



TRABAJO FINAL INTEGRADOR.

LA ALOPECÍA INFANTIL DESDE UN ABORDAJE PSICOANALÍTICO.

Tutor

Lic. José Di Sipio.

Alumna

Graciela Isabel Vázquez
vazquez.gachi@gmail.com

53.503

Índice

1.	Introducción.....	4
1.1.	Objetivos	4
2.	Marco Teórico	5
2.1.	Enfermedad psicósomática	5
2.1.1.	Conceptualización.	5
2.1.2.	La alopecia areata como fenómeno psicósomático	6
2.1.3.	El fenómeno psicósomático desde un abordaje psicoanalítico	7
2.1.4.	Características del paciente psicósomático	9
2.2.	Enfermedad psicósomática infantil: Ámbito relacional-familiar.	11
2.2.1.	Características del vínculo materno en el enfermo psicósomático infantil	12
2.2.2.	Influencia del vínculo materno en la aparición de la sintomatología.....	14
2.3.	Trauma.....	16
2.3.1.	Conceptualización	16
2.3.2.	El trauma como desencadenante del fenómeno psicósomático	18
2.4.	Intervenciones.....	20
2.4.1.	Vías de abordaje en el enfermo psicósomático	20
2.4.2.	El lugar del juego en el proceso analítico infantil.....	21
2.4.3.	El juego en el niño con enfermedad psicósomática	23
2.4.4.	Rol del analista en el proceso analítico infantil	25
3.	Método.....	26
3.1.	Tipo de estudio	26
3.2.	Participantes	27
3.3.	Instrumentos	27
3.4.	Procedimientos	28
4.	Desarrollo	29

4.1.	Modalidad de la Institución	29
4.2.	Presentación del caso evaluado	30
4.3.	Análisis del vínculo materno y su relación con la patología.....	33
4.4.	Análisis del efecto de la muerte del hermano como desencadenante del fenómeno psicosomático.	39
4.5.	Descripción de posibles intervenciones y vías de abordajes desde un marco psicoanalítico.	42
5.	Conclusión.....	47
6.	Referencias Bibliográficas.....	52

1. Introducción

La institución elegida para la puesta en marcha del presente trabajo es la Asociación de Psicoterapia Clínica Nueva Fuente, una institución dedicada a la asistencia, docencia e investigación en patologías psicosomáticas.

La Asociación Nueva Fuente ofrece al residente una aproximación sobre condiciones diferenciales en relación al diagnóstico y tratamiento psicoterapéutico de pacientes con patologías cardiológicas y dermatológicas, dentro del campo hospitalario y en el marco de la observación psicoanalítica.

Es posible observar diferentes actividades de supervisión tanto de pacientes hospitalarios como aquellos que integran la red asistencial de la institución.

A sí mismo participar en ateneos clínicos y espacios teóricos de estudio y reflexión de las diferentes áreas.

1.1. Objetivos

Objetivo General.

- Describir el caso de una niña de 4 años con alopecia areata y analizar la relación de su patología con el ámbito relacional-familiar desde un abordaje psicoanalítico.

Objetivos específicos

- Analizar las características del vínculo materno y su relación con la sintomatología de la niña.
- Analizar el efecto de la muerte del hermano como desencadenante del fenómeno psicosomático.
- Describir posibles intervenciones y vías de abordajes desde un marco psicoanalítico.

2. Marco Teórico

2.1. Enfermedad psicosomática

2.1.1. Conceptualización.

La conexión mente/cuerpo ha sido una preocupación muy antigua de la medicina; sin embargo, las informaciones en este ámbito son escasas. La Asociación Psicosomática Americana en 1944, describió de qué forma y en qué medida la aparición, el curso o la superación de las enfermedades físicas están determinados por procesos biológicos, psicológicos y sociales. Por ello es pertinente, explorar y observar las relaciones que puedan existir entre la enfermedad y las circunstancias que rodean a la misma.

Todas las patologías son multicausales, y dependiendo del tipo de afección, hay una gran variabilidad en la implicación de los factores etiológicos y la importancia en su origen, mantenimiento y desenlace. Es frecuente encontrar la confluencia de factores genéticos, familiares, culturales, ambientales, nutricionales, psicológicos, etc (Ibarra Medina & Imaz Garciandía, 2012).

La idea fundamental del concepto psicosomático se expresa en una concepción integral del ser humano, en la que se congregan las relaciones entre lo psíquico y lo somático tanto en la visión de la salud como en la de la enfermedad. El hombre es psicosomático por definición, en consecuencia puede constituir un motivo de confusión denominar psicosomáticos a enfermos o enfermedades. Dicho calificativo solo cobra valor cuando se aplica a nociones generales para precisar el sector de las ciencias humanas considerada las Ciencias Psicosomáticas. Desde aquí, la psicosomática es el resultado de una particular dialéctica de las relaciones que un individuo, en su totalidad psíquica, biológica, histórica y social, establece consigo mismo y con los otros (Marty, 1995).

Dentro de esta perspectiva, la investigación actual sobre la patología psicosomática se basa en dos principios: multifactorial y multidisciplinar, se han realizado estudios considerando diferentes variables para explicar este tipo de patología, trabajos que demuestran que los síntomas psicosomáticos pueden relacionarse con múltiples aspectos.

Entre estos factores se encuentran el estrés, depresión, historia familiar, sexo, formas de afrontamiento, el apoyo social, la autoestima, entre otros (González & Hernández, 2008).

2.1.2. La alopecia areata como fenómeno psicosomático

La alopecia areata (AA), es una forma especial de calvicie que semiológicamente consiste en áreas alopécicas aisladas del cuero cabelludo, de bordes netos, limpios, no erimatosos ni descamativos.

Puede presentarse con distintas formas clínicas:

- Alopecia areata ofiásica: que afecta al borde de implantación frontal temporal y región occipital.
- Alopecia areata total: con pérdida de pelo de todo el cuero cabelludo.
- Alopecia universal: del pelo de todo el cuerpo.

Las distintas opciones terapéuticas médicas van a depender de la intensidad clínica. Estas varían entre el suministro de corticoides tópicos e intralesionales como minoxidilo, antralina, difenciprona; a los tratamientos de vía oral, como los corticoides y psolarenos. Suele indicarse en paralelo sesiones de fototerapia (Restrepo & Niño, 2012).

Frente a cualquier caso en concreto es fundamental trazar un plan de tratamiento adecuado, valorando: la severidad de la afectación, la repercusión en el paciente y las posibilidades terapéuticas. Es importante medir el riesgo/beneficio en cada caso y actuar de forma coherente estableciendo una escala de tratamiento de menor a mayor riesgo según la gravedad del caso y la respuesta al tratamiento.

En lo referente a dicha respuesta, la repoblación pilosa reviste características clínicas peculiares. Inicialmente aparece un vello fino y claro en el centro de las placas para posteriormente adoptar ya el color normal del cabello. También se observa con frecuencia, en casos crónicos, que el nuevo cabello que se consigue suele tener características estructurales diferentes al original, es más rizado en pacientes de cabello tieso y a la inversa (Lacueva Modrego & Ferrando Barberá, 2012).

Los dermatólogos postulan que la AA hace su aparición en un terreno genéticamente determinado por encontrarse antecedentes familiares en un 20% de los casos, sin embargo reconocen que en la producción del fenómeno debe intervenir una vivencia emocional intensa y angustiante que actuaría mediada por una reacción inmunológica. Adjudican un rol importante a esta mediación, al encontrar frecuentemente la asociación del síndrome con enfermedades de naturaleza autoinmune, pero no se halló hasta el momento, ningún anticuerpo dirigido contra una estructura folicular. A sí mismo, faltan pruebas que atestigüen la actividad de un mecanismo inmunitario celular. Es decir que desde el punto de vista dermatológico la naturaleza de la alopecia areata está llena de incertidumbre (Bekei, 1996).

Se han relacionado algunos casos de AA con el estrés y trastornos de carácter emocional, que podrían modificar las funciones inmunológicas del individuo. Los resultados de los estudios practicados revelan que el 23% de pacientes con AA presentaban ansiedad aguda o shock mental antes de iniciar su primer episodio de pérdida de cabello. Mehlman y Griesemer (1992, citado en Reyes, 2010) evaluaron a 20 niños con AA, encontrando que un acontecimiento estresante había ocurrido unas dos semanas antes de desarrollar la enfermedad.

Se admite actualmente que en la AA participan una serie de factores psicosomáticos:

- Un acontecimiento en la vida del paciente.
- Actitud de la personalidad
- Traumatismos agudos: accidentes
- Pérdida afectiva: muerte de un familiar, divorcio, etc (Restrepo & Niño, 2012).

2.1.3. El fenómeno psicosomático desde un abordaje psicoanalítico

Desde el descubrimiento del Inconsciente, Freud (1893/2006) no cesó de remarcar la incidencia de éste sobre el cuerpo. El cuerpo como soporte de expresión en ciertas patologías; mostró cómo el síntoma histérico era la conversión somática de un afecto muy

intenso: el yo consciente reprime una representación inaceptable, que va a encontrar en las manifestaciones físicas, una traducción simbólica. El síntoma adquiere, entonces, valor de mensaje, está del lado simbólico y pertenece a las formaciones del inconsciente. La segunda vertiente del síntoma, se sostiene de su expresión corporal, funcionando aquí a modo de protección. Puede ser tomado como signo o como significante, esto plantea la cuestión del sentido de la patología y de la organización de la relación del sujeto a lo real. La producción del síntoma está ligada a la manera como el sujeto asume su confrontación a lo real.

Abordajes posteriores de autores como Winnicott (1964/1993) conceptualizan el síntoma psicósomático como una división entre la psiquis y el soma, división que se encuentra en el paciente como escisión del yo, es el negativo de un positivo, donde lo positivo es la tendencia a la integración y personalización, una unidad de la psique y del soma. Tales síntomas se gestan en períodos tempranos de construcción del primer símbolo que representa la confianza en la relación materna, cuando la experiencia de creación del objeto transicional queda anulada o disminuida o frente a algún problema posterior con el objeto externo que le quite vitalidad o lo transforme en persecutorio. El inicio de la cadena simbólica entonces, corre riesgo, así como también la posibilidad de usar símbolos y creer en ellos para poder elaborarlos.

Sobre el pensamiento del paciente psicósomático, Marty (1995) lo denomina pensamiento operatorio, que se caracteriza por cierta deficiencia en la actividad fantasmática, una disminución del uso de símbolos en la tramitación de los procesos psíquicos y pobreza en las cadenas asociativas. Es manifiesta la escasez de sueños a los que ha denominado sueños crudos, debido a una existencia de inadecuación o falla del medio durante el período en que se producen los procesos de integración, comprensión o relación con la realidad objetiva. Las fallas se encuentran a nivel del preconscious; la ausencia de comunicación con el inconsciente constituye una verdadera ruptura con la propia historia del sujeto.

Cabe entonces, hacer mención al valor de las representaciones que constituyen la base de la vida psíquica, proporcionan el material para las fantasías y los sueños, facilitan la

asociación de ideas, pensamientos, reflexión y son utilizados de manera directa o indirecta en la relación con los otros. A esto llamamos mentalización (Cheja, 2007).

