden a tener una visión oscura de la vida (Assunção & Coelho, 2012).

Todo lo anteriormente descrito, deja por sentado entonces que no solo el embarazo es un periodo crítico para la gestante, sino que, en este el bebé también se encuentra en un estado de vulnerabilidad en el que requiere del medio para subsistir y desarrollarse. Es entonces el embarazo, un tiempo sumamente importante para el bebé, tanto que, posterior al nacimiento, se ha buscado perpetuar la sensación de vida intrauterina con algunos símbolos que le hombre ha creado. Al

respecto, cabe mencionar que Bonomi (2004) citando a Rank (1924) alude que la creación de chozas y casas ha sido el sustituto del vientre materno perdido, constituyéndose así en un símbolo que permite la adaptación a la realidad siguiendo los deseos inconscientes.

Los inicios de la vida intrapsíquica

Ya habiendo expuesto de forma breve, la importancia del embarazo en el bebé y la madre, es importante conocer cómo es el inicio de la vida intrapsíquica del recién nacido. Para esto, se hace necesario mencionar que

En los comienzos de la vida psíquica, el vínculo es directo, cantidad pura, difícilmente transformable en calidad sin objetos o representaciones para mediatizarlo. El niño experimenta una experiencia inicial que lo excita, lo libidiniza, lo histeriza y lo incita a desarrollar una actividad psíquica creadora (Konichekis, 2011, p. 142).

Es así como en sus inicios, el bebé posee un Yo rudimentario que experimenta fantasías inconscientes como respuestas a cada impulso instintivo. De esta manera, se establecen relaciones con los objetos en la fantasía, lo que permitiría concebir dichas fantasías, como una función yoica (Klein, 1987). Estas empezarán a constituirse en la posición esquizoparanoide, la cual constituye el primer momento de vida hasta aproximadamente los seis meses. Durante este periodo, el Yo va a establecer una relación doble con el objeto pecho, el cual se va a escindir por un lado en pecho “bueno” que satisface las fantasías de ser amado gratificado y alimentado. Por otra parte, se formará la fantasía de un “pecho malo” que responde a la fantasía de dolor e insatisfacción (Klein, 1987). La escisión cumpliría entonces la función de organización de las experiencias internas y externas (Klein, 1987). Sin embargo, Los mecanismos de defensa no cumplen únicamente el papel

defensivo que requiere el yo, sino que, en sus inicios, permiten a este yo rudimentario adquirir mayor organización, integración y estructura (Klein, 1987).

En la posición esquizoparanoide, la ansiedad predominante es ser aniquilado por los objetos persecutorios. Posteriormente, gracias al uso de los mecanismos de defensa, se dará paso a la posición depresiva, en donde existe la ansiedad de dañar al objeto de amor con los propios impulsos destructivos. En este momento, ya existe un objeto total y la noción de que de este se depende, por lo cual, se intensifica, a su vez, el deseo de conservarlo y protegerlo de tales impulsos destructivos (Klein, 1990). El hecho de que el yo experimente mayores situaciones buenas que malas, facilita el paso a la posición depresiva, existiendo, además una prevalencia de los objetos buenos sobre los persecutorios (Klein, 1990).

La culpa experimentada en la posición depresiva a raíz de las fantasías de destrucción al objeto, conllevan a la búsqueda de la reparación de dicho objeto que fue dañado de forma fantaseada. De esta forma se logra la recuperación del objeto tanto interna como externamente. Tales actitudes reparatorias, alivian la ansiedad experimentada en esta posición, lo cual favorece la integración yoica (Klein, 1990). Dicho de otra manera, “El niño descarga tensiones instintivas que son satisfactorias porque son su medio de expresión, pero al mirar atrás querrá reparar” (Torres, 2006, p. 210). En este punto cabe anotar que

Hay un estado clínico en el cual el niño está, por así decirlo en la mitad de camino entre ser capaz y ser incapaz de ingeniárselas para desembarazarse de los objetos malos mediante la excreción, con un excesivo temor del elemento persecutorio presente en las heces como para completar el proceso. Normalmente presenta como síntoma la constipación, en la cual el perseguidor está representado por las heces (que se endurecen al deshidratarse mientras

permanecen en el recto). En la época en que se expuso por primera vez esta teoría 7 no se sabía que el perseguidor empezaba a perseguir cuando estaba en la panza, y en rigor extraía su carácter persecutorio del impulso sádico oral (Winnicott, 1993, p. 121).

Siguiendo con este autor, en sus postulados se plantea que, en los comienzos de la vida, el niño se encuentra en estado de dependencia absoluta. Sin embargo, esta dependencia es desconocida por el bebé, reinando entonces la omnipotencia y el narcicismo primario. De manera gradual, se pasará a una dependencia relativa en donde habrá una separación entre él y el ambiente. Tal hecho, lo hace notar que lo que necesita para su supervivencia proviene del exterior (Winnicott, 1993 citado en Torres, 2006).

Las condiciones de dependencia, implican al tiempo, cierto grado de frustración en tanto que, no siempre que se requiera ser satisfecho, se conseguirá una atención inmediata. Estos elementos ambientales no solo ayudan a la diferenciación del yo- no yo, sino que promueven el avance de funciones cognitivas; lo que podría expresarse como “El nacimiento del pensamiento aparece relacionado con el intento de modificar la frustración” (Ducach, 2019, P.3).

La importancia del ambiente

Ya se ha mencionado como las experiencias vividas en los primeros momentos, permiten ir desarrollando una estructura yoica, que, no se puede desligar del ambiente y de las funciones que este cumple para su desarrollo. Por lo cual es pertinente abordar de manera más profunda el papel que ejerce el medio en la constitución del niño y más específicamente, el rol indispensable de la madre en la formación psíquica del bebé. Al respecto puede mencionarse que

El desarrollo emocional es una constante, atravesada por los sucesivos momentos del desarrollo, que inician con una inmadurez estructural, en la que son vitales los cuidados y atenciones del ambiente. Los cuidados físicos y afectivos requeridos proveen recursos psíquicos y madurativos para superar la frustración ocurrida en cada uno de estos (Bustos & Russo, 2018, p. 155).

Es así como el papel del ambiente proveedor de cuidados, no solamente favorece el desarrollo físico sino también emocional, factor que, en gran medida, será predictor de la salud mental. En este sentido cabe mencionar que

La salud mental del individuo aparece en Winnicott (2006) directamente asociada al inicial cuidado materno. Es a través de su identificación con el infante que la madre sabe cómo se siente la criatura y podrá proporcionarle lo que necesita en el modo de sostén (Almagro, 2017, p. 4).

Lo que podría ser traducido en que “La salud mental del individuo, es decir, el hecho de que esté libre de psicosis o propensión a ella (esquizofrenia), se apoya en este cuidado materno” (Winnicott, 1981, p. 56). Estos cuidados deben ser proporcionados de forma suficiente por parte de la madre, por lo cual “La *madre suficientemente buena* para Winnicott vendría a ser aquella que se adapta a las necesidades de su hijo, de manera adecuada al momento madurativo” (Torres, 2006, p. 206). Es entonces como el papel de la madre toma especial importancia en la vida de un niño, siendo casi irremplazable por otras personas en el ambiente. Tal consideración es concebida por Winnicott, quien manifiesta que

Sólo una persona que actúa naturalmente puede ofrecer una técnica simple y continua; y no es probable que nadie, salvo la madre pueda suministrarla, con excepción del caso de una madre adoptiva adecuada que se hubiera hecho cargo de la criatura desde los inicios mismos. Pero la madre adoptiva suele carecer de la inclinación a la maternidad propia de una madre real, o de ese estado especial para el cual se precisa todo un período preparatorio de nueve meses (Winnicott,1993, p. 161).

