



Facultad de Ciencias Sociales

Carrera de Psicología

Trabajo Final Integrador

Título: “Descripción de un caso clínico de un niño con dermatitis atópica y su relación con las figuras parentales. Desde un enfoque psicoanalítico”

Autor: Alicia Giezendanner

Tutor: José Di Sipio

- Buenos Aires, Argentina, octubre de 2013 -

ÍNDICE

1 INTRODUCCIÓN.....	3
2 OBJETIVOS.....	4
2.1 Objetivo General.....	4
2.2 Objetivos Específicos.....	4
3 MARCO TEÓRICO.....	5
3.1 La constitución del aparato psíquico.....	5
3.1.1 Importancia de la figura materna.....	5
3.1.2 La diada madre-bebe y figura paterna. Primeras relaciones objetales. . .	5
3.1.3 Simbiosis.....	9
3.2 Fenómeno Psicossomático.....	11
3.2.1 Diferentes abordajes.....	11
3.2.2 Grupo familiar primario: trama vincular de los pacientes psicossomáticos....	12
3.2.3 Clasificación.....	14
3.2.4 Dermatitis atópica.....	15
3.3 Clínica psicoanalítica con niños: intervenciones.....	17
3.3.1 A través del juego y la palabra.....	17
3.3.2 Rol del psicólogo.....	20
3.3.3 Intervenciones interdisciplinarias.....	21
4 METODOLOGÍA.....	23
4.1 Tipo de estudio.....	23
4.2 Participantes.....	23
4.3 Instrumentos.....	23
4.4 Procedimiento.....	24
5 DESARROLLO.....	24

5.1 Presentación del caso.....	25
5.2 Describir y analizar la simbiosis en la diada madre-bebe.....	27
5.3 Analizar la trama vincular de las figuras parentales en relación a la sintomatología del niño.....	29
5.4 Proponer posibles intervenciones.....	33
6 CONCLUSIONES.....	37

1 INTRODUCCIÓN

La puesta en marcha del presente trabajo surge a partir de la práctica de Integración Profesional. Dicha práctica se realizó en un asociación de Psicoterapia ubicada en la ciudad Autónoma de Buenos Aires.

La institución trabaja con pacientes derivados del servicio de Dermatología de dos Hospitales. Posteriormente es un profesional de la quien realiza las admisiones y determina el terapeuta más idóneo para cada caso en particular.

La Asociación ofrece servicios de atención para la comunidad, basándose en las necesidades y demandas actuales. Existen diferentes áreas dentro de la Institución, integradas por un equipo de profesionales especializados desde un abordaje interdisciplinario..

Por otro lado, cuenta con espacios para abordar problemáticas referidas a Violencia Familiar, Grupos para la Mujer; donde se trabajan dificultades específicas de este género, Orientación Vocacional, psicología individual y familiar.

La práctica se realizó durante cuatro meses, a partir del mes de Marzo hasta el mes de Junio y se cumplieron 280 horas estipuladas previamente por la Universidad de Palermo.

El tema escogido para el Trabajo Final de Integración (TFI), será la descripción de un caso clínico de un niño con dermatitis atópica y su relación con las figuras parentales, desde un enfoque psicoanalítico. Como así también, se buscará dar cuenta de otras posibles intervenciones.

Cabe señalar, que algunas preguntas que guían este trabajo, son: ¿existe relación de la dermatitis atópica en este caso clínico con las figuras parentales?; ¿qué intervenciones se podrían haber efectuado en relación al caso clínico?.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo General

Describir la sintomatología del niño con dermatitis atópica y relacionarlo con una disfunción de las figuras parentales. Como así también proponer intervenciones para mejorar el vínculo con sus padres, desde un enfoque psicoanalítico.

2.2 Objetivos Específicos

1.- Explorar la relación de la sintomatología del niño con la simbiosis de la diada madre-bebe

2.-Describir la trama vincular de las figuras parentales en relación a la sintomatología del niño

3.- Proponer posibles intervenciones desde un marco psicoanalítico, para mejorar el vínculo con sus padres.

3 MARCO TEÓRICO

3.1 La constitución del aparato psíquico

3.1.1 Importancia de la figura materna

Fue Freud (1914/2005) quién señaló el papel central que reviste para la constitución del psiquismo humano la presencia y sostén de la figura materna. Así, consideraba que las personas nacen en un estado extremadamente prematuro y sin posibilidades de sobrevivir sin la presencia y sostén de la madre.

En este sentido, el bebe nace dotado por la biología para el desarrollo pero necesita de un adulto que se haga cargo de la conservación de su cuerpo, por medio de las funciones nutricias. La madre aporta los cuidados y a partir de esta interacción se activarán centros funcionales que irán configurando en el bebé distintos sistemas motivacionales que gobernarán la afectividad, cognición y acción, imprimiéndose así modalidades de desarrollo en el mismo. (Bleichmar, 2005).

Según Malher (1975) el psiquismo se forma a través de un proceso progresivo y continuo. La evolución de la autonomía comienza en el individuo en el proceso de separación –individuación. La fase de separación-individuación se caracteriza por el reconocimiento de la separación del otro y por la toma de conciencia de una realidad que existe en el mundo exterior.

A continuación se analizará la diada madre-bebe y la figura paterna, ya que según cómo se configure esta relación, influirá en la constitución del psiquismo del niño y consecuentemente en su salud ó enfermedad.

3.1.2 La diada madre-bebe y figura paterna. Primeras relaciones objetales

Para Freud (1914/2005) el primer objeto de amor, tanto de la niña como del niño, es la madre. La madre es objeto de las pulsiones de conservación, madre nutricia, y como objeto de las pulsiones sexuales. Es, también, estimuladora de la líbido del niño.

Ella percibe el displacer en el infante y opera la acción específica que disminuye al mismo, instalándose así la primera vivencia de satisfacción. Algunos autores llaman

maternalización al conjunto de cuidados prodigados al infante en un clima de ternura activa y duradera que caracteriza el sentimiento maternal (Laplanche y Pontalis,1967)

Bajo la óptica de Békey (1984), al principio Madre-hijo forman una unidad indivisible. Se trata de una fusión muy aguda entre ambos. La vida del lactante depende de la de ésta. En este íntimo contacto la madre debe captar y responder a las .necesidades de su bebé, que se comunica a través de su cuerpo y de sus movimientos (estremecimiento, pataleo) o mediante sonidos no verbales (pequeños llantos). Una madre narcisista que no comprende las necesidades de su bebé le impone lo que necesita o lo priva de lo que reclama.De esta manera, puede provocar en éste reacciones de reproche que están dirigidas hacia la madre pero que lo debilitan, produciendo síntomas y obstaculizando su desarrollo. Cuando el infante se da cuenta que sus señales pasan inadvertidas, renuncia a emitirlas y bloquea actitudes que funcionan originalmente como señales.

Para Békey (1984) no existe en esta etapa para el bebé nada fuera de su cuerpo. La percepción de la existencia de otro ser del que depende la satisfacción de sus necesidades introduce un proceso de diferenciación. Se establece un límite psíquico entre yo y no-yo que constituye la base para lograr la relación de objeto. Entonces se inicia el proceso de simbolización.

Por su parte, otros autores como Klein (1929) analizan las dramatizaciones lúdicas, cómo aquellas escenas donde el niño recrea a través del juego sus vínculos parentales. Mediante la observación de estos espacios de juego puede obtenerse información valiosa sobre el proceso de construcción de sus primeras relaciones objetales. En este mismo sentido, Spitz (1966) estudia las relaciones entre madres e hijos desde el inicio y conceptualiza el desarrollo, las etapas y las anomalías en las relaciones de objeto. Para este autor el crecimiento y desarrollo psicológico dependerá de estas relaciones. El lactante nace desamparado no siendo capaz de sobrevivir por sus propios medios y necesitando de la madre. Surge así una relación complementaria denominada díada, y en la medida en que éste se va desarrollando se va independizando progresivamente del medio que lo rodea. Asimismo afirma que en el momento de nacer

no existe pensamiento ni percepción ni voluntad, siendo un organismo psicológicamente indiferenciado.

Winnicott (1963) postula que si las primeras lactaciones no se manejan bien se pueden causar grandes perturbaciones, y en esta temprana falla se habrá iniciado una pauta de inseguridad. La madre posibilita a su hijo la ilusión de que el pecho ha sido creado para saciar su necesidad, ella es capaz de permitirle dicha ilusión. Si ella no es suficientemente buena el bebé no tiene esperanza de alcanzar una relación excitada con los objetos o personas del mundo real, realidad externa o realidad compartida.

Las palabras claves son ilusión y desilusión. Se comienza por la ilusión, para que luego el bebé cuente con medios para aceptar la desilusión. En este momento el bebé está en un estado totalmente dependiente. El supone la presencia de la madre que provee el ambiente, parte esencial de la dependencia. Donde hay total dependencia, hay adaptación materna; si falta la adaptación materna se produce una distorsión en los procesos de vida individuales del bebé.

Malher (1975) basa el desarrollo del niño en la dependencia emocional que éste tiene respecto de la madre. Esta simbiosis madre-hijo pone en evidencia que el niño no está preparado para sobrevivir sin ayuda.

Según Lebovici (1989), el bebé invierte a su madre antes de percibirla. El niño lo hace libidinalmente por la ligazón primaria que tiene. También introduce la influencia del peso transgeneracional. Por tal motivo, plantea que la madre en sus brazos sostiene a tres niños: el primero es el bebé imaginado durante los nueve meses de embarazo; el segundo es el hijo que cumple con sus fantasías y que es producto de sus deseos reprimidos inconscientes; el tercero es el bebé real (Lebovici 1991).