El proceso de mentalización se construye gracias a que las representaciones de cosas que tienen una calidad sensorio-perceptiva, a través del proceso simbólico, se van organizando progresivamente en representación de palabras. Estas permiten el acceso a la fantasía, la producción onírica o los procesos de reflexión interna (Marty, 1995).

Como consecuencia, si se dan fallas o insuficiencias en la adquisición de representaciones de palabras ligadas con valores afectivos, se corre el riesgo de que la vía somática aparezca de una manera patológica. La carga de las emociones, mal vehiculizada y poco o mal elaboradas e integradas por las funciones mentales, comprometen rápidamente la vía corporal.

En otras palabras, todo sucede como si el cuerpo fuera depositario de los fenómenos pulsionales desatados, como si las pulsiones, privadas de la posibilidad de ser metabolizadas en una expresión mental, emprendieran la vía subterránea de los órganos (Restrepo Uribe, 2006).

Bleichmar (2005) expresa que la dificultad de mentalización del afecto, no es producto de la angustia inconsciente que debe ser develada, sino de la imposibilidad de darle curso a la misma y de su transmutación en descarga somática. Lo caracteriza como un exceso no significable, porque no hay representación que pueda abordar lo insignificable que sin embargo opera. Esta descarga somática frente a lo que no puede ser significado, elaborado a través de la palabra, conduce a un estilo de pacientes con características particulares.

2.1.4. Características del paciente psicósomático

Sifneos (1972, citado en Romero, 2011) introduce el término *Alexitimia*. La etimología de la palabra señala la ausencia (a) de palabras (lexis) para los sentimientos (timia). Sifneos encontró en un grupo de pacientes psicósomáticos ciertas características

comunes: un vocabulario limitado, un afecto inapropiado, una personalidad primitiva y dificultades interpersonales para la comunicación. Se destaca en el pacientes psicossomático una marcada dificultad para expresar sus sentimientos, como si no pudieran poner palabras a sus emociones.

Otros rasgos asociados son la dificultad en la simbolización, el pensamiento concreto, la insistencia en fijarse en los eventos externos relegando el mundo interno a un segundo plano y la dificultad para distinguir los sentimientos de las sensaciones corporales.

Recientemente se han desarrollado escalas para medir la alexitimia y son numerosos los estudios sobre la relación alexitimia-enfermedad psicossomática. Estos estudios revelan los procesos de pensamiento del paciente psicossomático, intentan vaciar la palabra de su significado afectivo.

Mc Dougall (1991) lo expresa como la expulsión fuera de la psiquis de algunos traumas, de un modo que difiere notablemente del estilo de funcionamiento neurótico, no existe en ellos ninguna huella de aquella señal de angustia que permite a la psiquis hacer frente a la situación problemática, es lo mismo que decir que aquellas señales de angustia no habían sido simbolizadas, pues no han sufrido renegación ni represión.

Lieberman et al. Grassano de Pícolo, Neborak, Dimant, Pistiner de Cortiñas y Roiman de Woscoboinik (1993) postulan que se trata de personas que manifiestan una sobreadaptación a la realidad ambiental, que se hace efectiva en forma disociada de sus necesidades y posibilidades emocionales y corporales, son personalidades con un self ambiental sobreadaptado que no han logrado la articulación adecuada entre maduración y aprendizaje corporal. En ellas el principio de realidad no solo estaría divorciado del principio de placer sino en abierto enfrentamiento. Dentro de esta constelación mental el síntoma toma características de denuncia del grado de postergación a la que el cuerpo ha sido sometido. Y es un intento de recuperación de la unidad psicossomática.

El análisis de estos pacientes demuestra que sufren de represiones masivas, están fuera de contacto con ellos mismos, su vida fantasmática es sumamente primitiva, no hallan ninguna expresión organizada. Sus pocas irrupciones en la vida onírica, demuestran una existencia ahogada. Hay un corte, un abismo que separa a estos sujetos de sus objetos

íntimos y de su vida pulsional. Dan la impresión de repetir incansablemente una situación antigua en la cual el niño ha debido crear un vacío entre él y el otro, negando la realidad de aquel y borrando así los afectos insoportables (Mc Dougall, 1991).

Zuquerfeld y Zuquerfeld (1999) aportan el concepto de *Vulnerabilidad Somática*, la idea de un sujeto vulnerable a desarrollar enfermedades somáticas, poniendo en correlación ese fenómeno con un determinado modo de organización psíquica. Sintéticamente pueden señalarse algunas características de esa estructuración:

- Marcadas fallas en los mecanismos de elaboración psíquica, que se manifestarían en la incapacidad de simbolización,
- Incapacidad funcional de la actividad fantasmática,
- Vacío representacional,
- Perturbaciones en la estructuración narcisística,
- Deficitaria estructuración del preconiente.

La vulnerabilidad somática puede relacionarse con la Conductas de sobreadaptación (Lieberman 1994), Alexitimia (Sifneos 1972) y Pensamiento operatorio (Marty 1993) (citados en Zuquerfeld & Zuquerfeld, 1999).

Estos factores, o alguno de ellos, podrían ser los puntos de partida o el sustrato necesario para hablar de una estructura somato-psíquica vulnerable. Si bien son conceptos, en su mayoría, que provienen del ámbito psicoanalítico, el concepto de vulnerabilidad es esencialmente interdisciplinario, ya que incluye el estudio de factores predisponentes, desencadenantes o que exacerban tanto el nivel psicológico como el somático. La vulnerabilidad dependería del modo de enfrentamiento de los conflictos, de la naturaleza traumática o estresante de los mismos, de las carencias constitutivas de su unidad psicosomática; resultado posible de la red social afectiva con la que ha contado el sujeto en los primeros años de su vida (Zuquerfeld & Zuquerfeld, 1999).

2.2. Enfermedad psicosomática infantil: Ámbito relacional-familiar.

Pedreira (2001) desarrolla un trabajo de investigación en el que se constata que

entre las enfermedades psicosomáticas en la primera infancia, las más frecuentes son los trastornos del sueño, seguido por los trastornos digestivos o de alimentación, los respiratorios y finalmente los dermatológicos en un 2,5 % de los casos; dentro de este grupo las más frecuentes son: dermatitis, psoriasis, eczemas, vitiligo y alopecia.

La causa orgánica de base se encuentra presente solo en un tercio de los casos en el momento de la consulta especializada. Sin embargo la evaluación de los trastornos relacionales aportó que en un 5 % de los casos se detectaron alteraciones familiares anteriores a la consulta.

2.2.1. Características del vínculo materno en el enfermo psicosomático infantil

La mirada se direcciona al estudio de las interacciones tempranas y la importancia de la relación de objeto. Mendoza Berjano (1998) aborda el rol del objeto como mediador permitiendo que las sensaciones corporales del bebé puedan eventualmente integrarse en el yo. Se trata de cierta manera de compartir una experiencia afectiva antes del desarrollo de la mentalización y de la capacidad simbólica. Las cualidades relativas a la experiencia que se origina en este nivel preverbal constituyen el núcleo central de un patrón afectivo que el individuo puede repetir a lo largo de toda su vida fin de sostener un sentimiento de continuidad de la existencia. Si la persona no alcanza una adecuada satisfacción en sus relaciones objetales, puede replegar su libido al yo, lo cual lleva a una atención exagerada a sensaciones corporales. En la constitución de esta imagen corporal vulnerable, parece decisiva la relación materna, en los primeros años de vida del niño. La forma en cómo un niño es mirado, cómo ve que lo miran, cómo es tocado, acariciado, hablado, investido eróticamente es determinante de la acuñación de la imagen corporal.

Winnicott (1964/1993) hace especial hincapié en los cuidados necesarios primeramente físicos pero pronto también imaginativos de la madre a su niño, adaptándose a las necesidades de éste. *Una madre suficientemente buena* tratará de no introducir complicaciones que superen la capacidad de comprensión del pequeño. El trastorno psicosomático se relaciona en gran parte con un cuidado y mimo materno no suficientemente bueno, que deja al infante sin lo esencial para el proceso de maduración. La

personalidad del paciente, se organiza a partir de la amenaza de aniquilación en el momento de la integración.

Dentro de los aportes que realizan Mahler, Pine y Bergman (1975/2002) plantean como el nacimiento biológico y psicológico del niño no coinciden en el tiempo siendo el segundo un proceso intrapsíquico lento de desarrollo que denominarán procesos de separación-individuación, éstos refieren al establecimiento de un sentimiento de separación respecto de un mundo real y de una relación con él, en particular con las experiencias del propio cuerpo y con el principal representante del mundo tal como el infante lo experimenta, el objeto primario de amor.

Separación e individuación se conciben como desarrollos complementarios donde la separación es la emergencia del niño de la fusión simbólica con la madre, diferenciación, distanciamiento y formación de límites; la individuación es la asunción por parte del niño de sus características individuales, evolución hacia la autonomía, percepción, memoria y sentido de la realidad.

Los autores señalan que es fundamental en este proceso la presencia de una disponibilidad emocional de la madre así como un movimiento concomitante de separación respecto del niño. Esto supone intentos de la madre por adaptarse a la maduración de su hijo así como la evolución del significado inconsciente que el hijo tiene para ella.

Gaddini (2001) ubica el síntoma psicossomático en torno al período de desarrollo normal del objeto transicional. En estos casos aparentemente la madre se retira demasiado abruptamente sin graduar la adaptación a las necesidades cambiantes y en expansión del niño, cuyos procesos de crecimiento lo empujan hacia la independencia. Cuando la madre falla en la adaptación a su niño, en momentos en que la necesidad de este no ha creado el objeto transicional, el niño puede sentir la amenaza de aniquilación y volverse a manifestaciones somáticas.

Se destacan los aportes de Palacio Espasa y Manzano (1993) en torno al lugar que ocupa el niño y fundamentalmente sus manifestaciones sintomáticas en la psiquis de la madre, permitiéndole reencontrar y recuperar un objeto perdido. El resultado es que el objeto proyectado sobre el hijo está sometido al conflicto de ambivalencia propio de todo

duelo patológico. Las manifestaciones patológicas del niño representan los aspectos dañinos o persecutorios del objeto, pero permiten al mismo tiempo, la recuperación del vínculo libidinal con él.

Como resultado de estudios realizados a niños con Alopecia Areata, Bekei (1996) describe dos grupos de madres:

- Madres narcisistas: el contacto con él bebe no es empático, el niño es una posesión que cubre necesidades personales.
- Madres depresivas: quienes cumplen mecánicamente sus funciones maternas para satisfacer necesidades fisiológicas del bebe, sin contacto libidinal, existe presencia física pero ausencia psíquica.

Ambos grupos fallan en su función estimuladora de la estructuración yoica y especialmente del proceso de simbolización.

Killingmo (2005) presenta el concepto de déficit para dar cuenta de fallas en la capacidad de feedback (retroalimentación) emocional del cuidador del infante que provocan incapacidades estructurales en el mismo. Plantea tres tipos de fallas:

- Falta de estimulación
- Sobreestimulación
- Estimulación mal orientada

Estas fallas pueden, en mayor o menor medida, generar una deficiencia emocional temprana que podría hacerse presente a través del cuerpo.