Este autor, pone especial énfasis en la labor que cumple la madre para la formación de su hijo, manifestando que, un bebé al enfrentarse al cuidado de múltiples personas, o incluso solo dos, “comienza la vida de manera mucho más compleja, debe dar por sentado todo un trasfondo de cosas, mucho menos seguras, cuando aparecen los deseos como complicaciones desde adentro” (Winnicott,1993, p. 160). De esta forma, la madre tiene un papel irremplazable y excepcional. Estas cualidades que únicamente posee la madre, se dan gracias a la “posibilidad de desarrollar una preocupación materna primaria y de identificarse con su bebé” (Assunção & Coelho, 2012, p. 7). Es así como

La madre “padece de un replegamiento”, centra su existencia en su hijo recién nacido. Este es el vínculo que Winnicott llamó de *identificación primaria* o *identidad*. Este vínculo le permite captar, en forma directa, todo lo que sucede dentro de su hijo para poder satisfacer sus necesidades yoicas y pulsionales (Torres, 2006, p. 205).

Sin embargo, esta función maternal “debe conducir a un fracaso adaptativo graduado a partir de la capacidad de la madre de sentir la capacidad del bebé de emplear nuevos mecanismos mentales” (Assunção & Coelho, 2012, p. 7). En este sentido, es la madre “quien concede la ilusión de la experiencia de omnipotencia al bebé, pero también la desilusión, a un ritmo soportado. Este

proceso constituye la base para la capacidad de ambivalencia del niño “(Assunção & Coelho, 2012, p. 7).

Por su parte, Bion (1962) también concibe el papel materno como indispensable, haciendo alusión a esa capacidad particular que tienen las madres en el cuidado de sus hijos. Este alude que, al inicio de la vida, el bebé se encuentra en un estado de confusión en donde no existe aún la función del pensamiento. Es entonces cuando la madre, a través del *rêverie* (estado de ensoñación) puede cumplir una función continente en donde presta su capacidad de pensar a su hijo, tomando dichas sensaciones puras y transformándolas en lo que luego será el pensamiento y los sueños (Ducach, 2019). “Esta transformación se produce gracias a la función alfa de la madre, que es una función de su capacidad de *rêverie* o de ensoñación, que lleva a cabo la “función des-saturadora” de los elementos beta” (Bodner, 2019, p. 2).

Tales afirmaciones ponen de manifiesto una vez más la importancia de la madre en el cuidado del recién nacido, confirmándose el hecho de que “El niño recién nacido usa toda su libido para su propio crecimiento, y es necesario ofrecerle más libido para que pueda crecer con normalidad. (...) Los bebés no aman, ellos necesitan ser amados” (Ferenczi, 1932, p. 236 citado en Herzog & Pacheco, 2015, p. 9). Es precisamente por esto, que se hace necesario recordar que

El niño está sumergido de entrada en un universo de adultos, un universo extraño, ajeno, dentro del cual transcurre en asimetría su constitución subjetiva. El sometimiento a la irrupción de objetos, gestos, comportamientos, comunicaciones, prescripciones y prohibiciones del mundo adulto, va inscribiendo en el psiquismo infantil en estructuración, representaciones y afectos, en definitiva, objetos internos fuente de las pulsiones, de deseos e innumerables comportamientos a lo largo de la vida (Almagro, 2017, p. 2).

Lo cual resalta nuevamente la vulnerabilidad del recién nacido en medio del mundo circundante, quien se encuentra a expensas de ser libidinizado, satisfecho, cuidado y amado por los objetos, en especial, por su madre. Dependerá entonces de las experiencias buenas o malas que pueda vivir en este periodo para ir dando forma y estructura a su personalidad. Es entonces como este periodo de vida

Provee al individuo de lo indispensable para su desarrollo en etapas posteriores de la vida, y en particular es el cimiento de la personalidad. Y esto es así, por la ocurrencia de vínculos afectivos, que atienden las necesidades y demandas físicas y afectivas de los niños/as (Bustos & Russo, 2018, p. 155).

Las fallas en el ambiente

Ya se ha expuesto la importancia que el ambiente cumple en el desarrollo emocional de un niño, por lo cual se hace necesario el abordaje de las posibilidades que existen al presentarse fallas en el mismo. A manera de contextualización, es importante tener presente que “Una falla en el ambiente, como el abuso, el maltrato, el abandono o el desplazamiento, imposibilitan el desarrollo emocional en tanto conjunto, es decir, a lo biopsicosocial” (Bustos & Russo, 2018, p. 157).

Esta afirmación deja por sentado que las fallas en el ambiente inciden de manera catastrófica en la constitución infantil, por lo que puede decirse que “Las interferencias en el desarrollo, al no hacer parte de los procesos madurativo constitucionales no proveen los recursos necesarios para su madurez, por el contrario, la limitan” (Bustos & Russo, 2018, p. 158). Tales limitaciones podrán variar dependiendo de las circunstancias ambientales, considerando que “Cuanto más angustiante o ausente se muestra o se percibe el ambiente mayores esfuerzos

psicoafectivos son requeridos para compensar el desarrollo psicoafectivo” (Bustos & Russo, 2018, p. 169).

En este sentido, teniendo en cuenta que lo requerido por un niño, debe ser suministrado por el ambiente, entra en juego el papel de los adultos, quienes son, gracias a sus condiciones psíquicas, los llamados al cuidado de la infancia. Sin embargo, “Cuando los adultos son incapaces de adaptarse a las necesidades del niño causan un daño, cuya sombra puede proyectarse sobre el resto de la vida del sujeto” (Assunção & Coelho, 2012, p. 6).

Es entonces cuando, al hablar del papel de las personas mayores en el desarrollo infantil, se hace necesaria la mención de las fallas de la madre en este periodo de la vida. De esta manera, al presentarse una falla “En la fase de dependencia relativa, la pérdida o ausencia prolongada de la madre anula el proceso de integración y la vida instintiva queda inhibida o disociada de la relación entre el niño y el cuidado ambiental” (Guillen, 2006, p. 5). Lo cual se traduciría entonces, en dificultades de integración yoica.

Asimismo, haciendo alusión a estos inicios de la vida del bebé, y conociendo su especial dependencia, es importante mencionar que

La ausencia de receptividad materna y su falta de apertura a proporcionar amor pasivo al niño adquirirá una dimensión traumática, ya que dicha ausencia es internalizada por el niño como una falta de confianza en sus propias percepciones, creando así una aproximación dividida a sus propias funciones yoicas (Sosnik, 2006, p. 105-106).

De igual forma, conociendo la importancia del desarrollo de la confianza para el psiquismo infantil, es pertinente comentar que “Si las figuras primordiales no se experimentan seguras, y el

ambiente incide en esta experiencia “(...) posiblemente se instauran en el niño/a, comportamientos que le impiden establecer relaciones caracterizadas por la confianza y la proximidad en el vínculo.”(Londoño, 2010, p. 280 citado en Bustos & Russo, 2018, p. 157).