Stern (1991) considera que el *sentido de sí mismo* aparece antes que la aparición del lenguaje y la reflexión. Por *sentido* expresa conciencia elemental no reflexiva. Por *sí mismo* entiende un modelo invariante de conciencia. Es una forma de organización. Es la experiencia subjetiva y organizadora de todo lo que le sucede al bebé. Afirma que el sentido de "sí mismo" es muy importante en las interacciones sociales cotidianas.

Freud (1911) sostendrá que el bebé no existe, no es tal, sin los cuidados de la madre. Existe una unidad entre la mamá y el bebé y dicha relación se encuentra instituida fundamentalmente en el amor maternal. En este sentido Spitz (1969) afirma que es la comunicación la que transforma al bebé en un sujeto psíquico. Para Winnicott (1963), el cuidado parental satisfactorio puede dividirse en tres etapas que al mismo tiempo se superponen: sostenimiento, la convivencia de la madre y el bebé, y convivencia de ambos y el padre. En la fase de sostenimiento el bebé se encuentra en un estado de máxima dependencia. Este estado recorre un camino desde la dependencia absoluta hacia la independencia, creando el bebé medios para prescindir de un cuidado ajeno real. Antepone el concepto de función, frente a la persona que la realiza. La función implica una acción. Las funciones maternas son tres: sostén o holding, manipulación o handling y presentación objetal.

La función de sostén es un factor básico del cuidado materno que corresponde al hecho de sostenerlo emocionalmente de manera apropiada. Se extiende a todo lo que la madre es y hace en este período de dependencia absoluta por parte del niño.

En el desarrollo emocional primitivo, la noción de sostén, describe la función de la madre en relación con su bebé: todo lo que la madre es y hace con fervor corriente. La madre que sustenta con tranquilidad sin miedo a dejarlo caer, acomodando sus brazos a las necesidades de su bebé, lo mece con suavidad, le habla cálidamente, proporcionándole la vivencia integradora de su cuerpo y una buena base para la salud mental. El sostenimiento facilita la integración psíquica del infante. El hombre es quien debe brindar sostén a la madre, siendo afectivo con ella y ocupándose de la realidad externa, de modo que ella pueda volcarse hacia su bebé y cumplir con su función materna. (Winnicott 1963).

Por su parte Békey (1984) sostiene que si la madre no reconoce al padre como autor de la ley, el niño tampoco lo hará. Al negarse la madre a aceptar la función paterna, seguirá unida a su hijo en recíproca dependencia. Resulta trascendente para el normal funcionamiento psíquico del sujeto el traspasar la etapa fálica, a fin de que se realice la denominada angustia de castración: el temor a ser castrado posibilita en el varón la renuncia a sus deseos incestuosos para con su madre. El transcurrir de manera

inmejorable esta etapa y salir de la misma será necesario para su equilibrio mental y su desarrollo óptimo.

Considerando a Berenstein (1991), veremos que se amplía la función paterna y el padre debe operar cierta separación entre su esposa y la familia de origen de esta. Esta separación habrá de ser fundamental, y de dicha separación dependerá en gran medida la salud mental de su hijo.

Para Winnicott (1963), a medida que el niño elabora su capacidad de independizarse resulta capaz de estimar la existencia de tres personas, y de esa forma avanza de una relación triangular a otras relaciones con distintos grados de complejidad. Es precisamente en el triángulo familiar donde se presentan las dificultades más intensas y también la riqueza de la experiencia humana.

3.1.3 Simbiosis

Margaret Mahler (1975) introduce el término simbiosis tomándolo prestado de la biología, en donde se emplea para referirse a la cercana asociación funcional de dos organismos para su ventaja mutua.

Durante la fase simbiótica el infante es absolutamente dependiente del socio simbiótico y por tal motivo la simbiosis tiene un significado bastante diferente para el adulto de la unidad dual. Para el infante la necesidad de la madre es absoluta, mientras que bajo la óptica de la madre la necesidad propia es relativa. Vale decir que la conducta con la que la madre responde a las necesidades del bebé como para mantener su dependencia de ella resulta determinante para la constitución psíquica del niño.

El término simbiosis describe el estado de indiferenciación y de fusión con la madre en que el yo aún no es diferenciado del no yo, y en el que lo interno y lo externo solo comienzan a percibirse como diferentes. No percibe a la madre como separada sino como a una especie de extensión de su propio ser. La madre, mediante un trato afectivo y confiable, proporciona los medios para la diferenciación y para que el niño comience a separarse e incursione en el período de separación e individuación. Paralelamente, su maduración neurológica lo capacita para moverse dándole sensación de

independencia. Se pone así en marcha el proceso endopsíquico de separación - individuación (Malher, 1975).

El nacimiento psicológico y el biológico no ocurren al mismo tiempo. Advierte que los primeros meses del bebé son una prolongación del estado intrauterino por lo que se requiere del vínculo con la madre como la única posibilidad para la supervivencia biológica y psicológica.

Puede decirse que la vida psíquica comienza con una fusión que conduce a la fantasía de que solo existe un cuerpo para dos personas, en donde la madre y su bebé constituyen una unidad indivisible. Para el niño la mamá todavía no es un objeto, pero ella es algo mucho más amplio que cualquier humano, (Mc. Dougall 1989).

De esta manera, Liberman (1962) sostendrá que el fracaso del establecimiento de esta simbiosis obstaculiza los procesos de identificación proyectiva e introyectiva dando lugar a alteraciones tanto en la diferenciación entre el yo y el objeto como entre las cualidades buenas y malas de este.

Para Joyce Mc. Dougall (1989) la fantasía primordial de todo ser humano surge del deseo de volver a ser uno con la madre universo de la temprana infancia. El bebé busca el medio intrauterino perdido e induce a la madre a responder a esa demanda, quien aporta alivio y sueño al mismo a través del ritmo de su cuerpo y del contacto corporal.

En la medida en que el niño vive experiencias somáticas intensas, antes de tener una representación clara de su imagen corporal, en los primeros meses de vida solo experimenta su cuerpo y el de su mamá como una unidad indivisible. Aunque el bebé busque intercambios con la madre y desarrolle su propia relación con el entorno no realiza una distinción bien definida entre él y el objeto, como si no existiera más que un cuerpo para dos (Mc. Dougall, 1989).

3.2 Fenómeno Psicosomático

3.2.1 Diferentes abordajes

Para Zukerfeld, (1996) lo psíquico es el significado de un proceso y lo verdaderamente somático es su capacidad de aparición en la conciencia como un existente material, siendo las dos caras de la misma moneda.

Lo peculiar de la expresión psicopatológica llamada *psicosomática* sería la presencia de un cuerpo alterado y su articulación en el inconsciente escindido . Caracteriza al fenómeno psicosomático incluyendo nociones de pensamiento operatorio, alexitimia y sobreadaptación, independientemente de la presencia de la lesión orgánica.

La dialéctica singular entre la constitución biológica con sus carencias y excesos y la del yo auxiliar materno con sus carencias y sus excesos determina los modos de funcionamiento del aparato psíquico.

Así mismo, Marty (1991) afirma que el pensamiento operatorio posee las siguientes características. el paciente relata sus trastornos como hechos aislados, sin establecer entre ellos ninguna relación; no hay compromiso afectivo; el paciente solo cuenta sus síntomas y espera que se los cure. Sin embargo el autor aclara que este estilo de pensamiento no es exclusivo de los pacientes psicosomáticos; puede ser encontrado en cuadros clínicos muy diversos

Del mismo modo, Sifneos (1972) introdujo el término alexitimia. La etimología de la palabra señala la ausencia (a) de palabras (lexis) para los sentimientos (timia). El analista observó en un grupo de pacientes psicosomáticos algunas características en común: un vocabulario limitado, una personalidad primitiva y un afecto inapropiado y también dificultades interpersonales y para la comunicación.

Las observaciones de los psicosomatólogos sobre el pensamiento operatorio y la alexitimia le parecieron acertadas a Mc. Dougall (1989) pero comprobó que estos fenómenos cumplían una función defensiva, enalteciendo a una etapa del desarrollo donde la distinción entre el objeto y el sujeto no es estable y esto puede crear angustia,

fundamentando así el hecho de que los mensajes enviados por la psique al cuerpo o viceversa se inscribieran psíquicamente sin representación palabra.

Según Doltó (1996), en los trastornos psicósomáticos el individuo sufre en su cuerpo por algo que no quiere decir. El narcisismo herido en el psicósomático es más arcaico a la dependencia de la fase oral o de la autonomía de la fase anal.

Es importante señalar que el fenómeno psicósomático tiene la condición de un trauma cuya especificidad supone que se repite sobre el organismo viviente a través de la lesión inscripción. Si existe una falla a nivel del entendimiento o comunicación que no ha permitido que el adulto realice la función específica que tiende al cese del estímulo interno, nos referimos al origen del fenómeno psicósomático: la lesión del órgano o función montada sobre una necesidad. Es esta necesidad vivida por el niño en su estado de desamparo e indefensión la que evidencia que el adulto auxiliador no posee el entendimiento necesario para darle sentido a ese grito, a esos pataleos, a ese remolino de pulsiones autoeróticas. (López Arranz, 2000).

La pulsión es un concepto que logra oscilar entre lo anímico y lo somático (Freud, 1915/2005). Se constituye en una suerte de representante psíquico de los estímulos que le son internos al cuerpo y que alcanzan el alma.