2.2.2. Influencia del vínculo materno en la aparición de la sintomatología

McDougall (1991) desarrolla el concepto de un cuerpo para dos: la representación psíquica de la madre, tal como se dibuja lentamente para el niño pequeño, está íntimamente ligada a la capacidad materna de modificar el sufrimiento físico o psicológico del lactante. Un bebé que tiene hambre, que está mojado, que ha sido herido, que tiene miedo o está enojado no puede en forma alguna influir en estos estados. A medida que se va llevando a cabo, la introyección del entorno materno, el lactante empieza a diferenciar entre él y su

madre, y a recurrir a ella con toda confianza, para que le aporte consuelo y alivie su sufrimiento físico y mental. Pero si la madre no consigue protegerlo de una sobreestimulación traumática, o lo expone a una subestimulación puede conducir a una incapacidad para distinguir entre la representación de sí mismo y la del otro, creando por consiguiente una representación corporal arcaica, donde los contornos del cuerpo, la investidura de zonas erógenas y la distinción entre el cuerpo materno y el del niño permanezcan difusas. Así pueden no vivir separación y diferencia como adquisiciones psíquicas que enriquecen y dan sentido a la vida pulsional, sino como realidades que vacían al sujeto de lo que le parece vital para sobrevivir. Esta lucha contra la división puede dar lugar entre otros a compromisos psicósomáticos, resultado de la fisura entre la psiquis y el soma.

Para Mendoza Berjano (1998) los fenómenos psicósomáticos que atañen a la piel forman un conjunto de experiencias de contacto con la madre, de sensaciones cutáneas y de representaciones en el sentido amplio de la relación que constituyen el límite entre el interior del cuerpo y el mundo exterior. En estos casos, el aparato psíquico del niño suele estar sobrepasado, no tiene capacidad para controlar la tensión psíquica ya que no dispone de un sistema apto para ligar la excitación mediante las vías de elaboración mental. No es capaz de hacer una elaboración psíquica de la excitación somática y deriva esa excitación hacia una frontera: la piel. Un lugar donde expresar aquello que no hay posibilidad de representar mediante la palabra, pudiendo ser la causa, no solo una ruptura del flujo afectivo, sino también una discontinuidad del mismo.

Cabe destacar que estos revestimientos corporales, piel y pelo, son aspectos que atraen privilegiadamente la mirada y determinan el continente de la imagen corporal narcisista que el niño va construyendo de sí mismo en los primeros intentos de su organización psíquica, a través de los intercambios con su madre. Tal representación imaginaria que el niño tiene de sí, da cuenta de la fisura de orden relacional – simbólico a la que se expone conforme avanza la organización de su aparato psíquico (Cheja, 2007).

A sí mismo, en la elección del síntoma alopecico parece altamente significativa la proporción de madres con problemas psicósomáticos que afectan a esta zona, o de otros familiares afectados. Parecería que existe en estas madres una deficiente estructuración de

la imagen corporal con fallas en la simbolización. La relación con una madre de las características citadas no parece favorable para que un suficiente investimento corporal se lleve a cabo. Otro aspecto a destacar es que se ha comprobado que con alta frecuencia estos padres presentan dificultad de individuación a lo largo de su historia, con angustia ante la soledad y necesidad de una presencia constante: de la familia, de la pareja o de los hijos.

El ataque localizado al cabello, produce un síntoma que expone a burlas, un estilo de agresión que no deja de representar autoagresión indirecta. La somatización, como proceso, es siempre autoagresiva, pero en un individuo con un yo débil y como respuesta a una vivencia traumática, el impacto inundará el yo y paralizará su funcionamiento, dificultando la elaboración del trauma (Bekei, 1996).

2.3. Trauma

2.3.1. Conceptualización

Freud (1920/2006) refiere a la situación traumática como un estado de desvalimiento debido a un estímulo externo que genera un dolor que no cesa o debido a la imposibilidad de tramitar una exigencia pulsional. Lo aplica a una vivencia que, en un breve período de tiempo, provoca en la vida anímica un exceso tal en la intensidad del estímulo que su tramitación por las vías normales y habituales fracasa, y de donde resultan trastornos duraderos para la psiquis.

Precisamente, la misma definición económica impregna su teoría de la pulsión de muerte. Como es bien sabido, el problema general de la repetición, en especial la tendencia de los traumatizados a repetir las experiencias dolorosas, tendencia difícil de explicar en términos de un intento por lograr la satisfacción libidinal, impulsan a Freud (1920/2006) a reconocer, la existencia de un *más allá del placer*, o pulsión de muerte, que actúa de manera independiente y, a menudo, en oposición al principio de placer. Postula la existencia de un *escudo protector antiestímulo* diseñado para defender al organismo del fuerte aumento de la cantidad de estímulos provenientes del mundo exterior que amenaza

con destruir la organización psíquica. Así, el trauma queda definido como una ruptura extensa o una grieta del escudo protector del yo, ruptura que pone en movimiento todos los intentos de defensa posibles, en el mismo momento en que incluso el principio de placer queda fuera de combate. Sólo cuando el yo no está preparado para ligar las cantidades adicionales de energía que llegan a él, se rompe el escudo protector y se liberan grandes cantidades de energía desligada o displacentero.

En la temprana infancia esta situación traumática puede afectar al yo temprano, al cual Freud (1915/ 2006) llama *Yo Real Inicial*. En tal caso, queda afectado el procesamiento pulsional. Esta falla en dicho procesamiento es propia de las afecciones psicósomáticas, adicciones y otros trastornos. Estas fijaciones en traumas tempranos producen escisiones en el yo y una difusión en lugar de la liga de la pulsión de muerte a Eros.

Posteriores desarrollos teóricos dentro del psicoanálisis profundizarán esta discusión entre la importancia del hecho fáctico y sus consecuencias en el psiquismo, o el valor del impacto pulsional como generador de fantasías, y la inclusión del otro significativo como generador y/o modulador del impacto traumático.

Es de interés señalar que la definición de trauma de Laplanche y Pontalis (1996/ 2007) como acontecimiento de la vida de un sujeto caracterizado por su intensidad, la incapacidad del sujeto de responder a él adecuadamente y el trastorno y los efectos patógenos duraderos que provoca en la organización psíquica, evidencian claramente, una relación entre el evento con sus características y la subjetividad con sus potenciales.

El último aspecto de la definición de Laplanche y Pontalis (1996/2007) es la idea de efecto patógeno duradero. Es indudable que existe una relación fuerte entre patogénesis y efecto traumático de ciertos eventos disruptivos.

En este sentido son interesantes los desarrollos de Benyakar (2005) que diferencia claramente lo disruptivo de lo traumático, una situación nunca es traumática en si misma, ya que traumático nombra un determinado tipo de falla en la elaboración psíquica, no vinculada a priori a ningún hecho en especial. Una situación disruptiva habrá sido traumatogénica en la medida que haya actuado impidiendo la normal articulación entre

afectos y representaciones y que, como consecuencia haya provocado el colapso de la relaciones entre lo psíquico, lo social, lo temporal y lo espacial. Un mismo estímulo adverso puede ocasionar una vivencia estresante o traumática en diferentes sujetos.

En la vivencia traumática el evento y/o entorno resulta irrepresentable o rompe la articulación existente entre afecto y representación y que se conserva en el psiquismo como hecho no elaborado ni elaborable. Se sostiene junto a vivencias de desamparo y/o desvalimiento y/o de vacío. En este sentido es importante señalar la dimensión relacional que adquiere el concepto de trauma, de tal manera que para que la desarticulación o la imposibilidad de inscripción se produzcan tenemos que pensar un contexto de déficit o ausencia tanto de objeto interno como externo.

Marucco (2006) define el trauma como aquel acontecimiento de la vida que se caracteriza por su intensidad, por la incapacidad del sujeto para responder a él adecuadamente, así como por los efectos patógenos duraderos que provocan en su organización psíquica.

La palabra acontecimiento, alude, no tanto a la irrupción de cantidad, que rompe la barrera antiestímulo y penetra salvajemente sino a algo que ocurre en la vida del sujeto, que le acontece, y que tiene determinadas características, siendo una de ellas la intensidad.

Para hablar del grado de intensidad de un acontecimiento traumático habrá que tener en cuenta las características del receptor. Interviene aquí, la diferente capacidad de adecuación y respuesta de cada individuo frente a la intensidad de un mismo acontecimiento; si convenimos que esa capacidad de respuesta se corresponde con la estructura y preparación del yo, un niño tendrá menos posibilidades de producir respuestas adecuadas que un adulto.

2.3.2. El trauma como desencadenante del fenómeno psicossomático

Pensando el trauma en un sentido representacional, se considera que cuando la idea de trauma se equipara a una realidad material y más allá de las repercusiones concientes,

este queda secretado en el inconciente por la imposibilidad de representarlo (Marucco, 2006).

En términos de lo representable, se retoma el concepto de Freud (1915 /2006) el trauma como un problema de índole estrictamente pulsional. Es la pulsión la que tiene que adquirir una posibilidad de representación, porque es la principal manera que tiene el yo, para domeñarla. Cuando la pulsión no es domeñada hay algo que, ingresando en el terreno de lo no representable, puede seguir otro camino: el camino corto de la pulsión, que va tanto al acto como al cuerpo, es decir, el pasaje al mundo exterior, o bien el de la enfermedad somática.

El acento sobre la pulsión podría circunscribir lo traumático como producto de una intensidad pulsional que el yo no puede representar. Sin embargo, se entiende la importancia de advertir esa especie de colisión que se produce entre la pulsión nacida en el sujeto, y esa otra pulsión que viene generada o estimulada por el objeto.

El trauma psíquico implica siempre una interacción del afuera con lo interno de cada uno, no puede concebirse que el trauma psíquico se produzca exclusivamente sobre la base de un acontecimiento actual externo, por violento que este pueda ser, eso equivaldría a desconocer lo personal, el bagaje con el que cada individuo reacciona y en última instancia a negar la participación del inconciente, un inconciente construido a partir de una particular historia vincular (Tutté, 2004).

Pensando en tal contexto, se plantea el peso de situaciones traumáticas y de pérdidas con una madre sin capacidad contenedora de las ansiedades y sufrimientos, donde no hay palabra que devuelva significado a la emoción, que permita historizar, procesar y duelar las situaciones. Hablamos de una falla de sostén que sumerge al cuerpo en total indefensión, vínculos que no han podido favorecer la construcción de un yo fortalecido, preparado para hacer frente a dichas situaciones (Winnicott, 1964/1993).