Es entonces como el bebé entonces no contará con la posibilidad de desarrollar la confianza en requerida para la vida y en algunos casos, “La falla precoz y persistente de la madre, si esta le impone la alteralidad y no permite que el bebé la descubra, obliga al infante a adaptarse al medio y a convertirse en madre de sí mismo para sobrevivir” (Torres, 2006, p. 206). Esto trae consigo el paulatino olvido de las propias necesidades debido a la imposición de las necesidades de la madre, quien falla en el reconocimiento y contención de los estados del bebé. Es por esto que

Si la madre no es capaz de complementar la omnipotencia de su bebé y falla en satisfacer el gesto del lactante al reemplazarlo por su propio gesto, que debe ser validado por la sumisión del lactante, se da inicio a la construcción del falso self (Winnicott 1960/1983 Assunção & Coelho, 2012, p. 9).

De esta forma, puede comprenderse, cómo el papel de la madre puede ser estructurante o desestructurante para la vida de su hijo, reconociendo que “La patología es siempre el resultado de una falla de cuidados maternos: separación y abandono en las familias rotas, inestabilidad, hostilidad, abusos y comunicaciones ansiógenas (amenazas) en la familia intacta” (Guillen, 2006, p. 5). Lo cual deja explícita la necesidad de buenos cuidados que deben ser proporcionados por la madre en tanto se procure que el menor presente un sano desarrollo emocional.

El abuso sexual

Como se mencionó con antelación, el abuso sexual puede constituirse una falla en el ambiente y como tal, puede acarrear un sinnúmero de dificultades para el niño víctima del mismo. En este sentido, es de suma importancia abarcar tal temática a fines de conocer las consecuencias en el abuso sexual infantil.

Inicialmente, es necesario exponer que el ciclo del abuso sexual, consiste en el encuentro de un adulto y un niño en donde este último tiene fantasías lúdicas con el adulto, siempre con un tinte de ternura. Por otro lado, el adulto bajo algunas condiciones psicopatológicas o por la perturbación del uso de sustancias tóxicas, crea una confusión del juego del niño e interpreta éste con intenciones eróticas de una persona sexualmente madura (Ferenczi, 1984). De esta forma, puede decirse entonces que “el abuso sexual resulta de una confusión de lengua entre el niño y el adulto. El lenguaje del niño es la ternura y el del adulto es la pasión, al ser interpretada por el adulto abusador, se crea la confusión” (Ferenczi, 1984)

Haciendo alusión a la falta que existe en el ambiente en el momento de un abuso sexual, es preciso subrayar que “al confundir la ternura del niño con el erotismo genital, el adulto fracasa como soporte mediador entre el niño y su mundo, traicionando su confianza” (Herzog & Pacheco, 2015, p. 10). Tal evento entonces se constituye en un trauma desestructurante para el niño a partir de la falla en la mediación entre lenguaje tierno y el sexual (Herzog & Pacheco, 2015).

Es así como el niño no solamente sufre la interacción sexual abusiva, sino que, bajo la autoridad del adulto, el niño queda en estado de indefensión total que, acompañadas de la imposición y/o amenaza de silencio, deja al niño en la posición de responsabilidad del silencio, que a la larga, se convierte también en un silencio en forma de olvido y represión (Ferenczi, 1984).

La condición física, mental y moral de los niños, los deja en estado de vulnerabilidad, condición que, luego de recibir la autoridad aplastante de los adultos, puede llegar a favorecer incluso a la pérdida de la conciencia. Todo esto producto del pánico experimentado en tal lugar infantil frente a circunstancias de abuso (Ferenczi, 1984).

De esta forma, el psiquismo infantil también se ve inundado por el miedo originado en tal hecho; lo que a su vez conlleva al niño a someterse a la voluntad del abusador, y con esto, dar paso a la identificación con el mismo. Como resultado, el niño se ve obligado a adivinar el deseo del adulto agresor y olvidarse por completo de sí mismo para obedecer a éste (Ferenczi, 1984).

La identificación con el agresor

La consecuencia de que el niño se identifique con el agresor, se traduce en la culpabilidad que este llega a padecer, sintiendo entonces, que gracias al juego que propiciaba, ahora es merecedor de castigo (Ferenczi, 1984). Tal proceso de identificación defensiva, a su vez conduce a una desrealización en la cual el abusador ya no se encuentra externamente, sino que se convierte en un aspecto propio que permite la continuación inmodificable del vínculo tierno antes establecido. De esta forma, el niño vivencia el abuso desde el paso de la resistencia inicial al miedo, luego al sometimiento y su consecuente identificación con el agresor, la cual trae consigo, la desrealización a fin de prevalecer la ternura (Ferenczi, 1984).

Por otra parte, la identificación con el agresor, no solamente es la vía para que el niño se sienta culpable del abuso recibido, sino que, también hace posible que el niño asume la maldad del agresor, reorganizando los hechos en su mente para protegerse (Ferenczi, 1984).

La identificación con el agresor y su consecuente prevalencia del vínculo tierno, trae como resultado la alteración psíquica del niño debido a la confusión originaria de ser culpable e inocente a la vez (Ferenczi, 1984).

En este sentido, la identificación con el agresor es una vía preferible debido a que, experimentando la culpa y la maldad, se adquiere cierto sentimiento de control y grandiosidad antes de hacer frente al sometimiento y agresión. Es así como el identificarse con el agresor, constituye una respuesta defensiva (Ferenczi, 1984).

Existen algunos casos en los cuales, pese a no haber sido víctimas de abusos, se experimenta la identificación con el agresor. Estos casos se dan casi siempre bajo el padecimiento de abandono emocional, aislamiento e incluso el sometimiento a un poder superior dominante (Ferenczi, 1984).

Al respecto, puede decirse que, en ocasiones, el abandono emocional puede ser de hecho, peor trauma que el abuso, llevando, de igual manera, a la identificación con el agresor (Frankel, 2002). Esto puede sugerir que las manzanas de abandono emocional por parte de los cuidadores, puede provocar, asimismo, una identificación con el agresor (Frankel, 2002).

Sin embargo, la identificación no siempre resulta ser catastróficas. Esta también puede darse en entornos en donde existe alguien de quien se depende y que ejerce autoridad. En casos en los que el niño logra identificarse con una autoridad benigna, se consiguen a su vez algunos beneficios para la integración en la cultura y el progreso (Frankel, 2002)

El trauma

Se ha expuesto con anterioridad la importancia del ambiente en el desarrollo infantil, mencionando las consecuencias de las fallas en este y plasmando también los resultados que pueden haber a raíz de un abuso sexual. Todos estos factores, se traducen en traumas para el niño, por lo cual, se abordará tal temática a continuación.

Haciendo alusión a la descripción de este término, puede decirse que “el trauma es aquello que rompe la idealización de un objeto por el odio del individuo, reactivo al fracaso de este objeto en desempeñar su función” (Winnicott, 1965/1994, p 113 citado en Assunção & Coelho, 2012, p.7). Esta definición pone de manifiesto el carácter variable que puede tener un trauma, en tanto sea generado por distintos objetos.

Por otro lado, Bonomi (2004) citando a Ferenczi (1932) hace alusión a que “lo que caracteriza al trauma es la imposibilidad de adaptarse a la nueva situación: ella va más allá de nuestras capacidades que nos vemos obligados a rendirnos” (p.6). es por esto, que, frente a la situación traumática se movilizan defensas que de cierta manera protejan del dolor, tales como la identificación con el agresor antes descrita.