Desde otra óptica, Guir (1984) menciona que el sujeto intenta, a través del órgano de su enfermedad, suplir un defecto en la filiación simbólica, logrando así un reconocimiento por parte de su entorno, al atraer la atención a causa de su insistencia.

3.2.2 Grupo familiar primario: trama vincular de los pacientes psicósomáticos

Según Mahler (1975), los niños que padecen enfermedades psicósomáticas sufrieron privaciones en la satisfacción de las necesidades de sensibilidad cenestésica por déficit de experiencias de balanceo, sostén y movimiento rítmico de brazos del agente materno. También carecieron de experiencias de contacto de piel y de exploración del cuerpo materno a través de la mano, ausentándose las experiencias de ser mantenido y estrechado, como así la privación de experiencias de chupeteo, juego y tironeo de succión antes y después de amamantar. De esta manera, la simbiosis evolutiva

normal presenta fuertes alteraciones que se centran en la dificultad de la madre para ofrecerse al bebé como sostén de necesidades emocionales y corporales. Son madres incapaces de decodificar la búsqueda de placer y necesidad de contacto de su bebé. Liberman (1962) profundiza el análisis al sostener que se trata de bebés que inhibieron las experiencias de chupeteo y presión, mamando tranquilos y quietos, a partir de un primer momento de forzamiento materno. Esta modalidad los despojó de múltiples experiencias: experiencia de cercanía y calor corporal; consistencia y textura del objeto que proveen información básica para la diferenciación de objetos vivos e inanimados; de experiencias táctiles, de la posibilidad de reducir los fuertes temores de perder el pecho materno.

En tanto, Liberman (1982) opina que la interacción de la pareja paterna mantiene roles afianzados, rígidos y bien diferenciados entre ellos y en el contacto con los hijos. La madre es quien asume el manejo y educación de los mismos mientras que el padre solo se incluye indirectamente en el vínculo.

En la relación entre los padres se juegan roles complementarios controlador-controlado, víctima - victimario, excluido - excluyente. A veces conforman parejas mutuamente autoexcluyentes, careciendo de puntos de contacto entre sí.

Estas relaciones determinan vínculos que les impide concebirse como adultos que se ocupan de su hijo. Son padres que pueden ser envidiosos de la independencia cada vez más intensa de sus hijos, pudiendo experimentar una suerte de sensación de pérdida, concibiendo al niño como una sustancial fuente de autoestima, pudiendo ser los hijos vistos como extensiones de sí mismos proclives a satisfacer sus deseos y necesidades. La no resolución de los conflictos narcisistas por parte de los padres puede ir contra el normal desarrollo del hoy bebé, futuro adulto.

Mc. Dougall (1989) sostiene que estos pacientes tienden a revelar la ausencia total o parcial de vínculos verbales, ausencia de afecto y falta de capacidad imaginativa. Refiere la importancia de las primeras interacciones madre - bebé. No todas las madres saben escuchar las comunicaciones del lactante. Algunas son víctimas de desamparo o

angustia no siendo capaces de observar e interpretar las sonrisas, los gestos y las quejas de su bebé.

Las manifestaciones psicósomáticas para Mc. Dougall(1989) son intentos de autocura del niño en sus luchas con los conflictos y dolores psíquicos.

Para Békey (1984) hay dos grupos de madres que fallan en su función del proceso de simbolización y de la estructuración yoica: madres muy narcisistas, egocéntricas, en las cuales el contacto con su bebé carece de empatía y madres depresivas, quienes cumplen mecánicamente sus funciones maternas solo satisfaciendo las necesidades fisiológicas del bebé sin darles afecto ni contacto libidinal. No reconocen lo que el bebé necesita.

De la misma forma, Liberman (1982) sostiene que la mamá del niño psicósomático aparece en un primer momento como alguien pendiente del desarrollo de su hijo. Es una mamá incapaz de empatía, que priva a su hijo tanto del contacto emocional con ella misma como con el padre. Clasifica dos tipos de vínculo materno: madre que rebota y madre tira bombas.

En la madre que rebota hace mención a un tipo de desconexión afectiva que impide a la madre recibir y procesar el mensaje del hijo, dejando sin contención a las emociones del hijo, mientras que la madre mete bombas sobrecarga a su hijo con sus propias proyecciones violentas.

Existen coincidencias entre los autores en la evolución del desarrollo del niño y las perturbaciones leves que en este período pueden desencadenar los primeros trastornos psicósomáticos del lactante. Ante una falla materna se puede reforzar la dependencia patológica y llevar a la formación de la enfermedad psicósomática (Békey, 1984).

3.2.3 **Clasificación.**

Chemama (1998) describe al Fenómeno Psicósomático como fenómenos patológicos orgánicos o funcionales en el cual su desencadenamiento y progreso se comprenden como la respuesta del cuerpo viviente a una situación simbólica que no ha

sido tratada como tal por el inconsciente del sujeto, distinguiéndose de los síntomas conversivos histéricos, que son formaciones del inconsciente.

Cabe señalar, que entre las enfermedades psicosomáticas podemos mencionar:

- Cardiovasculares: hipertensión arterial, infarto del miocardio, hemorragias cerebrales, etc.
- Digestivas: colon irritable, úlcera, colitis, gastritis, constipación, diarreas, dolor abdominal, etc
- Endocrinas: trastornos de tiroides, diabetes, obesidad, etc.
- Musculares: cefaleas, tortícolis, dolor de espalda, parálisis facial, etc.
- Respiratorias: asma, bronquitis, tos, sensación de ahogo, etc.
- Dermatológicas: dermatitis, psoriasis, eczemas, alopecia, vitíligo, etc.

3.2.4 Dermatitis atópica

Según la Asociación Nacional de Eczema de los Estados Unidos [NEA](2003) la Dermatitis Atópica es una enfermedad que causa comezón e inflamación de la piel. Típicamente afecta las partes internas de los codos, atrás de las rodillas y la cara, pudiendo también cubrir la mayor parte del cuerpo. Es una categoría de enfermedades llamadas "atópicas" porque muchas veces afecta a personas que también sufren de asma y/o alergia.

La dermatitis atópica implica un trastorno cutáneo prolongado que consiste en erupciones pruriginosas y descamativas. Se producen cambios en la piel que se evidencian en ampollas que supuran y forman costras. Piel seca en el cuerpo o áreas de piel con prominencias en la parte de atrás de los brazos y al frente de los muslos. Áreas de piel en carne viva por el rascado. Cambios en el color de la piel aumentando o reduciendo el color. Inflamación o enrojecimiento de la piel alrededor de las ampollas.

Estas enfermedades normalmente aparecen antes de los 3 años y frecuentemente continúan por toda la vida, no siendo contagiosas.

En niños menores de 2 años, las lesiones de piel empiezan en el cuero cabelludo, la cara, las manos y los pies. Con frecuencia, se trata de una erupción que produce picazón y es espumosa. Durante un brote intenso, las erupciones pueden ocurrir en cualquier parte del cuerpo. La dermatitis atópica a menudo se denomina "picazón que produce salpullido", ya que la picazón comienza y después aparece el salpullido o erupción en la piel como resultado del rascado.

Investigaciones indican que las enfermedades atópicas son genéticamente determinadas. Un hijo con un padre que tiene una condición atópica tiene una de cuatro probabilidades de tener alguna forma de enfermedad atópica.

La dermatitis atópica (2003) es una enfermedad inflamatoria crónica que cursa con brotes. Su alta prevalencia en la edad pediátrica hace que en ocasiones se subestime el impacto de la enfermedad en la calidad de vida de los pacientes. El intenso prurito que guarda la enfermedad conduce a un bajo rendimiento escolar y a alteraciones del sueño. Por otro lado el deterioro físico y psicológico que tolera, puede dificultar las relaciones con los demás y conduce al aislamiento social. Para el manejo óptimo de la dermatitis atópica es necesario mantener una higiene cuidadosa e hidratar correctamente la piel.

La necesidad del baño en niños atópicos es evidente, pero el agua muy caliente puede irritar la piel. En cuanto a la ropa se recomienda el uso de prendas de algodón y evitar la lana, fibras sintéticas, plástico o goma, así como cualquier prenda que favorezca la sudoración.(NEA, 2003).

Para Tincopa, Herrera y Exebio, (1997).La dermatitis atópica es considerada como un desorden cutáneo, frecuente en niños con antecedentes personales y/o familiares de una o más enfermedades atópicas, como, asma bronquial, rino - conjuntivitis alérgica, y dermatitis atópica .

En el caso de los niños, se ha encontrado que este aspecto psicosomático de la Dermatitis Atópica está muy relacionado con las dificultades del manejo de ansiedad en las madres. De acuerdo con Núñez Sánchez (1999), la presencia de ansiedad materna esta especialmente asociada con la dermatitis atópica severa en la niñez y la adolescencia, en un estudio realizado se encontró una diferencia significativa entre la

prevalencia de trastornos de ansiedad del grupo de casos y control, el 62% de las madres con niños con dermatitis atópica presentaron al menos un diagnóstico de trastornos de ansiedad, los más frecuentes fueron los trastornos fóbicos.

Asimismo, Ferreira, Campio Mülle y Zogbi (2006) realizaron un estudio cualitativo sobre las relaciones en familias con un hijo, portador de Dermatitis Atópica, los participantes de esta investigación fueron tres familias residentes en Porto Alegre. Todas las familias refirieron que, desde su percepción existe una influencia desde lo emocional sobre el surgimiento y la permanencia de los síntomas de la dermatitis atópica. Afirman acerca de la influencia de los aspectos emocionales sobre la dermatitis atópica. Las peleas y los roces presentes en el grupo familiar estarían relacionadas con el surgimiento de las crisis en la manifestación de las familias entrevistadas.