2.4. Intervenciones

2.4.1. Vías de abordaje en el enfermo psicossomático

La vía de abordaje ha de ser relativamente diferenciada en función de la singularidad de cada caso. Sin embargo, cuando ha habido una falla en el proceso de simbolizar los afectos, debido a distintos traumas en el vínculo materno, es el analista quien debe sostener una función reflejante tanto mediante actitudes, como en forma verbal, a partir de la atención conjunta, suya y del paciente, dirigida a un trabajo exploratorio hacia las diversas sensaciones y esbozos o fragmentos de vivencias que el paciente vaya pudiendo registrar. La puesta en palabras de estos contenidos por parte de este último, ayuda de un modo significativo a la configuración, organización y registro de los mismos, ya que la mudez que presenta el fenómeno psicossomático hace que las preguntas queden inicialmente del lado del analista. Es importante destacar que lo esencial no consiste en establecer un conjunto de técnicas, sino en la adopción de una actitud mentalizada. El objetivo consistente en propiciar la puesta en marcha de las capacidades de la mentalización inhibidas y en estimular la desactivación de los modos pre-mentalizados de experimentar el mundo interno; en suma, en favorecer la optimización de la capacidad mentalizadora del paciente, su crecimiento mental (Castelli Lanza, 2013).

Contribuyendo al abordaje clínico del paciente psicossomático Killimbo (2005) incluye el concepto de estrategia afirmativa, refiriéndose a la experiencia de sí mismo del paciente. La estrategia afirmativa del analista funciona como una retroalimentación emocional proveniente de un objeto que busca fortalecer los puntos débiles en los cimientos de sí mismo del paciente.

Expresa cuatro modalidades:

- la experiencia de ser visto
- La experiencia de ser escuchado
- La experiencia de ser entendido
- La experiencia de que el otro acuerde con uno.

Cada uno de estos cuatro modos contribuye de una manera específica a la experiencia subjetiva de sí mismo del paciente. La respuesta afirmativa del analista funciona como una suerte de retroalimentación emocional proveniente de un objeto o de una representación de objeto que busca fortalecer los puntos débiles en los cimientos de sí mismo del paciente. Teniendo en cuenta la actualización en la transferencia, el analista puede enfatizar un modo sobre otro, según como sea su respuesta o la entonación en su discurso.

La psicoterapia en el niño se da en la superposición de dos zonas de juego: la del paciente y la del terapeuta, la misma está relacionada con dos personas que juegan juntas, en un espacio activo de crecimiento donde el niño encuentra, en un continuo espacio-tiempo y con una forma de comunicación especial, un lugar para resolver trastornos emocionales, conflictos y traumas. La autora plantea la importancia de un marco relacional sostenedor y asegurador, siendo el juego la mejor vía de acceso para la comprensión diagnóstica y el establecimiento de una buena relación terapéutica en el paciente psicossomático que ayude a verbalizar cierto material conciente así como también acompañar la actuación de su material inconciente, liberando la tensión que lo acompaña. El analista es el que le otorga su propia pulsionalidad de vida, su apuesta pulsional, única fuerza que puede animar a través de la palabra. Por lo tanto el juego es el medio terapéutico más adecuado y privilegiado del que se dispone a través del cual el niño podrá manejar sus experiencias traumáticas y recrear su realidad (Martinez, 2010).

2.4.2. El lugar del juego en el proceso analítico infantil

En el análisis con niños es fundamental aprender el significado del juego como forma de expresión de su mundo interno, ansiedades, fantasías y relaciones con los demás. No hay ninguna actividad significativa en el desarrollo de la simbolización del niño ni en la estructuración del niño que no pase por el jugar.

Los analistas intentan comprender que expresa el niño a través del lenguaje del juego, sobre su mundo interno, sus ansiedades, sus fantasías y relaciones con los demás. El arte de jugar permite al niño tomar parte activa en el mundo externo, plasmar sus deseos y

temores en una zona segura situada entre la realidad y la fantasía, entre el mundo interno y su realidad externa, el espacio transicional (Winnicott, 1971/2008).

El niño juega sus propias significaciones, interpretaciones que apuntan a dar sentido a aquello que de lo real se presenta como trauma. A través de sus juegos, es tomado en sus palabras como sujeto, lo que es diferente de estar en posición de soporte de objeto hablado por el *Otro* o bien identificarse al objeto. El niño que juega va incorporando el entorno a su psiquismo a la vez que va insertándose él en dicho entorno. A través del juego, se expresa, elabora situaciones, crea, aprehende, se alegra. Es su modo, por excelencia, de ser en el mundo, el niño se produce a sí mismo como sujeto y convierte lo displacentero en placentero, no se trata de objetos juguetes, sino que el objeto cobrará sentido de significante en sus asociaciones. El juego es un texto en el cual los significantes toman lugar de juguetes y en donde la significación que deviene nos lleva al inconsciente develando el fantasma, deseo, síntoma, de un sujeto (Martinez, 2010).

Para Liberman et al. (1993) el juego es sin lugar a dudas una vía óptima de acceso a la dramática de las relaciones objetales y un campo para la reconstrucción de la historia vincular. Jugar supone modos personales de dar forma estructura y organización a los objetos lúdicos e implica la inclusión del cuerpo dentro del espacio con ritmos propios de búsqueda, satisfacción y frustración.

Klein (1948) describe la constante presencia latente del propio cuerpo y del cuerpo del objeto en cada actividad lúdica y en la relación con cada juguete. Hace mención a las múltiples fantasías de intercambio de partes y productos corporales que son la base de los procesos mentales de identificación proyectiva e introyectiva. El simbolismo es sólo una parte de dicho lenguaje. Si se desea comprender correctamente el juego del niño en relación con su conducta total durante la hora del análisis, se debe no sólo desentrañar el significado de cada símbolo separadamente, por claros que ellos sean, sino tener en cuenta todos los mecanismos y formas de representación usados en el trabajo onírico, sin perder de vista jamás la relación de cada factor con la situación total.

El análisis de niños muestra repetidamente los diferentes significados que pueden tener un simple juguete o un fragmento de juego, y sólo se comprende su significado si se

conoce su conexión adicional y la situación analítica global en la que se ha producido. Cada modalidad de relación corporal con el juguete sintetiza múltiples experiencias directas que reactualizan modos de relación del bebe con el cuerpo materno y de la madre con él bebe.

Muy a menudo expresan en sus juegos lo mismo que acaban de contar en un sueño, y darán asociaciones del sueño en el juego consecutivo. Puede observarse que el niño proporciona tantas asociaciones a los elementos separados de su juego como los adultos a los elementos separados de sus sueños (Ulriksen del Viñar, 2002).

En el jugar el niño se constituye en un modo de decir de su vida y de su padecer y cuando hay dificultad para que esto ocurra y se produce la demanda de intervención lo importante es la capacidad del analista para contribuir a que el niño despliegue su juego, de lugar a que se juegue lo que se tiene que jugar, se requiere sostener el misterio sin pretender develarlo prematuramente sin otorgarle sentidos apresurados con la certeza de que más allá de resolver el enigma que encierra el juego de un niño el solo hecho de propiciar que se exprese tiene una eficacia en la cura (Rozenal, 2005).

2.4.3. El juego en el niño con enfermedad psicósomática

En la patología psicósomática infantil, adquiere gran importancia no solo el contenido del juego sino toda la actividad corporal que desarrolla, fundamentalmente la transmisión de sus emociones, indicando afectos a través de respuestas viscerales, alteración en el tono muscular y restricciones o ampliaciones de sus movimientos espaciales. Se obtiene así, una amplia gama de información que permitirá reconstrucciones sobre las primitivas experiencias de contacto corporal y las vías sensoriales que privilegian para investigar los juguetes. La representación del cuerpo es un símbolo que emerge del proceso de simbolización que presenta en estos pacientes una evolución deficitaria, a partir de las funciones proyectivas e introyectivas derivadas de la patología del vínculo con la madre, unido a la privación de experiencias sensoriales que conducen a una progresiva inhibición de funciones corporales, fundamentales para la apropiación de la realidad. El niño psicósomático se caracteriza por desarrollar un tipo de actividad lúdica denominada: juego ritualizado, usado como resistencia, el mismo sirve a los esfuerzos defensivos obsesivos,

tendientes a evitar el contacto emocional. Durante este juego, el niño puede desarrollar actividades lúdicas o gráficas, en algunos casos dramatizaciones esquemáticas estereotipadas sobre interacciones madre-hijo, maestra –alumno, vendedor-comprador (Lieberman et al., 1993).

En otros momentos estos juegos resistenciales dan lugar a momento explosivos, en los que predomina el uso del juguete como proyectil con la finalidad de evacuar estados emocionales. Se denomina a esta modalidad: juego impulsivo. En ambos casos la tarea del analista es decodificar la emoción, que el paciente intenta evacuar. El niño necesita retomar el desarrollo deficitario del proceso de simbolización, a partir de la adjudicación de un nombre para cada emoción, captar variadas gamas de afectos. (Lieberman et al., 1993).

En el juego del niño psicossomático realidad y fantasía se transforman en categorías polares, rígidamente demarcadas, por una perspectiva distorsionada que ubicó la ilusión, la imaginación, las connotaciones afectivas en el plano de lo irreal y falso y a la realidad externa en el plano de lo verdadero. Estas patologías imprimen otro sello al desarrollo lúdico, que lo privan de otro elemento esencial del juego elaborativo: el aspecto placentero de jugar (Lieberman et al., 1993).

Se observa un estilo de juego formal, el niño pide permiso para iniciar la tarea, se caracteriza por ser obediente e intenta mantener el control, no hay ningún tipo de irrupción o desorden. Este tipo actividad lúdica expresa un sometimiento al terapeuta y al tratamiento: el niño juega, habla, pero esto no es material propicio para la interpretación simbólica ya que todo está desprovisto de simbolismo. Por el contrario, el juego aparece como barrera, se hace manifiesta una expresión de hostilidad que no ha podido desplegarse. Se observa que estos niños no pueden constituir un espacio en donde los juguetes funcionen como eslabones del proceso de simbolización. Se trata de un juego banal. Frente a este estilo lúdico el rol del analista será fundamentalmente el de constituir un tejido que regenere y ligue las significaciones faltantes (Pelorosso, 2001).

2.4.4. Rol del analista en el proceso analítico infantil

Las intervenciones psicoterapéuticas están destinadas a remover los obstáculos existentes, a animar, enriquecer el funcionamiento mental del paciente hasta el nivel más desarrollado que sea posible. Este proceso, que se inicia con la primera entrevista, hacia un ordenamiento progresivo de la relación del terapeuta con el paciente, para que pueda consumarse, debe evitar obstaculizar el desarrollo del sujeto. Podría definirse dicho papel como: la función materna del psicoanalista, esta se basa en las posibilidades maternas del terapeuta, consiste a diferencia de una conducción directiva, en un acompañamiento ante todo verbal, que avanza al lado de los estados y movimientos del paciente o los sigue o precede a corta distancia (Marty, 1995).

La tarea del analista sería entonces decodificar la emoción que el paciente intenta disociar o evacuar. Estos niños necesitan retomar el desarrollo deficitario de los procesos de simbolización a partir de la adscripción de un nombre para cada una de sus emociones en lugar de malestar físico o displacer difuso. Las emociones intensas quedan plasmadas en actitudes corporales y no logran representaciones simbólicas que ofrezcan un primer nivel de ligadura a partir del cual relacionar la emoción con distintos vínculos en diferentes espacios y tiempos. El análisis debería tender, no sólo a rearmar el tejido psíquico que la pulsión de muerte destejió, sino también a crear ese entramado capaz de contener aquello que no ha podido adquirir representación. Se iría de este modo constituyendo una trama psíquica que, funcionando como tejido de contacto sirva a la vez de filtro frente a los embates de la realidad traumática (Marucco, 2006).