Entrando en terrenos de trauma sexual, puedo mencionarse que es originaria de la falla en la función protectora del adulto, por el contrario, este “utiliza al niño para sus fines pasionales, no necesariamente en forma de abuso sexual explícito, sino de muy diversas maneras, que sólo tienen en común la característica de ignorar las auténticas necesidades del niño” (Daurella, 2006, p. 7). Es entonces cuando se hace uso de las defensas, encontrándose que

La fragmentación, la división, es resultado de la invasión de una fuerza externa impuesta sobre el frágil niño. Así, el trauma constituye: a) la ruptura de la secuencia mental debido

a la intolerancia a la intensidad del estímulo; b) el producto del exceso de estimulación, debido a su heterogeneidad y a la pasión y agresión sexuales por parte del adulto; y c) el resultado de la falta de calidad del objeto protector, la madre, que puede proveer la posibilidad de experimentar “amor pasivo” (Sosnik, 2006, p. 104).

Esta afirmación pone de manifiesto el papel de la madre en las situaciones de abuso sexual en donde pareciera existir también una falla en sus funciones de protección. Es así como “La compulsión a la repetición expresa el sufrimiento y la protesta de la víctima y su internalización de lo negativo del agresor. Sólo la intervención terapéutica puede romper el aislamiento y curar la división” (Sosnik, 2006, p. 104). Esto podría explicar lo que subyace a las repeticiones compulsivas de personas que experimentan múltiples traumas en pro de reprochar al ambiente lo que se le ha sido impuesto.

La agresión

Hasta el momento se han abordado algunas de las consecuencias de las fallas en el ambiente, bien sean propiciadas por las dificultades en el sostén materno u originadas en una situación sexual traumática. En este sentido, es pertinente abordar el concepto de agresión como una de las manifestaciones de la introyección del agresor.

Al respecto, puede mencionarse que, “al haber condiciones fallidas en el ambiente, puede generarse un trauma. El trauma ambiental genera una propensión a trastornos afectivos o a tendencias antisociales. Asimismo, se es susceptible de desarrollar un carácter desafiante acompañados de estallidos de violencia” (Winnicott, 1981, p. 78). Tal afirmación permite reconocer nuevamente los factores ambientales que pueden ser predictores para la hostilidad y la

rabia llegando al punto incluso de convertirse en comportamientos antisociales. En este sentido, es importante tener en cuenta que

La tendencia antisocial nace de la privación y representa el intento que hace el niño para remontar esta privación para llegar al estado de cosas existentes cuando todo iba bien (...) es posible que su tendencia antisocial se manifieste periódicamente por medio de trastornos de comportamiento. Estos trastornos van siempre asociados con la esperanza y consisten en robar o en actividades agresivas y destructivas. Son de índole compulsiva (Winnicott, 1981, p. 249).

Lo anterior entonces permite remontarse a las necesidades básicas del ser humano y su búsqueda constante de saciedad. Estas, al no ser suplidas en los estadios iniciales de vida, se hacen notorias ante la sociedad con comportamientos antisociales que buscan compulsivamente obtener eso que antes no se tuvo. Esto puede ser complementado con la premisa de “la destrucción presente en las fantasías son a la vez deseos de ser amado, por lo que a su juicio, en todo criminal hay también sentimientos de amor, reprimidos en el inconsciente como negación de la pérdida del objeto bueno” (Guillen, 2006 citando a Klein, 1927, p.12).

De esta forma, los actos antisociales o criminales, serían el resultado de una falla en la función primaria y el sostén que otorga cariño, contención, seguridad y que priva de suministros necesarios. Es así como la delincuencia, más allá de ser una búsqueda constante de castigo, es la petición y reclamo al ambiente de eso que antes falló (Abello & Liberman, 2011).

Por otro lado, para Winnicott no existe dualidad entre amor y agresión, siendo esta última, una manifestación primitiva de la primera. Dependiendo de la manera en cómo el ambiente reciba

esta manifestación primitiva, se desarrollará el cuidado por el otro y mermará la ambivalencia, por tal motivo, la agresión no es en sí el problema sino la represión de la misma (Abello & Liberman, 2011). Es de esta manera como la manifestación de la agresión también estará mediada por la forma en como esta antes se contuvo, dejando por sentado que, la represión o poca contención de la misma traerán consigo disfuncionalidades en las posteriores funciones que dependen de esta.

Complementando esta idea, Torres (2006) plantea que “Solo pueden expresar su agresividad aquellas personas que sientan confianza en su posibilidad de reparación. El objeto debe sobrevivir sin vengarse” (p. 210). Lo cual hace hincapié en la necesidad de que la madre pueda soportar las agresiones que presente su bebé para que este posteriormente pueda reparar. De esta forma, se daría el paso a la posición depresiva y su consecuente beneficio para la integración yoica.

Finalmente, se tiene que los ataques al vínculo se producen en la posición esquizoparanoide, en donde la relación se establece con la función que cumple el objeto, por ejemplo, el pecho es atacado por la relación que tiene con la alimentación. Los ataques se intensifican en tanto la madre no responda adecuadamente a las manifestaciones del bebé, es decir, no logre contener sus emociones (Altmann, 1987). A lo anterior se le podría añadir que la agresión no es producto de la función de muerte, sino que esta es una experiencia primitiva del amor que, siendo reprimida, trae grandes dificultades en la capacidad de amar (Abello & Liberman, 2011).

La cura mediante la psicoterapia

Todos los aspectos anteriormente descritos, refieren a un sujeto que, a partir de la vivencia de múltiples traumas con distintos orígenes, puede llegar a la formación de patologías que implican

disfuncionalidad. Es por esto que se entraría a los terrenos de la búsqueda de la cura, lo que traería consigo el concepto de la psicoterapia. Se procederá entonces al abordaje de la psicoterapia para conocer cómo dentro de esta se propicia el espacio para la cura.

Para iniciar la cura dentro del contexto psicoterapéutico, “el paciente necesita remontarse, mediante el trauma de la transferencia, hasta alcanzar el estado de cosas que prevalecía antes del trauma originario” (Winnicott, 1981, p. 254). Tal hecho, hace necesario que el terapeuta sepa soportar la transferencia del paciente, en este sentido se propone que

En la sesión analítica hay una constante actividad de rêverie de base, el analista metaboliza y transforma continuamente a través de la función alfa lo que le llega del paciente ya sea de forma verbal o preverbal y observa la imagen que surge en su imaginación (Ferro, 2008 citado en Ducach, 2019, p.6).

Es a partir de la regresión del paciente y el rêverie del terapeuta, que se pueden elaborar los aspectos irresueltos que generan síntoma en el paciente. Al respecto, puede mencionarse que

La regresión puede ser puesta al servicio del ego si es atendida por el analista y convertida en una nueva dependencia en cuyo marco el paciente hace que el factor externo malo se desplace a la zona de su propio control omnipotente, y a la zona gobernada por los mecanismos de proyección e introyección (Winnicott, 1981, p. 319).