Rotemberg, (2013) formada con el doctor Jorge García Badaracco en patología mental severa, trabaja con este mismo enfoque también en el Museo Roca y en el Hospital Moyano. Su idea fue armar un espacio de disponibilidad para que los padres puedan consultar por temas normales de la crianza .. Porque cuando los padres tienen cargas emocionales, y no pueden procesarlas o no se dan cuenta, las vuelcan en sus hijos, que no saben qué hacer y pueden auto agredirse.

El nacimiento de un hijo despierta el desamparo de los padres, soledad, los miedos, las angustias. Uno de los descubrimientos que los especialistas hicieron con este método es que cuando los padres se tranquilizan, los chicos atópicos dejan de rascarse.

A continuación se conceptualizará la importancia del juego en relación a los trastornos de dermatitis atópica, como una de las intervenciones más relevantes en los primeros años de vida, desde la clínica psicoanalítica infantil.

3.3 Clínica psicoanalítica con niños: intervenciones

3.3.1 A través del juego y la palabra

Freud (1914) sostiene que el juego en el niño es siempre simbólico. Cuando analiza el caso que se conoce como *el juego del carretel* expresa que el juego recrea la escena de la aparición y desaparición materna. Por medio del mismo el niño crea un

mundo propio donde no renuncia al placer de la presencia materna y de ese modo se extraña del límite que supone su ausencia.

Del mismo modo Liberman (1993), sostiene que el contenido del juego es una vía de acceso a la dramática de las relaciones objetales y a la reconstrucción de la historia vincular familiar. Pero al mismo tiempo, jugar supone modos personales de dar organización y estructura a los objetos lúdicos que ofrecemos al niño, por lo que implica también la inclusión del cuerpo dentro del espacio. En estos niños adquiere importancia la transmisión de sus emociones, indicando afectos a través de respuestas viscerales, ampliación o restricción de movimientos espaciales, perturbaciones en el tono muscular. Cada modo de relación con el juguete reactualiza modos de relación del bebé, con el cuerpo materno y viceversa.

Así mismo Winnicott (1993) afirma que en el desarrollo de un niño pequeño aparece una tendencia a entretejer objetos –distintos-que-yo. Estos objetos representan el pecho materno.

Desde otra perspectiva, Altschul (2012) afirma que la noción de límite resulta central en el desarrollo infantil y se ve entrelazado con el juego. Al referirse a los límites se habla de un proceso yoico que dará lugar a la constitución del aparato psíquico. La construcción de estas barreras deberá producirse entre diversas instancias: entre el soma y el yo; entre la realidad y el yo. Cada uno de estos movimientos dará lugar a la generación de espacios internos, a través de la constitución de fronteras. Cuando el yo encuentra dificultades en el armado de límites y fronteras se pueden producir trastornos destructivos que se reflejan en alteraciones del pensamiento y por ende contra la capacidad de simbolización por naturaleza del infante.

El juego (Asturrizaga, y Unzueta, 2008) es usado en el consultorio clínico, como un modo de comunicación y expresión. El jugar forma parte de la evolución psíquica del niño, a través de él, el niño se expresa, elabora situaciones, crea, se alegra. Uno de los sentidos más importantes de la actividad lúdica es poner en acto una realidad que es propia y que se relaciona con algún aspecto de la vida del niño.

Desde esta perspectiva la función del psicólogo será fundamental para favorecer la expresión en la actividad lúdica.

Para Bleichmar (2009), cuando la capacidad de juego está atrapada, el niño no puede construir simbolizaciones más que con la materialidad que le brinda el mundo en torno a él.

Asimismo Elfrón, Fainberg, Kleiner, Sigal y Woscoboinik (1987) afirman que la hora de juego diagnóstica constituye un recurso o instrumento técnico que utiliza el psicólogo, con el fin de conocer la realidad del niño y de realizar intervenciones. Se le ofrece al niño la posibilidad de jugar en un contexto particular, con un encuadre que incluye espacio, tiempo, explicitación de roles y finalidad.

La sala de juego será un cuarto no demasiado pequeño, con escaso mobiliario, con el fin de posibilitar al niño libertad de movimientos. Se debe brindar al niño material de distinto tipo, posibilitando su expresión.

De acuerdo con sus características individuales, el modo como el niño se aproxime a los juguetes, puede asumir diversas formas: de observación a distancia (sin participar activamente), evitativa (de aproximación lenta), dependiente (a la espera de indicaciones de la psicóloga), dubitativa (de tomar y dejar los juguetes), de irrupción brusca sobre los materiales, de irrupción impulsiva.

Se observará la plasticidad, rigidez, estereotipia y perseveración.

Para el análisis de la hora de juego diagnóstica se pueden tomar en cuenta los siguientes indicadores: elección del juguete y de juegos, modalidad de juego, motricidad, creatividad, capacidad simbólica, tolerancia a la frustración, adecuación a la realidad. Uno de los primeros elementos a tener en cuenta al analizar una hora de juego es la capacidad del niño de adecuarse a la realidad. En este primer momento se manifiesta a través de la posibilidad de desprenderse de la madre y de actuar acorde a su edad cronológica demostrando la comprensión y aceptación de la consigna (Elfrón et al 1987).

3.3.2 Rol del psicólogo

Winnicott (1999) *plantea* la importancia de un ambiente facilitador para la construcción de la confianza y la adaptación del niño al marco terapéutico. Explora su concepción del espacio transicional entre los mundos interno y externo, a través del juego.

Asímismo para Marty (1991) la psicoterapia individual se lleva a cabo, por lo común cara a cara. El cara a cara facilita al terapeuta posibilidades de intervenciones no solo verbales sino también gestuales o mímicas.

Las intervenciones psicoterapéuticas están destinadas a animar, ampliar y enriquecer el funcionamiento mental del paciente.

La función materna prevalece al comienzo de numerosas terapias. La función materna que se basa en las posibilidades maternas del terapeuta, consiste en un acompañamiento verbal.. Dispone principalmente de su palabra, ayudándose con mímicas , comentando sus propias palabras y acciones como lo hace una madre. El terapeuta percibe en sus propios afectos el lenguaje del paciente y le da una significación. El objetivo de las intervenciones es el de hacer desaparecer los estados de desamparo, que generan y mantienen enfermedades somáticas. El ayudar al paciente a verbalizar logra la resolución progresiva de los conflictos.

De la misma manera Mc. Dougall(1993) asegura que en el vinculo entre el analista y el paciente se juegan situaciones que nunca antes se vivieron .El terapeuta debe acompañar al paciente en su sentir y juntos comenzar a construir una historia, poniendo palabras allí donde no están, ya que hay en el paciente ausencia de respuestas afectivas , y tampoco existen manifestaciones de gestos.

En otro sentido para Efron et al (1987) en la hora de juego diagnóstica ,el rol que cumple el psicólogo, puede ser pasivo, en tanto funciona como observador y activo, ya que la situación puede ser tal, que requiera la participación del psicólogo . Puede desempeñar un rol complementario. La función específica consiste en observar, comprender y cooperar con el niño.

3.3.3 Intervenciones interdisciplinarias

Para Békey(1984) la terapia de las enfermedades psicosomáticas debe ser un tratamiento conjunto médico y psicoterapéutico. Es indispensable la armónica colaboración entre el pediatra y el psicólogo. Cabe destacar que la terapia no se centrará solamente en el niño ya que la enfermedad es siempre el producto de relaciones objetales. Se debe modificar esta interacción patológica como medida protectora de la posible terapia individual que el niño realice.

Si el pequeño es menor de cuatro años, se efectúa una terapia conjunta madre-hijo, previniendo así la aparición de trastornos auto-agresivos. La tarea reparadora se estructura alrededor de la tríada terapéutica: madre -niño-terapeuta, sin olvidar la importancia de incluir la figura paterna.

Para Capdevielle (2006) el abordaje del tratamiento interdisciplinario de un paciente, se realiza con un enfoque integrador pensando a la persona, siempre como un todo. Se plantea que la persona con dermatitis está influida por las emociones, afectos, relaciones familiares, en tanto que la manifestación o fenómeno emerge intervenido por trastornos de procesos de filiación y relación al otro alterados o estancados.

Con la intervención del grupo interdisciplinario, se han podido comprobar la reconducción del tratamiento médico, la reducción de los fenómenos, la construcción de nuevos espacios, y el desplazamiento del sufrimiento centrado en la enfermedad en áreas de mayor producción para el sujeto, logrando así, que el paciente renuncie a ser representado por una enfermedad y se encuentre con su propio nombre y todo lo que ello signifique.

En la generalidad de los casos, el médico, cuando lo considera, realiza la derivación al analista.

A veces la enfermedad no cede con tratamiento médico, y es en forma conjunta, con las intervenciones del psicoanalista cuando comienzan a disminuir los síntomas

. Por otro lado Rotenberg (2013) en el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez desde el 2011 desarrolla un nuevo abordaje interdisciplinario de la patología mental y de piel.

Se organizan sesiones multifamiliares: asisten madres y padres con sus hijos, bebés, niños o adolescentes con patología de piel. Los niños presentan: vitiligo, psoriasis, alopecias, acné severos; en la mayoría de los casos llegan con dermatitis atópicas.