Esta relación se constituye a través de la investidura por el paciente de la persona del analista, investidura teñida de confianza, fundada en elementos subjetivos, proyectivos, vínculo espontáneo de tonalidad positiva que deriva de los primeros apegos. El objetivo es hacer desaparecer los estados de desamparo, que generan y mantienen la afección, circunscribir la enfermedad para convertirla en un objeto representable (Marty, 1995).

Parafraseando a Zuquerfel y Zuquerfel (1999) el analista se encuentra en una tarea de inclusión, de reactivación y revitalización. Su compromiso es funcionar como barrera de sostén, ordenamiento y dique. Es en el vínculo intersubjetivo, en el campo transferencial donde se construye un sentido, no es el analista el que lo hace. Se privilegia, la

construcción vincular y un acompañamiento en el proceso de ligar un mundo representacional, una creación que se realiza justamente en presencia del otro y por efecto y acción del otro.

Greem (2008) también lo define como un vínculo intersubjetivo en el campo transferencial donde se construye un sentido. *El analista desaparecido* deberá ceder su lugar a *un analista de presencia perceptible*. La ausencia de representaciones será reemplazada por la percepción del analista. Percepción que no solo se refiere a lo visible sino también a lo audible.

Ya no se trata de ubicar el deseo inconsciente sino de generar un aparato psíquico deseante. Para ello, el objetivo del analista será crear el espacio y la capacidad productora de representaciones. La tarea principal del analista consistirá en una tarea de religazón de los trozos del discurso. El mejor soporte para la implementación de estos recursos técnicos, la única fuerza que puede animar ese tiempo detenido por la repetición del trauma, la encontrará el analista en su propia apuesta pulsional. Se trata, en suma, de incluir en la dimensión de la cura la presencia del analista, involucrado con todo su ser y su saber en la tarea analítica (Marucco, 2006).

Winnicott (1971/2008) afirma que la observación detenida de estos significantes fuertemente cargados de significados emocionales, permitirá al analista construcciones de la modalidad primitiva de vinculación objetal. El trabajo analítico propone, sostener ese momento de la vida del niño y de la familia, una estrategia en la que se valora la capacidad y la fluidez asociativa del niño junto con las posibilidades de resonancia en los padres de aquello que el analista comunica, reactiva y ordena.

3. Método

3.1. Tipo de estudio

Descriptivo. Estudio de caso.

3.2. Participantes

El caso refiere a una niña de cuatro años que se presentó con su madre en el servicio de dermatología del hospital Teodoro Álvarez. Fue diagnosticada con alopecia areata, el dermatólogo sugirió a los padres asistencia psicológica que acompañe el tratamiento.

La familia de la niña está compuesta por su madre de 29 años, ama de casa y su padre de 32 años, empleado. Cuando se llevó a cabo la primera consulta psicológica, la familia atravesaba la muerte reciente de su segundo hijo a los cuarenta días de su nacimiento a causa de una cardiopatía congénita.

En la primera consulta con la madre se pudo apreciar gran caudal de angustia mencionando en reiteradas ocasiones su dificultad para enfrentar el dolor por su pérdida y hacerse cargo de su hija.

Hasta el momento en que culminó la residencia en la institución se habían realizado 16 encuentros en los que se intentó que la pequeña contara con un espacio propio a través de la construcción de un ámbito terapéutico y se asistió la angustia de su madre ofreciéndole un tratamiento individual, el cual aceptó inmediatamente.

3.3. Instrumentos

- Observación participante en espacios de supervisión que se llevaron a cabo semanalmente en la institución a cargo de profesionales especializados. Estos espacios permitieron reflexionar sobre el caso y debatir diagnóstico y posibles vías de abordaje.
- Registro personal de los espacios de supervisión con información destacada sobre el caso, obtenida a través de la escucha de los procesos reflexivos de los profesionales.
- Legajo del paciente, de donde se obtuvieron datos relevantes como: edad, composición familiar, edad de los padres, momento de aparición de la sintomatología, fecha de fallecimiento del hermano, causas.

- Observación no participante en el ateneo clínico realizado en el mes de abril del 2013, donde se trabajó sobre el caso elegido.
- Entrevista a la profesional a cargo de la paciente. Los ejes de la entrevista fueron: Diagnóstico, orientación del tratamiento, tipo de intervención, características del juego de la niña, aspectos transferenciales y contratransferenciales.

3.4. Procedimientos

- La observación participante en espacios de supervisión se realizó desde la primera entrevista en adelante. Las mismas se efectuaron una vez por semana durante 30 a 40 minutos. Hasta el momento en que finalizó la residencia se habían realizado 16 sesiones.
- En el registro personal se tomó nota de los aspectos destacados de cada supervisión vinculados con el caso, como las convergencias y divergencias de los profesionales a cargo.
- En el ateneo clínico se buscó enriquecer la observación y las posibilidades de intervenir favorablemente en pos del bienestar de la niña.
- El legajo fue facilitado por la institución de donde se obtuvieron datos relevantes de la paciente.

4. Desarrollo

4.1. Modalidad de la Institución

La institución de psicoterapia clínica Nueva Fuente se dedica a promover y fomentar la investigación, estudio y aplicación práctica de la psicología y ciencias afines, intentando crear un espacio que posibilite la discusión e intercambio entre colegas. El objetivo fundamental de la institución es mejorar la salud y calidad de vida de la comunidad. La estructura es amplia y dinámica y permite dar respuestas a las diferentes tipos de demandas de los pacientes.

Nueva Fuente cuenta con una trayectoria de más de 25 años, de trabajo e investigación teórico-clínica. Desde 1984 que conforma el equipo de psicodermatología para el tratamiento psicoterapéutico de enfermedades como psoriasis, alopecia, vitíligo, dermatitis, en el Servicio de Dermatología del Hospital Teodoro Álvarez, realizando simultáneamente una investigación teórico-clínica sobre esta temática, y la asistencia, atención y seguimiento de 200 pacientes anuales.

A sí mismo desde el año 1996 la institución trabaja en el Servicio de Cardiología del Hospital Houssay de Vicente López brindando asistencia y tratamiento, en el marco de un programa de Prevención Cardiovascular, a 50 pacientes por año. Desde hace unos años la institución creó el servicio de Red Asistencial, que ofrece a la comunidad atención psicoterapéutica especializada para cada necesidad.

Tanto dermatólogos como cardiólogos son quienes evalúan la necesidad de acompañar el tratamiento médico con el psicológico, son ellos quienes sugieren un seguimiento de éstas características a los pacientes.

Posteriormente es un profesional de Nueva Fuente quien se encarga de las admisiones a los pacientes, éstas consisten en entrevistas de 30 minutos en el hospital donde se toman los primeros datos del caso como para realizar posteriormente una derivación al profesional más idóneo. En el trabajo con niños, se realiza una entrevista de admisión con los padres o adulto a cargo, posteriormente una primera entrevista a padres y luego las sesiones con el niño.

Ambos hospitales ofrecen un acompañamiento psicológico durante 8 meses en forma gratuita como parte del tratamiento. Finalizado dicho período, de ser necesario, Nueva Fuente propone al paciente la posibilidad de continuar el tratamiento con honorarios muy accesibles esta vez en la institución, en el servicio de Red Asistencial. A sí mismo, esta oferta se hace extensiva a aquellos familiares que soliciten un acompañamiento o que sea sugerido por el terapeuta.

La modalidad de intervención es desde el marco psicoanalítico, los profesionales asociados a la institución y a cargo de los pacientes hospitalarios son quienes tienen el beneficio de los espacios de supervisión con la posibilidad de elegir entre el cuerpo de profesionales especializados que ofrece la institución y con el fin de enriquecer su trabajo y favorecer al paciente. Dos veces al mes se llevan adelante ateneos clínicos, a través de la elección de un caso en particular que requiera una mayor observación.

4.2. Presentación del caso evaluado

Con el fin de preservar la confidencialidad pertinente se llamará a la niña Julieta y a su madre Gabriela.

El legajo informó que Julieta comenzó el tratamiento en el mes de agosto del 2012, se presentó con un diagnóstico de alopecia areata, cuadro que se había iniciado 7 meses después de la muerte de su hermano a causa de una cardiopatía congénita. Estos datos fueron los primeros indicadores de la enfermedad como desencadenante de una situación que sobrepasó los recursos psíquicos de la paciente siendo el cuerpo la vía de expresión (Bequei, 1996).

La profesional a cargo del caso relató en los distintos espacios de supervisión que la niña vive con sus padres en un departamento en planta baja, en el primer piso viven sus abuelos maternos. Gabriela mencionó que la niña tiene su propio cuarto pero en general duerme con sus padres:

“No puedo sacarla de la cama”

En el mes de marzo del 2012, 30 días después de la muerte de su hermano, la niña comenzó el jardín, sala de 4 años, Gabriela comentó:

“Es muy chiquita para mandarla a los 3 años, ¿para qué? si yo puedo cuidarla”.

La madre expresó que la adaptación al jardín se prolongó más de un mes, lloraba y se negaba a permanecer. Finalmente lo hizo:

“Fue muy difícil para nosotras, estábamos atravesando un momento tremendo pero era mejor a estar en casa, por lo menos pensábamos en otra cosa.”

El discurso pluralizado de Gabriela fue un signo relevante del grado de indiscriminación afectiva que mostraba en relación a Julieta. MacDougall (1991) lo plantea como la imposibilidad materna de favorecer la diferenciación del niño y su propio cuerpo del de su madre.

Los registros de supervisión dan cuenta que durante el período de enfermedad de su hermano la pequeña fue cuidada por sus abuelos y eventualmente su papá. Frente a las preguntas de Julieta por la salud del bebé, eran los abuelos quienes respondían que estaba enfermo y los doctores intentaban sanarlo. Julieta no conoció a su hermano y no vio a su madre durante 45 días mientras se extendió todo el proceso de la enfermedad. Marucco (2006) plantea que para hablar del grado de afectación de un acontecimiento traumático habrá que tener en cuenta las características del receptor, resaltando que un niño tendrá menos posibilidades de producir respuestas adecuadas que un adulto.

En la primera sesión solo asistió Gabriela, en la misma pudo comprobarse el gran caudal de angustia y su discurso permanente orientado hacia el pequeño fallecido y las circunstancias que acompañaron el hecho. A sí mismo, una clara ausencia paterna en la vida de Julieta, su padre trabajaba gran parte del día y no realizaba actividades con la niña.

Durante las sesiones siguientes Julieta tomaba la mano de su madre y se negaba a soltarla, se mostraba tímida y se escondía detrás de ella, esta situación se incrementaba con la actitud de Gabriela, quien no hacía nada para facilitar la separación. La profesional propuso a Julieta entrar al consultorio con su madre, esta situación fue un proceso que se extendió por 4 sesiones hasta lograr que la pequeña aceptara ingresar sola.