En este sentido, el terapeuta “se ocupa en especial de los procesos de crecimiento del niño y de la eliminación de los obstáculos evidentes para el desarrollo” (Winnicott, 1971, p. 49). Si el analista (luego de haber pasado por un análisis personal profundo) es capaz de acompañar en la regresión a su paciente, permitirá la reactivación de elementos traumáticos y con esto, se

favorecerán procesos elaborativos que habían sido detenidos a consecuencia del trauma experimentado (Boschan, 2005). Al respecto Winnicott sugiere que

En la psicoterapia (cuando el bebé ya es un niño pequeño) el consultorio suele hacer las veces de su psique limitada, y así se da cabida al analista dentro del mundo interno del niño, donde se libra una enorme batalla entre diversas fuerzas, impera lo mágico y lo bueno está permanentemente amenazado por lo malo (Winnicott, 1993, p. 108).

De esta forma puede verse como diversos autores concuerdan con los aspectos regresivos que se propician en el contexto de la psicoterapia, por lo cual se hace necesario exponer que la regresión y consecuente dependencia ocurrida en el proceso terapéutico, obedece a la esperanza de obtener lo no suministrado. De esta forma, al encontrarse con un terapeuta que se muestre dispuesto a jugar y otorgar sostén, se puede generar una nueva oportunidad de desarrollo que conlleve paulatinamente a la independencia real (Abello & Liberman, 2011). Es el juego entonces una de las formas de expresión que se tienen en el contexto de psicoterapia. Esto es afirmado por Winnicott cuando alude que

La psicoterapia se realiza en la superposición de las dos zonas de juego, la del paciente y la del terapeuta. Si este último no sabe jugar, no está capacitado para la tarea. Si el que no sabe jugar es el paciente, hay que hacer algo para que pueda lograrlo, después de lo cual comienza la psicoterapia. El motivo de que el juego sea tan esencial consiste en que en él el paciente se muestra creador (Winnicott, 1971, p. 51|).

Siguiendo con este autor, se tiene que “el juego es por sí mismo una terapia. Conseguir que los chicos jueguen es ya una psicoterapia de aplicación inmediata y universal, e incluye el

establecimiento de una actitud social positiva respecto del juego” (Winnicott, 1971, p. 49). Es así como el juego podría concebirse como un contexto propicio para la asociación libre con los niños, a partir del cual “se les debe permitir que comuniquen una sucesión de ideas, pensamientos, impulsos, sensaciones, que no tienen relación entre sí, salvo en forma neurológica o fisiológica, y que quizá no es posible detectarlos” (Winnicott, 1971, p. 52).

Es en el momento cuando el niño proyecta su contenido inconsciente en el juego, donde se hace necesario que el analista haga uso de su función Alpha y de *rêverie*, debido a que “todo el trabajo analítico (...) se basa en las *rêveries* del analista, en su capacidad de acoger, metabolizar, transformar, hacer pensables las angustias, las ansias y las identificaciones proyectivas de los pacientes” (Ducach, 2019, p.4). Es decir, que el analista podrá reconocer y señalar la vinculación (o varias vinculaciones) entre los distintos componentes del material de libre asociación cuando existe una intención, o ansiedad, o falta de confianza basada en la necesidad de defensa (Winnicott, 1971, p. 52).

El papel del terapeuta, más allá de ser la figura portadora de saber, es una figura de conducción y gestión del proceso terapéutico. Tal figura tiene la posibilidad de tolerar los elementos que aquí se presenten con el propósito de favorecer la mejoría del paciente (Abello & Liberman, 2011). Frente a esto, se hace necesario recordar que “es esencial permitir a la criatura que deje surgir su agresividad” (Klein, 1956, p. 8), debido a que “el paciente se halla en estado de dependencia y que, dentro del marco del tratamiento, necesita apoyo del ego y dirección ambiental (sostenimiento)” (Winnicott, 1981, p. 254-255).

Asimismo, “actitud receptiva del analista hacia las proyecciones del paciente, la asimilación de sus ansiedades, la comprensión de su funcionamiento, sus propias asociaciones,

actitudes e interpretaciones, son esenciales en el proceso de transformación simbólica” (Bodner, 2019, p. 5). Este proceso de transformación estará orientado hacia restablecer el sentimiento de seguridad y confianza que se ha perdido a partir de la falla del adulto y el consecuente trauma (Sosnik, 2006, p. 117).

La función del analista con personas que han sufrido experiencias abusivas radica en escuchar lo que se ha callado y ver lo que ha sido desdibujado. Asimismo, debe tenerse cuidado al no revictimizar al paciente repitiendo el vínculo de autoridad y frialdad antes vivido con el abusador. Igualmente, es de suma importancia el hecho de favorecer el proceso de reversión de la introyección del agresor y recuperar la historia detenida en el momento del trauma sexual (Ferenczi, 1984).

Frente a la elaboración del trauma, Winnicott (1971) indica que “el juego es una forma de sublimar lo traumático y sexual cuando desborda, además de considerar su uso técnico-terapéutico” (citado en Anton, 2017, p. 103). En esta misma línea, Almargo (2017) citando a Freud (1920), hace alusión a que el juego consiste en la repetición de lo placentero y de lo traumático, existiendo la necesidad económica de elaboración de un suceso impresionante. Este no se reduce únicamente a lo ocurrido en la relación con el ambiente, sino que abarca los elementos provenientes del mundo intrapsíquico infantil.

Tales elementos de procedencia intrapsíquica, corresponden a las fantasías inconscientes que se producen en la mente infantil. Al respecto, Almargo (2017) citando a Klein (1921-1926) alude que la raíz del placer lúdico se encuentra en el “alivio por la expulsión de objetos persecutorios y peligrosos, que al proyectarse sobre los objetos del mundo externo le permiten al niño modular la ansiedad” (p.3). Todo esto ocurre debido a que “A través de la externalización de

fantasías inconscientes y su dramatización se ponen en juego complejos mecanismos de defensa contra la ansiedad” (Klein, 1921-1926 citada en Almargo, 2017, p. 3).

Finalmente, puede mencionarse que el juego no es solamente el escenario de repetición de lo traumático, sino también un espacio de co-creación en donde se da la presentación de nuevos elementos intersubjetivos a raíz de la presencia viva, empática y contenedora de la relación terapeuta-paciente, que a grandes rasgos, da paso a la creación (Abello & Liberman, 2011). Dicho espacio de creación es donde se encuentra la cura, encontrado en la elaboración lúdica dentro del escenario psicoterapéutico.

Análisis del caso

En este apartado, se abordará el análisis de la relación existente entre la vivencia de un abuso sexual traumático y las fallas en el sostén materno, resaltando cómo estas variables llegaron a constituir lo sintomático en el paciente aquí en mención. En este sentido, se iniciará la exposición del trauma que deriva de la relación con la madre y se procederá a presentar el trauma que advino a partir del abuso sexual, finalizando con el abordaje de la formación sintomática y el posterior tratamiento psicoterapéutico de corte psicodinámico.

Inicialmente, puede mencionarse que, desde antes de su nacimiento, ya había para este sujeto por venir, un Otro que no lo deseaba, lo cual, sumado a las situaciones conflictivas que se dieron entre sus padres y el abandono de la figura masculina en el proceso de embarazo de la madre, tejieron un terreno hostil para su llegada. Estos eventos pudieron, de entrada, traducirse en dificultades de vinculación con la madre y sentimientos de abandono por parte de ambos progenitores. Puede observarse entonces, que lo planteado por Ferenczi (1932) se sustenta en el caso en mención, teniendo en cuenta que el niño, tras no ser deseado por los padres, hizo uso de su pulsión de vida para su propio crecimiento, produciéndose además el incremento de la pulsión de muerte causante, en cierta medida, de la compulsión a la repetición del rechazo que se daba en transferencia, así como también de la expresión de la hostilidad que fue poco contenida y transformada por la madre.