Aún en aquellos casos en que al principio no conectan la aparición de la enfermedad dermatológica con ninguna situación traumática o difícil en particular, al escuchar el relato de otras familias se produce la conexión emocional con el sufrimiento familiar o del niño mismo que lo expresa en su piel. En esos momentos especiales, en casos de dermatitis atópicas, tan pronto la madre o los padres comienzan a relacionar sus pérdidas, angustias de muerte, duelos no elaborados, los niños se alivian y comienzan a jugar.

A partir de la intervención psicoanalítica se constata que los niños comienzan a mejorar, lo cual permite disminuir la medicación y evitar las reiteradas internaciones. En un ámbito de seguridad y confianza emocional, tanto las familias como los niños llegan a expresar el malestar anímico ligado con la irrupción de la patología somática.

El encuadre del psicoanálisis multifamiliar resulta adecuado para trabajar aquellas zonas del aparato psíquico que no han tenido acceso a la palabra, y trabajar la transmisión de lo traumático de padres a hijos: ésta, en tanto no pueda procesarse, enferma. Este encuadre permite poner palabras a lo mudo, a la ausencia de metáforas en el lenguaje que se cosifica en la irrupción de la patología dermatológica, concretando en el cuerpo el dolor psíquico.

En algunos casos, la patología de piel se da en bebés que, no teniendo un yo capaz de elaborar pensamientos, tampoco cuentan con el yo materno para transformar las ansiedades, sino que tal vez, al contrario, las amplifica. El rascado compulsivo de la dermatitis atópica es producto de un exceso de carga emocional que no tiene otro modo de descarga, hasta que no se ponen palabras que permitan vivenciar el sufrimiento. La enfermedad aparece como expresión de los vínculos del bebé con la madre y el padre.

4 METODOLOGÍA

4.1 Tipo de estudio

El tipo de estudio a realizar será descriptivo de un caso único.

4.2 Participantes

Se llevó a cabo la descripción del caso de un niño de 2 años y medio, a través de su analista, que llegó a la consulta con sus padres, derivados del Servicio de Dermatología del Hospital .

Se realizó la entrevista de admisión y fueron derivados a la correspondiente psicoanalista.

El niño comenzó el tratamiento . A los fines de preservar su identidad real se lo llamará Miguel.

La madre tiene 23 años, es ama de casa .El padre tiene 24 años y trabaja en el frigorífico de su familia.

El niño asiste al Jardín de Infantes poco numeroso.

Viven en un departamento de un ambiente , de los abuelos paternos del niño.

4.3 Instrumentos

Los instrumentos utilizados para la realización del presente trabajo fueron:

- registro de observación no participante de la entrevista de admisión
- la observación no participante de la supervisión del caso a cargo de la licenciada B. M.
- una entrevista a la analista que lleva adelante el tratamiento del niño.

Las áreas a investigar fueron:

- motivo de consulta
- la simbiosis que presenta el niño con su mamá

- la patología del niño en relación al modo vincular con sus figuras parentales
- posibles intervenciones para mejorar el vínculo.

4.4 Procedimiento

Para responder a los objetivos propuestos en el presente trabajo, se observó la entrevista de admisión.

Se describirá un caso clínico de un niño de 2 años y medio con patología de eczemas y dermatitis atópica.

Se observaron dos supervisiones que realizó la analista con su supervisora.

Se realizó una entrevista a la analista, durante cuarenta minutos para recolectar mayor información del caso.

En la entrevista que se efectuó a la analista, se focalizó en las relaciones vinculares y simbiosis del niño con sus padres y las posibles intervenciones.

5 DESARROLLO

En el siguiente apartado se describirá brevemente el caso y se analizarán los objetivos antes mencionados a partir de la integración de la teoría desarrollada y la práctica observada.

5.1 Presentación del caso

Con el fin de preservar la confidencialidad del caso, se llamará al niño Miguel y a sus padres Mariana y Alejandro.

La psicóloga de Miguel describe el caso del siguiente modo:

Mariana se presenta con Miguel en el servicio de Dermatología del Hospital, es diagnosticado con dermatitis atópica. El dermatólogo le sugiere tratamiento psicológico. El niño inició su tratamiento con una profesional asignada por la institución. En la primera consulta se presentó Mariana con Miguel.

A los quince días de vida del niño, comenzaron las primeras manchas rojas en la piel. El médico lo adjudicó a sequedad.

Entre los datos más importantes de esa primera consulta, la madre relata que lo amamantó hasta los tres meses, al cabo de los cuales esta decide suspender la lactancia, argumentando que su leche había cambiado de color blanco a verde y que le daba *cosita darle de mamar*. A los seis meses le salió su primer diente. Mariana comentó que rápidamente comenzó a caminar y a manejarse motrizmente con gran habilidad.

A los quince días de su nacimiento, la madre comienza a trabajar y Miguel queda al cuidado de su abuela paterna y su tía, hija de su abuela. Esta situación ya determinó que la lactancia fuera combinada entre el pecho materno y el biberón, a partir de los 3 meses solo tomó biberón. A lo largo de este período la enfermedad se mantuvo con las mismas características: manchas rojas y sequedad en la piel. Esto ocasiona un intenso rascado dejando la piel en carne viva.

Miguel asiste al jardín, a salita de dos años, en forma muy inestable debido a su enfermedad.

Su tía sufre abruptamente un Accidente cerebro vascular con lo cual Mariana abandona su trabajo y se hace cargo de su hijo. Durante este período Miguel fue internado tres veces, a raíz de complicaciones en su enfermedad. Cursando con un brote intenso en el cual se evidenciaron ampollas, formando costras.

Otro aspecto que la madre señala, es que Miguel duerme en la misma cama con sus padres, tomando de la mano a Mariana.

Cuando se iniciaron las sesiones de Miguel con la psicóloga, no pudo evitarse la presencia materna en el consultorio, a lo largo del tratamiento. El niño se aferraba a la pierna de su mamá y ella no hacía nada para evitar la separación.

El juego de Miguel consistía en agrupar bloques del mismo color, luego realizaba pegotes de plastilina y por último jugaba con los autitos.

Según los dichos de la psicóloga, en varias sesiones fue significativa la reacción de la madre de rascarlo, antes de que él tomara la iniciativa de hacerlo.

La psicóloga realizó una entrevista en la cual pidió explícitamente la presencia paterna ya que hasta el momento Alejandro no había acudido a ninguna consulta. En esta ocasión pudo comprobarse que Alejandro permanecía ausente gran parte del día y no realizaba con su hijo ninguna actividad.

El papá expresaba la molestia frente a la permanencia de Miguel en la cama y la indiferencia de Mariana frente a esta situación. Mariana decía que como no había estado con su hijo durante mucho tiempo, ahora quería *estarle encima*. Ella le sacó los pañales a los 18 meses diciendo que le hacía mal a sus eczemas en la piel y que ya estaba grande para usarlos.

Mariana contó que para el día del padre, Alejandro fue a pasar el día a la casa de sus padres con Miguel y ella la pasó con sus propios padres y hermanos.

Mariana opinaba que Alejandro trabaja todo el día y que *nunca estaba con su hijo*. También expresaba que su esposo se enojaba con el niño porque habla poco y no se lo entiende. El padre dice que su primera palabra fue *coca*.

A continuación se describirá la diada Mariana –Miguel y se relacionará con la aparición de los eczemas.

5.2 Describir y analizar la simbiosis en la diada madre-bebe

Se intentará desarrollar la vinculación existente en el tipo de simbiosis entre Miguel y Mariana con la aparición de la sintomatología.

Se comienza mencionando a Freud (1914/2005) quién señaló el papel central que reviste para la constitución del psiquismo, la presencia y sostén materno y la importancia para la conservación de su cuerpo de un adulto que se haga cargo.

Cabe señalar que según lo interpretado por la analista Miguel podría haber comenzado a vivenciar cierta inestabilidad en el vínculo con su mamá que se ausentó para trabajar en un momento muy temprano de su desarrollo.

Pensando en las primeras experiencias de vinculación entre Mariana y su bebé, al decir de Laplanche y Pontalis (1967) Mariana inició su proceso de maternalización, otorgándole los cuidados que su bebé necesitaba, sin embargo dicho proceso, se vió abruptamente interrumpido a raíz del inicio de su actividad laboral.

Desde el punto de vista de Békey (1984) en un comienzo madre e hijo forman una unidad indivisible ya que la vida del bebé depende de esta, quien deberá captar y responder a las necesidades de su bebé. Así mismo plantea que no existe en esta etapa para el bebé nada fuera de su cuerpo. Tras la decisión de Mariana de salir a trabajar tan abruptamente se produjo posiblemente una ruptura en el vínculo ,argumentada en el hecho de que fue a partir de su ausencia , que comenzaron las primeras manchas en el cuerpo de Miguel. Como este interjuego de satisfacción se vió afectado, es posible que este límite psíquico entre yo y no yo haya dificultado el inicio del proceso de simbolización.

Profundizando en la relación madre –hijo se destaca el aporte de Spitz (1966) quien estudia las relaciones en la diada desde el inicio y las anomalías en las relaciones de objeto. El autor afirma que el lactante nace desamparado, no siendo capaz de sobrevivir por sus propios medios y necesitando de la madre. Surge así una relación diádica que a medida que se va desarrollando permite la independencia del mundo que lo rodea. Los hechos que acompañaron los primeros meses de vida de Miguel como la suspensión de la lactancia ,dando fin al contacto corporal entre ella y su bebé , como así

también la renuncia a su cuidado , dejándolo a cargo de su abuela , gran parte del día .A partir de aquí Miguel podría haber tenido dificultades para independizarse paulatinamente de su mamá. Las interpretaciones desarrolladas adquieren aún mayor solvencia, teniendo en cuenta los aportes de Winnicott (1963) quien postula que si las primeras lactaciones no se manejan bien se pueden causar grandes perturbaciones y como consecuencia una falla de inseguridad.