Podía observarse la resistencia materna a abandonar el consultorio cada vez que iniciaba una nueva sesión, pese a la sugerencia del profesional, permanentemente se mostraba inquieta y expresaba su necesidad de ser escuchada.

De la entrevista con la profesional se obtuvieron detalles en relación a los primeros encuentros. En presencia de su madre, la analista le mostró la caja de juegos, invitándola a elegir con qué jugar, la niña tomaba plastilinas, realizaba figuras circulares que luego aplastaba, este fue un juego que repitió varias sesiones; frente a la pregunta del terapeuta sobre sus creaciones, ella contestaba tímidamente que no sabía que estaba haciendo.

La terapeuta destacó el hecho de que en la sesión número 7, Gabriela se acercó antes del inicio de la misma y le comentó que se había cumplido un año de la muerte de su hijo y que había ido con Julieta al cementerio a llevarle una torta. Este hecho da cuenta de la incapacidad materna para cumplir *una función suficientemente buena* que no supere la capacidad de comprensión del pequeño (Winnicott, 1964/1993).

Durante esa sesión la niña le preguntó a su terapeuta si ella tenía bebés, fue la primera vez que Julieta hizo alguna mención al tema. Esta pregunta, podría interpretarse al decir de Winnicott (1971/2008) como los primeros signos del lugar que el profesional había comenzado a ocupar en la escena analítica, un espacio de transición entre el mundo interno y la realidad externa, poniendo palabras a la ausencia de su hermano que su madre no podía aceptar.

La profesional citó nuevamente a los padres para una devolución, esta vez solicitando especialmente la presencia de ambos. Esta entrevista giró en torno al tipo de vínculo de Julieta con sus padres, la necesidad de una inclusión de la presencia paterna y la importancia de acompañar a Julieta frente a lo que para ella representó la pérdida de su hermano.

A medida que avanzó el tratamiento y ya en ausencia de su madre en el consultorio, la pequeña comenzó a incluir en su espacio otros juegos como dibujos con plasticolas de colores, lápices de colores y fibras. Se destaca las características repetitivas que continuaba presentando su actividad lúdica.

El juego continuó evolucionando y aparecieron dramatizaciones sobre escenas vinculares, jugaba a la mamá con un bebote:

“El bebé se durmió, ahora lo despierto porque tiene que comer, ahora el bebé se hizo caca, ahora hay que cambiarlo, ahora tiene que bañarse porque está sucio.”

En el ateneo clínico la terapeuta hizo mención a la incorporación de muñecas con cabello largo, esto llevo a recrear en varias sesiones juegos a peinarse y despeinarse, a las muñecas y a la psicóloga. Los últimos dibujos fueron sobre la figura humana donde representaba a su mamá y su papá. Estas actividades lúdicas permitieron representar a través de los objetos palabras y sentimientos (Lieberman et al., 1993).

El síntoma de la alopecia remitió a los 5 meses del tratamiento. El vínculo de Julieta con su madre comenzó a tener otras características, proceso que se vio favorecido por el tratamiento psicológico que Gabriela llevo adelante.

En el legajo se detalla que hoy en día Gabriela está disfrutando del vínculo con su hija, comparten actividades juntas, el papá comenzó a tener otra participación en las rutinas familiares, hay un lugar instalado en el vínculo. Julieta fue dada de alta en agosto del 2013, su madre continúa en tratamiento.

4.3. Análisis del vínculo materno y su relación con la patología

A partir de la información obtenida en los espacios de supervisión se infiere que desde un momento muy primitivo de su vida Julieta ha crecido inmersa en la angustia de sus padres alrededor del miedo y posterior dolor por la pérdida de su hermano. Su madre expresa clara y abiertamente su necesidad de ser escuchada y su dificultad para enfrentar la perdida y la crianza de Julieta. Se presenta como una mujer atravesada por el periodo de duelo y al mismo tiempo con un vínculo simbiótico con su pequeña hija generando un terreno propicio para que esta niña, en pleno proceso de desarrollo de su aparato psíquico, manifieste síntomas somáticos pocos meses después de la muerte del hermano.

Reflexionando sobre la aparición de la patología somática y sus posibles causas se retoma el valor de las interacciones tempranas en la díada madre-bebé, ese vínculo inicial entre Julieta y su madre, su rol como mediadora y decodificadora de las sensaciones corporales de su hija, determinantes para la constitución de su yo, con el interrogante de cómo fueron compartidas esas primeras experiencias afectivas antes del desarrollo de la mentalización y la capacidad simbólica.

Mendoza Berjano (1998) plantea que las características relativas a la experiencia que se originan en este nivel preverbal constituyen el núcleo central de un patrón afectivo que el individuo puede repetir a lo largo de toda su vida a fin de sostener un sentimiento de continuidad de la existencia. Pero si la persona no alcanza una adecuada satisfacción en estos primeros vínculos, puede replegar su libido al yo, a su cuerpo. La forma en cómo un niño es mirado, cómo ve que lo miran, cómo es tocado, acariciado, hablado, es determinante en la constitución de su imagen corporal.

En el ateneo clínico se analizaron diferentes situaciones que han permitido fundamentar el tipo de vínculo que unía a Julieta con Gabriela: la imposibilidad que la niña y su madre presentan para que la pequeña duerma en su cuarto, la ausencia del padre en la primera consulta con el profesional; la edad en la que comenzó el jardín de infantes y su compleja adaptación, las dificultades de Julieta para ingresar al consultorio en las primeras sesiones y al mismo tiempo de su madre para facilitar esta separación y fundamentalmente la recreación de las escenas vinculares en su juego, punto que se desarrollará en el objetivo pertinente al tema.

Según Mendoza Berjano (1998) los fenómenos psicósomáticos que atañen a la piel están altamente relacionados con las experiencias de contacto corporal con la madre, sensaciones cutáneas y de representaciones en el sentido amplio de la relación que constituyen el límite entre el interior del cuerpo y el mundo exterior.

En casos como el de Julieta, el aparato psíquico suele estar sobrepasado, no tiene capacidad para controlar la tensión psíquica ya que no dispone de un sistema apto para ligar la excitación mediante las vías de elaboración mental.

Marty (1995) profundiza en las fallas durante el proceso de mentalización, las representaciones de palabras al perder sus componentes afectivos o simbólicos, conservan sólo un valor de representación de cosa.

La representación de palabras se construye en la comunicación interhumana, en primer lugar con la madre. Una carga emocional intensa que no pudo ser vehiculizada a través de la palabra e integrada a las funciones mentales comprometen rápidamente la vía corporal. Julieta no ha podido hacer una elaboración psíquica de la excitación somática y derivó esa excitación hacia una frontera: la piel.

La piel como lugar donde expresar aquello que no hay posibilidad de representar mediante la palabra: la ausencia de su *madre psíquica*, por lo deficitario del vínculo sumado al atravesamiento del duelo y su *madre física* por los 40 días en que la enfermedad y posterior muerte de su hermano la mantuvo alejada de Gabriela.

Como aporte a esta reflexión se suma lo expresado por Gaddini (2001) quien plantea que en estos casos, la madre se retira demasiado abruptamente sin graduar la adaptación a las necesidades cambiantes y en expansión del niño, cuyos procesos de crecimiento lo empujan hacia la independencia. Una madre que se ausenta frente a una niña que no había logrado internalizar un vínculo de confianza y una separación vivida por Julieta como una amenaza de aniquilación que la llevó a desarrollar la enfermedad.

Al decir de Winnicott (1964/1993) el síntoma aparece como una división entre la psiquis y el soma, división que se encuentra en el paciente como escisión del yo, lo plantea como el negativo de un positivo, donde lo positivo es la tendencia a integrar a través del síntoma, la psiquis y el soma. Esta escisión se inicia en períodos muy tempranos donde comienza el primer símbolo transicional que representa la confianza en el vínculo materno, cuando esta experiencia es deficitaria, el inicio de esta cadena simbólica se verá en riesgo.

Desde esta mirada podrían interpretarse las deficiencias mencionadas en el vínculo entre Gabriela y Julieta, como una relación donde los cuidados fueron excesivos. Winnicott (1964/1993) hace especial hincapié en los cuidados necesarios primeramente físicos pero pronto también imaginativos de la madre a su niño, adaptándose a las necesidades de éste. Una madre suficientemente buena tratará de no introducir complicaciones que superen la

capacidad de comprensión del pequeño. El trastorno psicossomático se relaciona en gran parte con un cuidado y mimo materno no suficientemente bueno, que deja al infante sin lo esencial para el proceso de maduración.

Los registros tomados en los espacios de supervisión dan cuenta que Gabriela llevó a su hija al cementerio para celebrar el primer cumpleaños de un hijo muerto, esta situación habla de un madre que no ha podido priorizar las necesidades de su hija por sobre las propias, que no ha tenido recursos para medir la capacidad de comprensión de Julieta frente a dicha situación como así también de la ausencia de una figura paterna.

Retomando la idea de internalización de un vínculo materno de confianza, es fundamental el aporte de McDougall (1991) sobre el concepto de un cuerpo para dos: hace referencia a que la representación psíquica de la madre, está íntimamente ligada a la capacidad materna de modificar el sufrimiento físico o psicológico del lactante. El niño por sí solo no puede influir en estos estados sin la intervención de una madre que pueda decodificarlos y cubrir sus necesidades. A medida que se va llevando a cabo la introyección del entorno materno, el lactante empieza a diferenciar entre él y su madre, a construir una imagen interna nutricia, madre que cuida y es capaz de contener sus tormentas afectivas, sabiendo que puede recurrir a ella con toda confianza para que le aporte consuelo y alivie su sufrimiento físico y mental.

Pero si esta introyección no se lleva a cabo efectivamente porque el inconciente de la madre obstaculiza este proceso, esto le impedirá al niño la capacidad de integrar y de reconocer como suyo su cuerpo, sus pensamientos y sus afectos.

Surgen a partir de este desarrollo posibles interpretaciones sobre la aparición de la alopecia en Julieta, un cuerpo para dos, el cuerpo de la niña y de su yo incipiente como el depositario de la angustia materna.

Pensando en el episodio del cementerio, Gabriela somete a su pequeña hija a una situación confusa, dolorosa, sin poder diferenciar sus propios sentimientos de los de Julieta, fortaleciendo en la niña la vivencia de separación y diferencia como realidades que vacían al sujeto de lo que le parece vital para sobrevivir.

A partir de la entrevista con la profesional se destaca una frase de Gabriela cargada de significado:

“Fue muy difícil para nosotras, estábamos atravesando un momento tremendo pero era mejor a estar en casa, por lo menos pensábamos en otra cosa.”

Dicha frase, denota la falta de diferenciación entre las emociones propias y las de Julieta, como si su dolor y el de la niña fueran uno y los caminos para sanarlo fueran los mismos. Alimentando una relación fusional, indiferenciada, donde nada es auténticamente de Julieta por estar inseparablemente mezclada con partes maternas no discriminadas.