El niño, en medio del vínculo difícil de con su madre, parecía esperar la entrada de un tercero que llegase a poner orden y estructura. No obstante, esta entrada no se produjo de la manera

necesaria para el reconocimiento de una figura parental masculina y el establecimiento de sus funciones.

Este aspecto fue proyectado en múltiples ocasiones dentro del juego en las sesiones de psicoterapia, dejando ver cómo, en medio de la dificultad vincular, se introducían figuras masculinas que aludían a la ley y que a su vez, organizaban a la mamá en sus funciones maternas indicándole qué debía hacer. Igualmente, esta necesidad de la entrada de un tercero, pudo evidenciarse en las últimas sesiones de psicoterapia, en las cuales el niño dentro del juego aceptaba tal entrada y daba paso a la proyección de los primeros vestigios edípicos, mostrándose entonces una disminución en las demandas orales y una rivalidad hacia la nueva figura que conformaba la triangulación. Tales juegos ocurrían al tiempo en que la madre del niño sostenía una relación amorosa con un hombre al que el paciente había conocido recientemente. Esto sostiene una vez más que las necesidades del tercero proyectadas en el juego del niño fueron organizándose gracias a la aparición de esta figura que permitió el paso a la fase edípica.

Siguiendo con los primeros meses de vida del pequeño paciente, debe mencionarse que a raíz del temprano regreso a las actividades laborales de la madre, se produjo un vago sentimiento de confianza, dando paso a la desconfianza en el niño quien, a su vez, se encontraba deseoso y necesitado de la contención materna y el despliegue de sus funciones. Es entonces cuando se acude al cuidado de la abuela materna, labor tal que pudo en gran medida, sumada a la confusión de la ausencia materna, contribuir al desarrollo de poca confianza y a incrementar la insatisfacción frente a demandas de amor. Esto pudo verse proyectado en múltiples sesiones donde, jugando con la casa de muñecas, aparecían dos figuras que cuidaban, permaneciendo en ambas la insatisfacción

frente a esta labor. Este aspecto concuerda con lo planteado por Winnicott (1993) quien alude que el bebé que se encuentra bajo el cuidado de múltiples personas “comienza la vida de manera mucho más compleja, debe dar por sentado todo un trasfondo de cosas, mucho menos seguras, cuando aparecen los deseos como complicaciones desde adentro” (p. 160).

No obstante, cabe rescatar que la abuela siendo un objeto de amor, jugó el rol de atención de las necesidades del niño, dando paso a la construcción de la base para la estructura neurótica que, aunque cargada de inmensa demanda oral, contaba con la saciedad mínima requerida para evitar un Split y la trascendencia de elementos psicóticos.

En este sentido, podría decirse que, los suministros necesarios para el desarrollo emocional del pequeño, no se proporcionaron de manera suficientemente buena, constituyéndose esto, una falla en el ambiente, especialmente, en el sostén materno. Dichas dificultades son probablemente originarias de dolor y rabia. Es así como es posible plantear que, desde los inicios de la vida intrapsíquica, las fantasías inconscientes del pequeño paciente estarían cargadas de hostilidad y agresión, que, al encontrarse con un objeto poco contenedor, se reprimieron, permitiendo así la formación de dificultades en la capacidad de amar, de tolerar la espera y de expresar la rabia. Esta última, transformándose en una forma defensiva de reclamar al ambiente lo antes no conseguido: la contención y consecuente atención de las demandas afectivas. Todas estas manifestaciones sintomáticas del trauma fueron proyectadas en la transferencia, existiendo diversas ocasiones en que la hostilidad se presentaba de forma verbal e incluso física, dejando por sentado que tales fantasías agresivas correspondientes a los inicios de la vida intrapsíquica, no contaron con la

contención necesaria para mermar tales impulsos agresivos. Esto a su vez es sustentado por la teoría, en donde autores como Winnicott (1981) aluden que estas fallas en el ambiente, pueden incluso ser las causantes de formaciones psicopatológicas como las tendencias antisociales.

Asimismo, estos aspectos se encontraron presentes de forma defensiva desde el inicio mismo de la evaluación psicodiagnóstica y con el transcurrir de las sesiones de psicoterapia, tales defensas fueron cayendo para dar paso a la elaboración del dolor del trauma. Este fue proyectado en múltiples ocasiones en juegos de alimentación, con la casa de muñecas y a la construcción de una nueva casa que nunca era lo suficientemente grande para él. Estos elementos simbolizaban sus demandas inmensas, voraces y repetidas frente a un objeto materno que difícilmente podía saciarlas e incluso, comprenderlas.

El dolor por las fallas en el sostén materno y la consecuente rabia y agresión hacia éste, también fueron proyectadas en el juego, espacio donde el niño manifestaba su ira intensa con gritos, golpes, destrucción de juguetes e insultos hacia la terapeuta, quien contenía estos ataques al vínculo y acompañaba con palabras el gran malestar presente en el mismo.

Luego de estos ataques, se procedía a la reparación del objeto; el niño, quien se culpaba por su hostilidad desbordada y el daño causado, reparaba al objeto en la transferencia con la organización de los juguetes, abrazos o risas. En ocasiones, el niño salía del consultorio buscando el objeto real y al encontrarse con la diferencia de contención, su rabia incrementaba significativamente, provocando ataques fuertes a la psicoterapeuta en quien era descargada toda la furia debido al papel transferencial que esta ocupaba. La hostilidad crecía y crecía en búsqueda afanosa de eso que tanto era necesario, contención, estructura, organización. Se puede observar

cómo los inicios de la vida intrapsíquica planteados por Klein (1987) se proyectaban en la transferencia, repitiéndose continuamente los ataques y posteriores reparaciones correspondientes a la posición esquizoparanoide y depresiva postuladas por esta autora.

Adicionalmente, esta hostilidad hacia el objeto de amor, era posteriormente persecutoria, amenazadora, potencialmente dañina y aniquiladora. Dicha persecución del objeto era entonces proyectada en el juego como zombies dentro del estómago que necesitaban ser curados con el remedio del amor de la madre. Los zombies entonces provenían de las tendencias sádicas orales y llegaban a su estómago a través de la alimentación. El remedio del amor, hacía alusión a la capacidad de *rêverie* materno que era requerida para la transformación de estas emociones vividas por del niño. Con tal remedio, entonces se produciría una desaturación de elementos beta del niño y paulatinamente la adquisición de la capacidad Alpha en el pequeño y su consecuente regulación emocional. Tales fragmentos del juego del paciente, ponen de manifiesto la existencia de mecanismos proyectivos e introyectivos que posibilitan el paso de un Yo rudimentario a un Yo más maduro (Klein, 1983). Igualmente, comprueban que en el momento que se proyecta la agresión hacia el objeto que a su vez es devorado por medio de la alimentación, el temor persecutorio proyectado hacia el objeto de amor, es sentido con la constipación de las heces (Winnicott, 1993).