Una madre *suficientemente buena*, como aquella que es capaz de sostener en su hijo la *ilusión* de que el pecho materno ha sido creado para saciar su necesidad , si ella no es capaz de acompañar esta *ilusión* el bebé no tiene esperanza de alcanzar una relación satisfactoria con los objetos del mundo real, se comienza con la *ilusión* para que el bebé cuente luego con los medios para aceptar la desilusión. Es probable que Mariana no haya contado con los recursos para sostener esta *ilusión* ya que se alejó de su hijo físicamente debido a su trabajo y psíquicamente decidiendo suspender la lactancia argumentando motivos infantiles como 'la leche está de color verde y me da cosita darle'.

Surgen interrogantes a partir de dicho discurso, pensando que quizás a Mariana se le dificulta esa capacidad de alimentar, sostener y cuidar a su bebé, que posibilitaría una buena integración psíquica. . (Winnicott 1993).

Mahler (1975) conceptualiza el término *simbiosis* como el estado de indiferenciación y de fusión con la madre en el que el *yo* aún no es diferenciado del *no yo* y en el que lo interno y lo externo no se perciben como diferentes .No percibe a la madre como separada, sino como una especie de extensión de su propio ser. Distintas situaciones dan cuenta de dicha relación como por ejemplo la dificultad para permanecer en el consultorio, sin el contacto de su madre; otro claro ejemplo es la permanencia en la cama con su mamá y de la mano.

Finalmente destaca el concepto de Mc.Dougall (1989) sobre la fantasía primordial de *un cuerpo para dos* .En la medida en que el niño vive experiencias de contacto con su madre , percibe su propio cuerpo y el de ella , como una unidad. A lo largo de las sucesivas situaciones de contacto, la madre construirá vivencias de seguridad y ternura que posteriormente permitirán internalizar en el niño la figura de una madre-nutricia. Si

esta construcción es deficitaria el niño permanecerá ligado a su madre sin lograr una diferenciación adecuada. En reiteradas sesiones, la psicóloga mencionó la forma en que la madre respondía a las molestias físicas de su hijo, rascándolo como si se tratara de su propio cuerpo, afianzando en el niño la idea de indiferenciación.

Un aspecto relevante que puede influir en la configuración de la díada madre-hijo es la función del padre.

Para Békey (1984) como la madre sigue unida a su hijo en una dependencia absoluta, se niega a aceptar la función paterna, es importante destacar como Mariana sigue durmiendo con Miguel en la cama y tomados de la mano sin reconocer la función del padre. Alejandro no está de acuerdo con esta situación, sin embargo su mujer y su hijo siguen durmiendo juntos. Así mismo Berenstein (1991) amplía la función paterna explicando que el padre debe realizar cierta separación entre su esposa y la familia de origen. En este caso Mariana decide pasar el Día del padre con su propio padre y no con su esposo y su hijo. Desde la óptica de Winnicott (1963) es el padre quién debe sostener a la madre en su función, pero en este caso Alejandro pasa su día con su familia primaria. Sostener implica dar un ambiente estable a su esposa, apoyarla, darle un lugar, un padre dispuesto a desempeñar su parte con Miguel.

Hasta aquí se desarrolló la díada madre-hijo, describiendo cómo afecta la relación maternal a Miguel que sufre de un trastorno psicosomático.

5.3 Analizar la trama vincular de las figuras parentales en relación a la sintomatología del niño

Para responder al objetivo planteado se deberá desarrollar diferentes abordajes del fenómeno psicosomático que ayudarán a entender el caso de Miguel y su relación con su vínculo familiar primario.

Para Zukerfeld (1996) la expresión llamada *psicosomática* sería la presencia de un cuerpo alterado y se caracteriza por un pensamiento operatorio, alexitimia y sobreadaptación. Esto podría observarse en el caso de Miguel cuando a los quince días de vida, comenzaron las manchas rojas en la piel, aunque el médico lo adjudicó a

sequedad podría estar relacionado además con el hecho de que su mamá le sacó los pañales a los 18 meses de vida, argumentando que *le hacía mal a la piel y que ya estaba grande para seguir usándolos*. Hechos tan sorprendentes pueden producir síntomas de carácter somático ya que al decir de Liberman (1962) el niño se encuentra en una indefensión psíquica que le impide protegerse de su sometimiento desmesurado a las necesidades de los demás, especialmente a las de su madre.

Es Sifneos (1972) quien introduce el término *alexitimia* que significa ausencia de palabras para los sentimientos. El padre refiere que la primera palabra que el niño dijo fue *caca* y que su hijo habla poco. Alejandro se enoja con el niño diciéndole *no sabes hablar*. Esto podría representar cierta incapacidad del padre para generar empatía con su hijo, relacionándose con las observaciones de Mc.Dougall (1989) fundamentando el hecho de que los mensajes enviados por la psique al cuerpo y viceversa se inscriben psíquicamente sin representación palabra. Según Doltó (1996) en estos trastornos el individuo sufre en su cuerpo por algo que no quiere decir.

Otro enfoque ofrecido por Zukerfeld (1996) habla de la dialéctica de la constitución biológica y del yo auxiliar materno con sus carencias y excesos, como determinantes del funcionamiento del aparato psíquico. Con respecto a este caso cuenta su madre que como estuvo tanto tiempo sin su hijo ahora quiere *estar encima*. Podríamos inferir el desequilibrio afectivo de Mariana representado tanto en sus defectos como sus excesos.

Por otra parte, para López Arranz (2000) el fenómeno psicósomático tiene la condición de un trauma. Existe una falla a nivel de la comunicación que no ha permitido que el adulto auxiliar realice la función específica que tiende al cese del estímulo interno. En el relato, Mariana sale a trabajar a los quince días de vida de su bebé compartiendo su función con la abuela y la tía de Miguel, combinando la lactancia entre pecho materno y biberón, podría decirse que esta situación en la que se encuentra el niño no sería óptima para generar un ambiente protector de posibles traumas posteriores.

Desde otra óptica, Guir (1984) menciona que el niño intenta a través de su manifestación física reemplazar la falla en la comunicación con su madre. Esta posible

falta de empatía de Mariana con su hijo, señalada en no poder respetar los ritmos del niño se manifiesta a nivel somático.

Según Mahler (1977), los niños con enfermedades psicosomáticas sufrieron déficit de balanceo, sostén y movimiento rítmico de brazos. Mariana relataba que la abuela de Miguel, decía que *mejor lo dejaba en el corralito*, mientras que ella y su hija se dedicaban a limpiar la pieza.

Para la autora, estos niños también carecieron de contacto de piel, así como la privación del juego de succión, antes y después de amamantar. Al respecto cabe señalar que Mariana dejó de darle el pecho a los tres meses de vida de Miguel. De esta manera la simbiosis evolutiva normal se vió alterada, ya que la madre tuvo dificultades, por un lado para mantener un proceso de amamantamiento adecuado, como así también para mantener un contacto corporal suficiente.

Lieberman (1962) profundiza el concepto de sostener, se trata de bebés que inhibieron experiencias de chupeteo, mamando tranquilos y quietos. Se puede señalar que Miguel sufrió el destete abrupto y por otro lado su abuela no lo sostenía para darle el biberón sino que se lo daba en el corralito., produciéndose un interjuego negativo para el niño, ya que por las manifestaciones somáticas de su cuerpo, los adultos auxiliares responden alejándose.

En otro sentido, Lieberman (1982) opina que la pareja paterna mantiene roles afianzados y rígidos, la madre es quien asume el manejo y educación del niño. En cuanto a lo señalado Mariana relata que es ella quien lleva a Miguel al jardín y a la terapia, se podría decir que Alejandro queda excluido. En este caso Alejandro no mantiene una relación empática con Miguel, parecería estar apartado de su rol. No lo lleva al jardín, ni a la psicóloga, ni al doctor. Parece no realizar ninguna actividad con su hijo. De este modo en la relación entre los padres se juegan roles complementarios como excluido –excluyente, que se trasladan en general a todos los aspectos de la vida cotidiana, donde en la pareja siempre alguno de los dos queda excluido de las actividades con su hijo. Otro ejemplo claro de exclusión es cuando Alejandro y Miguel celebran el día del padre sin la compañía de Mariana.

Lieberman(1982) señala también, que el padre del paciente psicossomático es inoperante, en este caso , Alejandro pareciera carecer de fuerza para incluirse en el grupo familiar primario, como otro diferente. Alejandro no participa activamente, solo expresa que existen alteraciones en el vínculo entre Mariana y Miguel, pero no se impone, por ejemplo para que el niño tenga un espacio propio donde dormir. En la entrevista analizada por la psicóloga, el papá refiere que cuando Mariana alimentaba a Miguel *le enchufaba la comida en la boca*, esta observación la expresó en la única entrevista que mantuvo con la psicóloga.

Mc. Dougall (1989) refiere de la importancia de las primeras relaciones madre-bebé. No todas las madres saben escuchar las comunicaciones del lactante, o las quejas. Se puede inferir que Mariana no contó con los suficientes recursos para poder amamantar a su bebé por ejemplo libidinizándolo, podría pensarse que quizás Mariana haya sido víctima de desamparo en las primeras etapas de su desarrollo.