Zuquerfel y Zuquerfeld (1999) expresan que este tipo de vínculo es uno de los determinantes y generadores de individuos con *Vulnerabilidad Somática*, refiere a la idea de un sujeto vulnerable a desarrollar enfermedades somáticas, poniendo en correlación ese fenómeno con un determinado modo de organización psíquica. Dicha organización se caracteriza por fallas en los mecanismos de elaboración psíquica, que se manifestarían en la incapacidad de simbolización, ya mencionada en el vínculo de Julieta con su madre.

Así mismo, el autor plantea que la vulnerabilidad dependerá del modo de enfrentamiento de los conflictos, de la naturaleza traumática o estresante de los mismos, de las carencias constitutivas de su unidad psicosomática; resultado posible de la red social afectiva con la que ha contado el sujeto en los primeros años de su vida.

Estos tres aspectos mencionados permiten pensar en Julieta como una paciente vulnerable teniendo en cuenta la elección de enfrentamiento de su madre exponiendo a la niña a situaciones que escapan a sus recursos psíquicos, el estrés provocado por el duelo familiar y una estructura que parecería estar constituyéndose con ciertas fisuras, dificultando su unidad psicosomática.

Dentro de los aportes que realizan Mahler, Pine y Bergman (1975/2002) como el nacimiento biológico y psicológico del niño no coinciden en el tiempo siendo el segundo un proceso intrapsíquico lento de desarrollo que denominarán procesos de separación-individuación. Son procesos complementarios donde la separación es la emergencia del niño de la fusión simbólica con la madre, la capacidad de diferenciarse y formación de

límites que darán lugar a un espacio de continencia sólido y confiable; la individuación es la asunción por parte del niño de sus características individuales, evolución hacia la autonomía, percepción, memoria y sentido de la realidad.

Los autores señalan que es fundamental en este proceso la presencia de una disponibilidad emocional de la madre, supone intentos de esta por adaptarse a la maduración de su hijo así como la evolución del significado inconsciente que el hijo tiene para ella.

La profesional mencionó en la entrevista que Gabriela mostró claras dificultades para acompañar a su hija en su proceso de individuación, eran marcadas sus carencias de recursos para dejar a Julieta en el consultorio, facilitar su proceso terapéutico, lograr que durmiera en su propio cuarto como así también para diferenciar su angustia de Julieta y su doble pérdida: un hermano que nunca conoció y una madre perdida en medio del dolor.

Bekei (1996) describe dos grupos de madres, ambos grupos presentan fallas en la función de estimular la estructura yoica y como consecuencia el proceso de simbolización:

- Madres narcisistas: el contacto con el bebe no es empático, el niño es una posesión que cubre necesidades personales.
- Madres depresivas: quienes cumplen mecánicamente sus funciones maternas para satisfacer necesidades fisiológicas del bebe, sin contacto libidinal, existe presencia física pero ausencia psíquica.

Se podría pensar en Gabriela como una madre que presenta ambas características, por un lado aspectos narcisistas teniendo en cuenta el tipo de vínculo que sostiene con Julieta donde no hubo ocasión de frustrarse ni lugar para la representación de su ausencia con lo cual, cuando la ausencia fue real, no existieron recursos psíquicos para simbolizarla. A sí mismo, Gabriela muestra características de madre depresiva, en el periodo de duelo donde se generó cierta ausencia psíquica.

Killingmo (2005) presenta el concepto de déficit para dar cuenta de fallas en la capacidad de feedback (retroalimentación) emocional del cuidador del infante que provocan incapacidades estructurales en el mismo. Plantea tres tipos de fallas:

- Falta de estimulación
- Sobreestimulación
- Estimulación mal orientada

Estas fallas pueden, en mayor o menor medida, generar una deficiencia emocional temprana que podría hacerse presente a través del cuerpo. El vínculo de Julieta y Gabriela parece verse afectado por cierta sobreestimulación en sus primeros años y una estimulación mal orientada a partir de la muerte de su hermano, que posiblemente desencadenó la aparición de la enfermedad.

4.4. Análisis del efecto de la muerte del hermano como desencadenante del fenómeno psicósomático.

Bequei (1996) afirma que la alopecia areata se produce a raíz de una vivencia traumática, esta circunstancia sugiere la intervención del psiquismo en la formación del síndrome y motivó el interés en reflexionar acerca de cómo una vivencia emocional intensa como la muerte del hermano de Julieta y las circunstancias que acompañaron el hecho podría desencadenar la aparición de la enfermedad. A sí mismo la autora postula que el ataque localizado al cabello, produce un síntoma que expone a burlas, un estilo de agresión que no deja de representar autoagresión indirecta. La somatización, como proceso, es siempre autoagresiva, pero en un individuo con un yo débil y como respuesta a una vivencia traumática, el impacto inundará el yo y paralizará su funcionamiento, dificultando la elaboración del trauma.

Por esta razón, al abordar esta cuestión se toma en cuenta que el impacto de la vivencia no es igual para todas las personas, no todos los niños responden a una experiencia desagradable desarrollando una alopecia. Se parte entonces del carácter del medio social y familiar en que están insertos. Para el niño, este medio está representado fundamentalmente por la madre.

En este sentido, el análisis del caso presentado, no ha sido direccionado solo a la muerte de su hermano y a la experiencia que esto representó en la vida de Julieta sino a la pérdida de su objeto de amor y la inseguridad conectada con esta experiencia.

Freud (1920/2006) refiere a la situación traumática como un estado de desvalimiento debido a un estímulo externo que genera un dolor que no cesa o debido a la imposibilidad de tramitar una exigencia pulsional. Así, el trauma queda definido como una ruptura extensa o una grieta del escudo protector del yo, ruptura que pone en movimiento todos los intentos de defensa posibles.

La alopecia parece ser una respuesta somática de Julieta frente a ciertas fallas en este escudo protector, sin dejar de mencionar que hablamos de un yo en proceso de construcción.

Posteriores desarrollos teóricos dentro del psicoanálisis continuarán esta discusión entre la importancia del hecho fáctico y sus consecuencias en el psiquismo y la inclusión del otro significativo como generador y/o modulador del impacto traumático.

En los registros de supervisión se destacan dos hechos que podrían considerarse moduladores de la experiencia traumática. En primer lugar la ausencia física de la madre de Julieta durante 40 días, la niña no vio a su madre en todo este lapso de tiempo porque ella decidió permanecer en el hospital cuidando a su bebe. El segundo hecho es la decisión de Gabriela de llevar a su pequeña al cementerio con una torta para celebrar el primer año de su hijo muerto.

Es de interés señalar que la definición de trauma de Laplanche y Pontalis (1996/2007) como acontecimiento de la vida de un sujeto caracterizado por su intensidad, la incapacidad del sujeto de responder a él adecuadamente y los efectos patógenos duraderos que provoca en la organización psíquica, evidencian claramente, una relación entre el evento con sus características y la estructura psíquica de cada individuo.

En este sentido son interesantes los desarrollos de Benyakar (2005) cuando expresa que una situación no es traumática en sí misma sino que está estrechamente ligada a ciertas fallas en la elaboración psíquica. Una situación habrá sido traumática en la medida que haya actuado impidiendo la normal articulación entre afectos y representaciones y que, como consecuencia haya provocado el colapso de las relaciones entre lo psíquico, lo social, lo temporal y lo espacial. Un mismo estímulo adverso puede ocasionar diferentes experiencias en diferentes sujetos.

Dicha conceptualización, otorga mayor solidez a la interpretación acerca del evento traumático estrechamente ligado a la psiquis del paciente y fundamentalmente a una estructura psíquica en construcción cuando hablamos de una niña de 4 años, para que una situación se considere traumática debe existir un terreno propicio para que este se consolide como tal.

En la vivencia traumática el evento y/o entorno resulta irrepresentable o rompe la articulación existente entre afecto y representación. Se sostiene junto a experiencias de desamparo y/o desvalimiento y/o de vacío. En este sentido es importante señalar la dimensión relacional que adquiere el concepto de trauma, de tal manera que para que la desarticulación o la imposibilidad de inscripción se produzcan tenemos que pensar un contexto de déficit o ausencia tanto de objeto interno como externo.

En el ateneo pudo concluirse que Julieta no había logrado internalizar una madre nutricia capaz de contener sus yo en construcción. Es posible que durante el periodo de ausencia de Gabriela, la niña haya experimentado sentimientos que superaron sus recursos simbólicos, encontrando a través del cuerpo una vía posible de expresión.

Marucco (2006) define el trauma como aquel acontecimiento de la vida que se caracteriza por su intensidad, por la incapacidad del sujeto para responder a él y adecuadamente, así como por los efectos patógenos duraderos que provocan en su organización psíquica.

Para hablar del grado de intensidad de un acontecimiento traumático habrá que tener en cuenta las características del receptor. Interviene aquí, la diferente capacidad de adecuación y respuesta de cada individuo frente a la intensidad de un mismo acontecimiento; si convenimos que esa capacidad de respuesta se corresponde con la estructura y preparación del yo, un niño tendrá menos posibilidades de producir respuestas adecuadas que un adulto. El trauma como desencadenante del fenómeno psicossomático.

Continuando con la misma línea Tutté, (2004) afirma que el trauma psíquico implica siempre una interacción del afuera con lo interno de cada uno, por violento que el acontecimiento pueda ser, el bagaje con el que cada individuo reacciona dependerá de la estructuración de su aparato psíquico, construido a partir de una particular historia vincular.

Concluyendo entonces con los aportes de Winnicott (1964/1993) el peso de situaciones traumáticas y de pérdidas con una madre que no ha podido favorecer a través del vínculo la construcción de un yo fortalecido, que no ha logrado poner palabras a los sucesos, produce una falla de sostén que sumerge al cuerpo en total indefensión.

La profesional hizo mención en la entrevista a la tríada edípica, más allá del déficit planteado en la díada madre – hija destacó las carencias en la relación paterna, figura ausente que no pudo contener ni poner palabras a los hechos que atravesaron a la familia. Frente a esta escena el terapeuta debió intervenir para rearmar ciertos lazos, pensando en posibles cambios en la configuración familiar.

4.5. Descripción de posibles intervenciones y vías de abordajes desde un marco psicoanalítico.

Mediante el desarrollo de los objetivos ya tratados se intentó argumentar como un vínculo deficitario que no permite una conformación sólida del aparato psíquico llevó a Julieta a vivir la separación materna como una experiencia de gran carga emocional, que no pudo ser vehiculizada a través de la palabra e integrada a las funciones mentales comprometiendo la vía corporal a través de una alopecia areata.

La vía de abordaje entonces será diferenciada en función de las características propias del enfermo psicosomático infantil, siendo el juego la mejor vía de acceso para la comprensión diagnóstica y el establecimiento de una buena relación terapéutica en el niño que ayude a verbalizar cierto material conciente así como también acompañar la actuación de su material inconciente, liberando la tensión que lo acompaña.