Ahora bien, hablando de la función sostenedora y contenedora de la figura de la madre o quienes ocupen su lugar, es pertinente hablar del tío y abusador sexual del niño con quien se produjo la confusión de lenguas de ternura y pasión planteada por Ferenczi (1984). En el escenario en el que el pequeño se encuentra deseoso de ser contenido, saciado, organizado y aceptado; surge la figura de un cuidador alternativo que, lejos de cumplir las funciones correspondientes a su papel,

llega a introducir un nuevo trauma en el niño. Es de esta forma como la vivencia traumática del abuso se convierte entonces en la causa del incremento del dolor, rabia y hostilidad.

Consecuentemente, el niño llega a identificarse con el agresor y a repetir compulsivamente la violencia del mismo, tal como lo plantea Ferenczi (1984). Esta identificación e introyección de la agresión, traen consigo, la perpetuación de lo traumático, repitiendo una y otra vez el abuso, castigo, rechazo y poco sostén del medio. Este evento y sus consecuencias en la psique del pequeño, podrían ser también la causa de los ataques hostiles dados en el escenario de la psicoterapia. No siendo suficiente con el dolor por la falla materna, se halla un nuevo trauma que abre la herida de las fallas en el ambiente e incrementa el dolor, la rabia y se repite en la compulsión.

Ambos elementos (el dolor de la madre poco suficiente y negligente, sumado al abuso sexual) pueden ser fácilmente asociados en la sesión #16 de psicoterapia en donde el niño canta una canción infantil en donde los maderos de San Juan, piden pan y no les dan, piden queso y les dan hueso, dicha canción entonces fue luego cambiada por el niño, agregándole el elemento de “piden chupa, chupa, chupa”. Puede verse entonces, de manera clara la preexistencia de la fijación oral y la poca respuesta a la misma, estando además presente, el elemento agregado de la consecución final de un abuso sexual como producto de la confusión de su lenguaje tierno y el lenguaje sexual y perverso de su tío.

Es así como, este conjunto de fallas en el ambiente, logran la formación de lo traumático en el niño, propiciándose así el terreno fértil para la instauración de defensas, lo sintomático y la compulsión a la repetición. Aspectos que, a su vez interferían en el proceso de desarrollo

psicológico del niño y la consecución de recursos psíquicos, siendo esto una potencial posibilidad de la instauración de patologías de índole antisocial.

Puede observarse entonces, cómo el motivo de consulta existente al inicio de este proceso psicoterapéutico estaba acompañado de un trauma anterior, difícil de vislumbrar y comprender por los adultos alrededor. Es ya iniciado el proceso cuando lo sintomático puede verse claramente y notar lo subyacente a dichas formaciones. Al abordar lo traumático desde la raíz, se produjeron progresivos cambios en el niño, disminuyendo la hostilidad, la compulsión a la repetición y logrando poner en palabras el dolor y la rabia. Este trabajo, no habría sido posible sin la colaboración de la madre, quien, siendo el objeto de amor principal en la vida del paciente, era la llamada a favorecer la elaboración del dolor de su hijo desde la puesta en práctica de sus funciones Alpha y su *rêverie* materno. Es gracias al trabajo conjunto con la madre, que logran propiciarse los elementos necesarios para el sostén afectivo, evitando la revictimización del abuso y ubicándose de mejor manera en el lugar de la madre suficientemente buena. De esta forma, el trabajo elaborativo en el juego dentro de la psicoterapia y la alianza con la madre, consiguen poner en marcha los procesos que se detuvieron al momento del trauma y que, marcharon de manera coja durante los cortos años del paciente.

Conclusiones y discusión

A partir de los elementos analizados en el presente caso, se dan algunas oportunidades que permiten discutir ciertos aspectos encontrados con algunas teorías anteriormente formuladas. En este orden de ideas, el primer aspecto a mencionar corresponde al “replegamiento” que la madre padece hacia su hijo y que, en gran medida, permite la identificación con éste y la posterior identificación de sus necesidades (Torres, 2006, p. 205).

En el caso analizado, pudo observarse cómo muchas veces el paciente proyectaba la frustración al sentir que no era comprendido por su madre, y que, por ende, no lograba suministrar lo que éste requería. Podría entonces decirse que este estado de replegamiento no es un común denominador en todas las madres y que depende de otros factores que lo posibilitan o detienen. Es así como tal dificultad inicial, marca un futuro en el desarrollo del pequeño y su vínculo con la madre, ya que, a partir de esta deficiencia en la identificación de la madre con el niño, pueden surgir, a la vez, las fallas en su sostén.

Se podría decir entonces que los factores que intervienen en la ocurrencia de este replegamiento, estarían asociados a las condiciones psicológicas de la madre, quien se encuentra de forma natural en un estado de regresión y vulnerabilidad (Torres, 2006, p. 204). En este sentido, es posible asegurar que este replegamiento de la madre hacia su bebé, estaría incluso afectado desde el mismo momento de la concepción, en donde muchas veces se halla y da origen a un nuevo objeto que no fue deseado. Esta aseveración, podría entonces asemejarse al planteamiento de

Torres (2006), quien alude que concebir un objeto no deseado o sobreimpuesto por el ambiente, son situaciones que dificultan el estado mental de la gestante.

Por otro lado, lo planteado por Winnicott (1993), correspondiente al papel irremplazable de la madre, es un aspecto fácilmente corroborable en el presente caso clínico. Tal hecho, se debe a que, pese a los cuidados y atenciones de la abuela materna (quien reemplazó a la madre en esta tarea cuando la progenitora regresó a sus asuntos laborales) hacia el paciente, existía el elemento de insatisfacción y demanda del pequeño hacia las funciones maternas. Esto permite reafirmar que el papel de la madre, aunque sea ejercido por otra persona que cuente con grandes habilidades y deseos, no se da de forma exacta a la función materna de la madre natural (Winnicott, 1993). No obstante, en el caso aquí en mención, es posible postular que la labor de la abuela, pese a no cumplir todas las demandas del pequeño, logró favorecer el desarrollo psicológico de este, permitiendo a la vez, la formación de una estructura orientada hacia lo neurótico; evitando de esta manera, la cosecha de elementos facilitadores de las estructuras psicóticas originarias del primer momento de vida.

Siguiendo con las funciones maternas, el presente trabajo también permite constatar que, al haber un ambiente más dispuesto para la acogida del niño, pueden generarse mejorías significativas en el proceso del pequeño. Esto se plantea debido a que, durante el proceso de psicoterapia con el paciente, se realizaron múltiples citas con la madre, quien en primera instancia se orientaba únicamente a preguntar acerca de las manifestaciones sobre el abuso sexual presentes en el niño, hechos que fueron asociados con su resistencia y dolor frente a su papel de madre. Una vez esta resistencia mermó, pudieron generarse grandes movilizaciones en la madre, y a partir de esto, mejorías sustanciales en el vínculo con su hijo y, por ende, en los síntomas de este. Estos

aspectos, aseveran la tesis de que cuando el proceso psicoterapéutico de un niño “rinde buenos resultados, el analista debe reconocer que la mitad del éxito del tratamiento se debe a los padres y a su hogar, parientes, ayudantes, amigos, etc” (Winnicott, 1981, p. 315). De igual manera, la ubicación de la madre hacia un rol mayormente contenedor, y la disminución de las tendencias agresivas y compulsivas de su hijo, permiten corroborar que “si el contexto es facilitador y continente, el niño valora la comprobación de que los impulsos de odio o de agresión pueden expresarse en un ambiente conocido sin que le devuelvan odio y violencia” (Winnicott, 1942 citado en Almargo, 2017, p. 4).