Para Békey (1984) hay dos grupos de madres: las muy narcisistas, egocéntricas y las madres depresivas. En este caso esta mamá, si bien parece pendiente de su hijo en varias ocasiones, lo priva de contacto emocional con ella y con el padre, se podría pensar que los eczemas en la piel del niño responderían a esta actitud maternal.

Así mismo Lieberman (1993) hace mención a la madre que rebota y a la mete bombas. La madre que rebota presenta desconexión afectiva y la madre mete bombas sobrecarga a su hijo con propias proyecciones .En el caso de Miguel, la mamá oscilaría entre estos dos tipos maternales, por ejemplo cuando lo inscribe en el jardín sin avisar a la directora de la afección de piel de Miguel que merece un cuidado especial o en contraposición cuando manifiesta tener ganas de *estar encima de su hijo*.

La dermatitis atópica (2009) es una enfermedad inflamatoria crónica que cursa con brotes. Su alta prevalencia en la edad pediátrica hace que en ocasiones se subestime el impacto de la enfermedad en la calidad de vida de los pacientes. Es importante destacar que después que la tía de Miguel tuvo un A.C.V, el niño tuvo tres veces brotes tan severos que ocasionó su internación impactando en las características de vida. El intenso prurito que guarda la enfermedad conduce a alteraciones del sueño, en este caso la

madre refiere que Miguel duerme de día, porque por la intensa picazón, el niño de noche no puede conciliar el sueño, ocasionando también una alteración en la disposición de vida de toda la familia. Para el manejo óptimo de la dermatitis atópica es necesario mantener una higiene cuidadosa e hidratar correctamente la piel. Mariana cuenta que para mantener la higiene de su casa como corresponde, se pasa el día limpiando.

En cuanto a la ropa se recomienda el uso de prendas de algodón y evitar la lana, fibras sintéticas, plástico o goma, así como cualquier prenda que favorezca la sudoración. (1988). En este sentido la analista de Miguel ante la inseguridad de la madre acerca de cómo vestirlo, le señaló la importancia del uso de ropa de algodón.

5.4 Proponer posibles intervenciones

Antes de proponer intervenciones, se describirá la hora de juego de Miguel, expresada por la psicóloga y la intervención que ella realizó.

Miguel impresiona como un adulto formal y tenso, según los dichos de la psicóloga. Acepta con naturalidad pasar a su consultorio, acompañado de su mamá, quién lo toma de la mano.

Miguel permanece rígido, quieto, sentado en su sillita mientras juega con los bloques ordenándolos por color. La verbalización explicativa del juego no es espontánea, sino que se da como respuesta a las preguntas de la psicóloga.

Siempre realiza el mismo juego, primero ordena bloques de madera por colores, luego hace pegotes de plastilina y por último juega con dos autitos, sin moverse más allá del espacio que le brinda la mesa. Como observa Elfrón et al (1987) se puede señalar una modalidad clara de rigidez en el juego de Miguel, que sería utilizada frente a ansiedades muy primitivas para evitar la confusión ya que cualquier situación nueva lo puede desorganizar. Esta defensa empobrece al yo y da como resultado un juego monótono y poco creativo. El juego es estereotipado y perseverante, se repite una y otra vez la misma conducta. En otra sesión, después de treinta minutos de realizar su mismo juego, la psicóloga le muestra las témperas, el niño las mira y dice que no quiere ensuciarse. *Pinta vos*, le dice a la psicóloga *yo no me ensucio*. Reitera esta actitud durante todo el tiempo, anuncia que va a pintar y no pinta. La psicóloga le dice que no

tenga miedo de ensuciarse, que le compró un jabón especial para él, y una toalla suavecita, que después lo acompaña al baño y se lava las manos. Miguel comienza a pintar. Esta escena en donde la psicóloga le ofrece un jabón y una toalla para satisfacer las necesidades del niño, dan lugar a un juego creativo, a que se anime o pueda pintar, donde el niño puede confiar, que la psicóloga está ahí, pendiente de él. Se organiza así este espacio transicional, entre la psicóloga y el niño, permitiendo la función de holding que refiere a la capacidad de sostén emocional (Winnicott 1971).

Freud (1914) sostiene que el juego en el niño es siempre simbólico. Cuando analiza el caso que se conoce como *el juego del carretel* expresa que el juego recrea la escena de la aparición y desaparición materna. En el transcurso del análisis de Miguel, la analista invita al niño a jugar pero este, solo acepta hacerlo si su mamá se queda con él. A esto la analista ofrece la propuesta de jugar con la puerta abierta mientras la mamá espera afuera.

Respecto de esto, una intervención posible será invitar a la madre a jugar juntos los tres en el consultorio, ya que es evidente que la falla en este vínculo nos refiere a la simbiosis. Se puede ofrecer plastilina a la madre y al niño y armar formas diferentes, inclusive integrando un nuevo color, aceptando diferencias de formas y colores. Para Altschul (2012) la noción de límite resulta central en el desarrollo infantil y se ve entrelazado con el juego. Es evidente que aquí se puede abrir un espacio para comenzar a establecer ese límite, que aún no se ha establecido. Al referirse a los límites la autora habla de un proceso yoico que dará lugar a la constitución del aparato psíquico, que en Miguel está en vías de desarrollo. Este movimiento dará lugar a la generación de espacios internos, a través de la constitución de fronteras, entre su psique y el cuerpo y a su vez entre el bebe y la madre. Altschul (2012) señala que cuando el yo encuentra dificultades en el armado de límites y fronteras se pueden producir trastornos destructivos que se reflejan en alteraciones del pensamiento y por ende contra la capacidad de simbolización por naturaleza del infante.

En otro sentido se podría proponer un juego de dactilopintura, que implique ensuciarse, tomar contacto con la pintura y los distintos objetos. Ya que esto ayudaría a Miguel como sostiene Liberman (1993) a dar a través del juego, organización y

estructura a los objetos lúdicos que ofrecemos al niño, por lo que implica también la inclusión del cuerpo dentro del espacio .De esta manera se dará lugar a la transmisión de sus emociones.

Otra posible intervención que se le puede brindar a Miguel, es proponer un espacio transicional para jugar al juego de ausencias y presencias, que es el juego de esconderse para ser encontrados, porque aquí se abre la posibilidad de establecer, reglas, tiempos de espera, lo que para Békey (1984) simbolizaría una madre con capacidad de dejar espacio para que el niño pueda establecer vínculos con otros. Aquí la primera que podría esconderse podría ser la analista, ofreciéndose como ejemplo a seguir por la madre y luego se puede jugar al mismo juego pero con objetos o juguetes que Miguel pueda elegir. Estos juguetes pueden tener un nombre, pueden hablar y expresar sentimientos.

La psicóloga debe darle al niño un ambiente facilitador, como expresa Winnicott donde juntos, tanto Miguel como la terapeuta puedan construir confianza y para que este niño pueda adaptarse a la terapia .Este lugar, debe proporcionarlo la psicóloga, debe ser un lugar seguro.

Marty (1991)señala la importancia de la función materna al comienzo de la terapia .La psicóloga deberá acompañar a Miguel con sus palabras y con explicaciones poniendo en palabras todo lo que sucede en ese marco terapéutico para dar confianza al niño, y apoyándose también en gestos y mímicas , como lo hace una madre.

Para Békey (1984) es indispensable un tratamiento conjunto entre el médico y la psicóloga. Es fundamental, en este caso, contactar al médico del niño, para saber cómo va su tratamiento, si los padres lo llevan a la consulta, y en este caso, cual sería el tratamiento para este niño en particular.

Es primordial para Békey (1984) tratar al niño con su grupo familiar, ya que su enfermedad es producto de sus relaciones objetales. Si el papá no puede ir a la terapia, se

tendría que trabajar con la díada madre-hijo y así poder ir realizando una tarea reparadora entre los tres: madre, niño y psicóloga.

La psicóloga de Miguel hace incapié en la importancia de poder establecer una entrevista con los padres del niño para ofrecerles una orientación para construir algunas rutinas en la casa, como la hora de sueño del niño y las salidas con el padre. De esta manera se afianzarían los vínculos con este y se mejorarían también la relación diádica madre-hijo.

Se pudo constituir en la entrevista, que finalmente asistieron los dos, que Miguel duerma solo en su cama, separado de la cama de sus padres por un biombo. También se pudo establecer que los viernes por la tarde sea el padre quien busque al niño al jardín de infantes al que asiste. Esto produjo avances significativos en la terapia como así también una mejor relación vincular entre ellos tres.

6 CONCLUSIONES

En el presente trabajo se ha procedido a describir y analizar la importancia que tiene la relación que existe entre la simbiosis de la díada madre bebé ; las relaciones vinculares y las manifestaciones psicósomáticas . Para poder dar cuenta de esta relación existente se han explorado los objetivos específicos a través de dos observaciones no participantes de supervisiones hechas por su analista del mencionado caso. y una entrevista realizada a la psicoanalista.

Mediante el análisis y descripción planteado en el primer objetivo se comprende que, cuidar la primera relación madre-hijo, proteger esta díada de vivencias traumáticas , es una difícil tarea, que merece dedicación, ya que las alteraciones de estas primeras relaciones pueden desencadenar en trastornos psicósomáticos. De esta manera se ha podido evidenciar, la repercusión que tiene en el sujeto las primeras relaciones objetales.

Winnicott (1963) postula que si las primeras lactaciones no se manejan bien ,se pueden causar grandes perturbaciones .La madre posibilita a su hijo la ilusión de que el pecho materno ha sido creado para saciar su necesidad, ella es capaz de permitirle dicha ilusión. Si ella no es suficientemente buena, el niño no tiene esperanza de alcanzar una relación estimulada con los objetos o personas del mundo real, realidad externa.

En el segundo objetivo, se describieron las primeras relaciones vinculares del grupo familiar, en relación con la sintomatología del niño. La descripción de la influencia de los padres sobre el desarrollo, la relación afectiva con el niño, son factores que contribuyen a condicionar una evolución sana o perturbada del niño.

Ha quedado explicitado en este caso, que Miguel forma parte de una familia, que desde sus primeros días de vida, está incluido en una red de interacción grupal con serias perturbaciones. Se ha señalado que son padres con dificultades para encarar la crianza de su hijo .Donde siempre alguno juega un rol de excluido. Son padres que no están preparados para satisfacer las necesidades de su hijo. La niñez transcurre en una familia que no concibe el dolor psíquico ni las demostraciones afectivas. Para Liberman et al

(1982) son padres que depositan en el hijo, intensas expectativas con exageradas ambiciones sobre rendimientos exitosos y precoces.

En cuanto al tercer objetivo, en la propuesta de posibles intervenciones, se trata de seguir trabajando el vínculo madre-hijo, construyendo un proceso de diferenciación hasta ahora inexistente, ya que el niño parece no diferenciarse de la madre y viceversa.

También, como dice Békei(1984) se mencionó la colaboración indispensable entre pediatra y psicólogo, actitud que no sólo facilita el trabajo de ambos especialistas , sino que es un primer paso para romper la disociación mente –cuerpo.

Otro punto importante, es seguir el ejemplo de modelos de conducta, para trabajar los límites y fronteras del niño y su mamá, en un camino continuo de preservación de su cuerpo, y que pueda discriminar su propio cuerpo, del cuerpo de la madre.

A partir de estas posibles intervenciones, se abre la posibilidad de elaborar estas vivencias traumáticas, mediante nuevas construcciones, augurando un buen pronóstico.

Como limitación de este trabajo y además a nivel personal, me gustaría señalar que si bien la observación no participante es una experiencia muy enriquecedora, resulta muy complejo describir las conductas de un niño observadas por la psicoanalista.

Me hubiera gustado también plantear otro objetivo, abordando la relación de apego, tema que creo se hubiera podido desarrollar con su pertinente recorte.

Igualmente sentí que me faltaba experiencia para abordar un tema tan complejo como los trastornos psicósomáticos.

Como aporte personal, dados los conceptos y desarrollo implicados en el caso, sería primordial en el caso de Miguel, proponer realizar sesiones vinculares a modo de terapia familiar, para trabajar la díada madre-niño y poder incluir al padre para la futura construcción de tres. Se podría lograr así que Mariana incluya a Alejandro en esta díada, lo que resultaría favorable para la salud de Miguel.

En cuanto a la Práctica de Habilitación Profesional realizada en la Asociación , en la cual se realizó este trabajo, se pudo asistir a la mayoría de las actividades

realizadas por la Institución ,y se pudo observar en las supervisiones como se integra la teoría a la práctica psicoanalítica. En dicha Asociación se propusieron y desarrollaron ideas en un ambiente cálido y motivador para el estudio y el trabajo en equipo. Siguiendo esta concepción he quedado profundamente motivada para trabajar en casos clínicos y poder acceder a la supervisión de profesionales tan destacados como B.M. y otros profesionales de excelencia.

Otra limitación que se presentó en el desarrollo del trabajo es la imposibilidad de acceder a la historia clínica del paciente, solo se trabajó con una ficha de admisión y con los relatos que plasmó la psicoanalista desarrollados en una entrevista y dos supervisiones.

En cuanto al aporte crítico, creo que es problemático llevar a cabo un trabajo, de un caso clínico, por la dificultad que se presenta en observar y evidenciar aspectos de una persona a través de los dichos de la psicóloga.

La realización de mi Trabajo Final Integrador me lleva a pensar en el importante rol que asume el psicólogo con respecto al encuentro diario de los casos clínicos, poniendo en marcha toda su creación .Este profesional de la psicología debe estar en constante formación adaptándose y desarrollando todas sus potencialidades para acceder con compromiso a cada individuo con su particularidad.

7 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Altschul, M. (2012). *Un psicoanálisis jugado. El juego como dispositivo en el abordaje terapéutico con niños*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Asturrizaga, E. & Unzueta, C. (2008). El Estatuto del juego en la clínica psicoanalítica con niños. *Ajayu*, 6 (1). Disponible en www.ucb.edu.bo/publicaciones/ajayu/v6n1/v6n1a1.pdf
- Békey, M. (1984). *Trastornos psicossomáticos en la niñez y adolescencia*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Berenstein, I (1991). Reconsideración del concepto de vínculo. *Psicoanálisis*, 13(2), 2-8.
- Bleichmar, E. (2005). *Manual de psicoterapia de la relación padres e hijos*. Buenos Aires: Paidós.
- Bleichmar, S (2009). *Inteligencia y simbolización*. Buenos Aires: Paidós.
- Capdevielle, J (2006). *Fenómeno psicossomático, psicoanálisis y medicina*. Disponible en <http://www.con-versiones.com/nota0882.htm>
- Chemama, R. (1998). *Diccionario del Psicoanálisis*. Buenos Aires: Editorial Amorrortu.
- Dolto, F. (1996). *Pediatría y Psicoanálisis*. Madrid: Siglo Veintiuno editores
- Efron, A; Fainberg, E; Kleiner, A & Woscoboinik, P (1974). *La hora de juego diagnóstica*. En Ocampo, M; García Arzeno, M & Grassano de Piccolo, E. *Las Técnicas Proyectivas y el proceso psicodiagnóstico*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Freud, S. (2005a). Introducción del narcisismo. En J. L. Etcheverry (Traduc.) *Obras Completas Sigmund Freud* (Vol.). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1914).

- Freud, S. (2005b). Pulsiones y destinos de pulsión. En J. L. Etcheverry (Traduc.) *Obras Completas Sigmund Freud* (Vol. XIV). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1914).
- Guir, J. (1984). *Psicosomática y Cáncer*. Buenos Aires: Catálogos - Paradiso.
- Klein, M. (1929). La personificación en el juego de los niños. *Obras completas* (Vol. 1, pp. 191-200). Buenos Aires: Paidós (Trabajo original publicado en 1929).
- Lebovici, S. (1989). *El lactante, su madre y el psicoanalista: las interacciones precoces*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Lebovici, S. (1991). *El bebe, la madre y el psicoanalista*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Liberman, D. (1962). *La comunicación en terapéutica psicoanalítica. Aplicaciones de la teoría de la comunicación al proceso transferencial*. Buenos Aires: EUDEBA.
- Liberman, D.; Gassano de Piccolo E.; Neborak de Dimant, S.; Pistiner de Cortiñas, L. & Roitman de Woscoboinik, P. (1982). *Del cuerpo al símbolo*. Santiago de Chile: Anaké.
- Lopez Arranz, Z. (2000). *Perspectiva Freudiana del fenómeno psicossomático*. Madrid: Paidos
- Mahler, M. (1975) *The psychological Birth of the Human Infant*. New York: Basic Books.
- Marty, P. (1991). *La psicossomática del adulto*. Buenos Aires: Amorrortu.
- McDougall, J. (1989). *Teatros del cuerpo*. Barcelona: Yebenes.
- McDougall, J. (1993). *Alegato por cierta anormalidad*. Buenos Aires: Paidós.
- National Eczema Association. (2013). *Todo acerca de dermatitis atópica*. Disponible en <http://www.nationaleczema.org/living-with-eczema/todo-acerca-de-dermatitis-at%C3%B3pica>

- Núñez Sánchez, E. González Otero, F. Rodríguez, E. & Avilán, J. (1999). Trastornos de Ansiedad en Madres de Niños con Dermatitis Atópica de Moderada a Severa, *Revista Dermatológica Venezolana*, 37 (1), 17-25.
- Rotenberg, E. (2013) *Expuesta piel del niño*. Disponible en <http://www.página12.com.ar/diario/psicología/9-225722-2013-08-01.html>
- Spitz, René, (1992) “El primer año de vida del niño”, Fondo de Cultura Econ. Arg., Bs. As., pág. 139 a 148.
- Stern, D. (1991) *El mundo interpersonal del infante*. Buenos Aires: Paidós
- Thome Ferreira, V. R., Campio Müller, M. & Zogbi Jorge, H. (2006). Dinâmica das relações em famílias com um membro portador de Dermatite Atópica: um estudo qualitativo, *Psicologia em estudo*, 11(3), 617-625.
- Tincopa O.; Herrera C. & Exebio C (1997) Prevalencia en escolares de Trujillo con y sin antecedentes personales y/o familiares de Atopia. *Dermatología Peruana* 7, (2), 35-48.
- Winnicott, D. (1963). *Los casos de enfermedad mental en el proceso de maduración del niño*. Buenos Aires: Laia.
- Winnicott, D. (1993). *La naturaleza humana*. Buenos Aires: Paidós.
- Winnicott, D. (1999). *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa.
- Zukerfeld, R. y ZonisZukerfeld, R. (1996). *Psicoanálisis, tercera tópica y vulnerabilidad somática*. Ed. Lugar. Buenos Aires.