Por otra parte, el caso en estudio, permite formular la posibilidad de si frente a los constantes traumas vividos por un niño, existe prevalencia del dolor hacia uno en especial. Esto se basa en el hecho de que, gran parte del proceso psicoterapéutico con este paciente, estuvo impregnado de material lúdico que proyectaba elementos concernientes al trauma causado por las fallas del sostén materno; facilitando la hipótesis de que este podría ser experimentado de forma superior al dolor del abuso sexual. De esta forma, podría plantearse que, el vínculo materno, al ser un elemento constituyente y primario en la vida de cualquier niño, deja huellas mnémicas difíciles de superar por otro trauma posterior. No obstante, tal planteamiento no podría ser un aspecto generalizable a todos los casos, por lo cual, esta hipótesis podría ser objeto de estudio para futuras investigaciones encargadas de analizar la prevalencia de un trauma sobre otro.

En este sentido, las conclusiones que se desprenden a partir de este estudio de caso clínico, hacen alusión a la constitución del trauma como un aspecto multidimensional que pone de manifiesto la formación defensiva y sintomática a partir de la ocurrencia de los mismos.

Asimismo, es posible concluir que, el inconsciente busca diversas maneras de reclamar al otro primordial todo lo que le ha sido arrebatado en momentos específicos, siendo en ocasiones, la agresión una vía de reproche al ambiente de todo esto que se es requerido y necesitado para continuar el camino de desarrollo psíquico. De igual forma, es factible concluir que, tales manifestaciones de agresión, no son en la infancia una constitución psicopatológica, sino que, obedecen a formaciones defensivas que buscan la saciedad de las necesidades existentes en cada niño. Sin embargo, si estas tendencias a la agresión, no son abordadas en el terreno psicoterapéutico, pueden constituir las bases para la formación de patologías de índole disocial.

Igualmente, se concluye que el espacio psicoterapéutico, permite la puesta en marcha de los procesos detenidos en el momento del trauma y facilita también, la elaboración de lo traumático a partir de la proyección en la técnica lúdica y la transferencia. Escenarios tales que a su vez facilitan la disminución de lo sintomático y la detención de la compulsión a la repetición.

Por último, es posible concluir que la psicoterapia infantil no solo se traduce en momentos de elaboración traumática por parte del paciente, sino que, gracias a las oportunidades de intervención con los objetos de amor reales y presentes, se logrará ubicar dichos objetos en las funciones necesarias para alcanzar, en la medida de lo posible, la suficiencia requerida por el niño en este momento de vida.

Referencias

- Abello, A., & Liberman, A. (2011). *Una introducción a la obra de D. W. Winnicott contribuciones al pensamiento relacional*. AGORA RELACIONAL Editores.
- Almagro, M. (2017). El juego en la clínica psicoanalítica con niños: revisión de los fundamentos teóricos. *IX Congreso Internacional de investigación y práctica profesional en psicología XXIV jornada de investigación XIII encuentro de investigaciones en psicología del MERCOSUR*. Buenos Aires .
- Altmann, M. (1987). Aspecto de la parte psicótica de la personalidad en el análisis de un niño . *Revista Uruguaya de psicoanálisis (en línea)*.
- Anton, M. (2014). Jugar es una forma de libertad. Psicoanálisis con niños . *Perspectivas en psicología* , 100-104.
- Assunção, M., & Coelho, N. (2012). *Asociación Latinoamericana Sandor Ferenczi* . Obtenido de <https://www.alsf-chile.org/Indepsi/Articulos/Trauma-Abuso/Trauma-una-falla-en-el-cuidar-dialogo-entre-Ferenczi-y-Winnicott.pdf>
- Bodner, G. (2019). El concepto de rêverie en algunos autores contemporáneos . *Temas de psicoanálisis* .
- Bonomi, C. (2004). *Asociación Latinoamericana Sandor Ferenczi* . Obtenido de <https://www.alsf-chile.org/Indepsi/Articulos/Trauma-Abuso/El-Trauma-y-la-Funcion-Simbolica-de-la-Mente.pdf>

- Boschan, P. (2005). *Asociación latinoamericana Sándor Ferenczi* . Obtenido de <https://www.alsf-chile.org/Indepsi/Articulos/Trauma-Abuso/Trauma-en-la-Obra-de-Ferenczi.pdf>
- Bustos, V., & Russo, A. (2018). Recuperación afectiva e interferencias en el desarrollo en primera infancia. *Intervenciones psicosociales, cronologías, contextos y realidades* , 153-176.
- Daurella, N. (2006). *Asociación Latinoamericana Sandor Ferenczi* . Obtenido de <https://www.alsf-chile.org/Indepsi/Articulos/Trauma-Abuso/Trauma-y-Retraumatizacion-de-Ferenczi-a-Fonagy-pasando-por-la-Teoria-del-Apego-y-la-Neurociencia.pdf>
- Ducach, P. (2019). De la atención flotante a la Rêverie. Aportes y matices de diferentes autores. *Desenvolupa*.
- Ferenczi, S. (1984). *Confusión de lenguas entre adultos y niños. El lenguaje de la ternura y de la pasión* . Madrid: Espasa-Calpe.
- Frankel, J. (2002). Explorando el concepto de Ferenczi de identificación con el agresor. Su rol en el trauma, la vida cotidiana y la relación terapéutica. *Revistas Aperturas Psicoanalíticas*.
- Guillen, C. (2006). Tendencias antisociales en niños por situaciones de separación. *Monografía previa a la obtención del título de licenciado en psicología clínica* . Cuenca, Ecuador .
- Herzog, R., & Pacheco , F. (2015). *Asociación Latinoamericana Sandor Ferenczi*. Obtenido de <https://www.alsf-chile.org/Indepsi/Articulos/Trauma-Abuso/Trauma-y-pulsion-de-muerte-en-Ferenczi.pdf>

- Klein, M. (1956). La técnica psicoanalítica del juego: su historia y su significado. *Revista Uruguaya de psicoanálisis en línea*.
- Klein, M. (1987). *El psicoanálisis de niños*. Buenos Aires: Paidós.
- Klein, M. (1990). *Amor, culpa y reparación*. Buenos Aires : Paidós.
- Klein, M. (1990). *Amor, culpa y reparación y otros trabajos* . Buenos Aires : Paidós.
- Konichekis, A. (2011). Aportes de la clínica con los bebés al psicoanálisis actual: los vínculos tempranos y la relación de objeto . *Revista de Psicoterapia Psicoanalítica*.
- Mujica, H. (1983). *Brasa Blanca* .
- Sosnik, R. (2006). El lugar de lo negativo en Ferenczi y Bion. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*.
- Torres, N. (2006). Reflexiones acerca del desarrollo emocional de la madre, a partir de la obra de Winnicott. *Persona*, 203-215.
- Winnicott, D. (1971|). *Realidad y juego* . Gedisa.
- Winnicott, D. (1981). *El proceso de maduración en el niño (estudios para una teoría del desarrollo emocional)*. Barcelona: Laia.
- Winnicott, D. (1993). *La naturaleza humana* . Buenos Aires : Paidós.

Anexos

Test de Mchover

J

f1

21





4#2