Castelli Lanza (2013) afirma que la puesta en palabras de estos contenidos, ayuda de un modo significativo a la configuración, organización y registro de los mismos, ya que la mudez que presenta el fenómeno psicosomático hace que las preguntas queden inicialmente del lado del analista. Lo esencial no consistirá en establecer un conjunto de técnicas, sino en la adopción de una actitud mentalizada.

Será por lo tanto, el analista quien deba sostener una función reflejante tanto mediante actitudes, como en forma verbal, a partir de la atención conjunta, suya y del paciente, dirigida a un trabajo exploratorio hacia las diversas sensaciones o fragmentos de vivencias que el paciente vaya pudiendo expresar.

En el ateneo la profesional expresó que durante el tratamiento buscó en primer lugar lograr una buena relación terapéutica que abriera un espacio de confianza, así también comenzar a discriminar un espacio propio diferente y separado del de su madre.

En las primeras sesiones el proceso fue lento y la psicóloga busco incluir a Gabriela en la escena para luego separarla de Julieta sin que esta sintiera que dejaba de ser, en el proceso.

Winnicott (1971/2008) lo expresa como la generación de un espacio transicional que el analista buscó construir en el espacio terapéutico, donde Julieta pudiera comenzar a través del juego a tomar parte activa en ese mundo externo, plasmar sus deseos y temores en una zona segura situada entre la realidad y la fantasía, entre el mundo interno y su realidad externa. La terapeuta de Julieta logró crear un marco relacional sostenedor y asegurador, otorgándole su propia pulsionalidad de vida.

Martinez (2010) postula que la psicoterapia en el niño se da en la superposición de dos zonas de juego: la del paciente y la del terapeuta, la misma está relacionada con dos personas que juegan juntas, en un espacio activo de crecimiento donde el niño encuentra, en un continuo espacio-tiempo y con una forma de comunicación especial, un lugar para resolver trastornos emocionales, conflictos y traumas.

Fue la comprensión del significado del juego como forma de expresión de su mundo interno, ansiedades, fantasías y relaciones con los otros, lo que le permitió a la terapeuta de Julieta intervenir y favorecer el desarrollo de su estructuración y simbolización

Martinez (2010) reflexiona sobre el valor del juego en el niño afirmando que el niño juega sus propias interpretaciones que apuntan a dar sentido a aquello que de lo real se presenta como trauma. A través de sus juegos, es tomado en sus palabras como sujeto. El niño que juega va incorporando el entorno a su psiquismo a la vez que va insertándose él en

dicho entorno. A través del juego, se expresa, elabora situaciones, crea, aprehende, se alegra. Es su modo, por excelencia, de ser en el mundo, de producirse a sí mismo como sujeto, de convertir lo displacentero en placentero.

A partir de los registros y los diferentes espacios de supervisión se destaca que el juego de Julieta fue evolucionando a medida que transcurrieron las sesiones, en un comienzo y en presencia de su madre, este presentaba características pasivas: una plastilina que aplastaba sobre la mesa, sin parar y sin expresar ningún significado a dicha acción pese a los intentos de intervención de la terapeuta, posiblemente simbolizando su propia indefensión frente a los hechos vividos y el vínculo con su madre, lo visible en esta acción era su imposibilidad de diferenciarse, un trozo de plastilina sin forma, sin palabras.

Liberman et al. (1993) sostiene que en la patología psicósomática infantil, adquiere gran importancia no solo el contenido del juego sino toda la actividad corporal que desarrolla, fundamentalmente la trasmisión de sus emociones, alteración en el tono muscular y restricciones o ampliaciones de sus movimientos espaciales. Se obtiene así, una amplia gama de información que permitirá reconstrucciones sobre las primitivas experiencias de contacto corporal.

Julieta se mostraba tensa, tímida, escondida detrás del cuerpo de su madre, de su dolor, del cual Gabriela no podía protegerla.

Liberman et al. (1993) expresan que el niño psicósomático se caracteriza por desarrollar un tipo de actividad lúdica denominada: juego ritualizado, usado como resistencia, el mismo sirve a los esfuerzos defensivos obsesivos, tendientes a evitar el contacto emocional. Durante este juego, el niño puede desarrollar actividades lúdicas o gráficas, en algunos casos dramatizaciones esquemáticas estereotipadas sobre interacciones madre-hijo, maestra –alumno, vendedor-comprador.

La profesional mencionó al finalizar la entrevista que el juego de Julieta adquirió otras características a medida que crecía positivamente el vínculo con la profesional y al mismo tiempo que Gabriela inició su propia terapia. Sin embargo se trataba de una actividad ritualizada. En principio lo fue su juego repetitivo con la plastilina, respondiendo muy tímidamente a cualquier pregunta de la profesional, haciendo un limitado uso del

espacio y permaneciendo sentada durante toda la sesión. Luego la niña comenzó a elegir el uso de hojas, lápices y fibras, sus creaciones gráficas eran similares en cuanto al tipo de dibujo, figura humana incompleta a quien adjudicaba diferentes nombres:

“Soy yo, es mamá, es la abuela.”

Se trataba siempre de un dibujo por sesión, una sola figura por hoja, que representaba distintos integrantes de la familia. Posteriormente comenzó a dramatizar escenas donde recreaba el vínculo diádico:

“El bebé se durmió, ahora lo despierto porque tiene que comer, ahora el bebé se hizo caca, ahora hay que cambiarlo, ahora tiene que bañarse porque está sucio...”

El juego de la niña parecía reeditar un vínculo cargado por un ansia incansable de cercanía y de contacto como un intento de mantener por siempre la fusión, confirmando la posición de autores como Ulriksen del Viñar (2002) quien afirma que cada modalidad de relación corporal con el juguete sintetiza múltiples experiencias directas que reactualizan modos de relación del bebé con el cuerpo materno y de la madre con él bebé.

A sí mismo, Pelorosso (2001) refiere a la tarea del analista como decodificador de la emoción, que el paciente intenta evacuar. El niño necesita retomar el desarrollo deficitario del proceso de simbolización, a partir de la adjudicación de un nombre para cada emoción, captando variadas gamas de afectos.

En la medida en que Julieta fue reeditando escenas vinculares la profesional incluyó muñecas con cabello largo, aquí la niña comenzó a jugar a peinar y despeinar, a las muñecas primero, luego a la profesional y finalmente a ella misma.

La terapeuta fue poniendo palabras a las creaciones de la niña, las gráficas y las dramatizadas. Las intervenciones estaban destinadas a animar y enriquecer el funcionamiento mental de la pequeña.

Podría definirse dicho papel como lo denomina Marty (1995): *la función materna del psicoanalista*, esta se basa en las posibilidades maternas del terapeuta, consiste en la diferencia de una conducción directiva, en un acompañamiento ante todo verbal, que

avanza al lado de los estados y movimientos del paciente o los sigue o precede a corta distancia. Esta relación se constituye a través de una investidura teñida de confianza, fundada en elementos subjetivos, proyectivos, que deriva de los primeros apegos.

El objetivo del terapeuta de Julieta fue hacer desaparecer los estados de desamparo, que generaban y mantenían la afección, circunscribiendo la enfermedad para convertirla en un objeto representable.

Parafraseando a Zuquerfel y Zuquerfel (1999) el compromiso del analista es funcionar como barrera de sostén, ordenamiento y dique. Se privilegia, la construcción vincular y un acompañamiento en el proceso de ligar un mundo representacional, una creación que se realiza justamente en presencia del otro y por efecto y acción del otro.

Greem (2008) lo define como un vínculo intersubjetivo en el campo transferencial donde se construye un sentido. El analista desaparecido deberá ceder su lugar a un analista de presencia perceptible. La ausencia de representaciones será reemplazada por la percepción del analista. Percepción que no solo se refiere a lo visible sino también a lo audible.

La terapeuta facilitó la creación de un espacio para la representación basado en la construcción sostenida de un vínculo de confianza y de presencia, fue ligando el discurso y adjudicando palabras que permitieran nombrar las emociones en los juegos, los dibujos y el discurso verbal y corporal de la niña.

El legajo informa que a los 5 meses de tratamiento remitió la enfermedad, la niña recibió el alta en agosto del 2013 y su madre continúa en tratamiento. A lo largo del proceso la posición del analista fue reconfigurando la escena edípica, se produjeron cambios positivos en la díada madre hija y se instaló un lugar en el vínculo para la figura paterna.

5. Conclusión

El objetivo general del trabajo se originó a partir de la práctica realizada en la Institución Nueva Fuente tras la participación en espacios de supervisión, ateneos clínicos y admisiones que facilitaron la definición y posterior desarrollo del mismo.

A tal fin, tras el aporte de autores destacados en el tema, se buscó argumentar como un vínculo materno deficitario con características simbióticas y de indiferenciación, llevó a una niña de 4 años a vivir la muerte de su hermano menor y los sucesos que acompañaron el hecho, como una experiencia de gran carga emocional, que no pudo ser vehiculizada a través de la palabra e integrada a las funciones mentales, comprometiendo la vía corporal.

A partir de autores como Mendoza Berjano (1998) se reflexionó sobre la aparición de la patología somática y sus posibles causas como el valor de las interacciones tempranas en la díada madre-bebé, el rol materno como mediador y decodificador de las sensaciones corporales del infante, determinantes para la constitución del yo. A sí mismo se indagó en los fenómenos psicósomáticos que atañen a la piel y su relación con las experiencias de contacto corporal con la madre, sensaciones cutáneas y de representaciones que fueron constituyendo el vínculo entre Gabriela y Julieta.

Se analizaron diferentes situaciones familiares que permitieron fundamentar el tipo de vínculo que unía a la niña con su madre y la imposibilidad de ambas para llevar adelante acciones progresivas de individuación. Surgen posibles interpretaciones sobre el lugar del cuerpo infantil y su yo incipiente como el depositario de la angustia materna, transitando dicha angustia a través de la piel. McDougall (1991) lo expresa en su concepto de un cuerpo para dos: una madre con cierta dificultad para decodificar el sufrimiento psíquico o psicológico del lactante, impidiendo en el niño la capacidad para reconocer e integrar como suyo, su propio cuerpo, pensamientos y afectos.

Se reflexionó acerca de cómo la muerte del hermano y la ausencia materna consecuencia de dicha situación, podrían haber desencadenado la aparición de la enfermedad, dificultando la elaboración del trauma. Los aportes de Bequei (1996) otorgan mayor solidez a dicha interpretación cuando expresa que el evento traumático está íntimamente ligado a la psiquis del paciente y fundamentalmente a una estructura psíquica

en construcción, para que una situación se considere traumática debe existir un terreno propicio que la constituya como tal.

Benyakar (2005) amplía este concepto cuando afirma que no existen situaciones traumáticas en sí mismas, sino en relación a aspectos psíquicos, sociales y temporales. El autor refiere en este sentido, que para que un trauma se instaure como tal, debe existir un contexto relacional deficitario. En el caso analizado se reflexionó a cerca de la imposibilidad de la niña para internalizar una madre nutricia capaz de contener su yo en construcción, la paciente habría experimentado sentimientos que superaron sus recursos simbólicos, en los momentos en que su madre se ausentara durante 40 días, encontrando a través del cuerpo una vía posible de expresión.

El abordaje que facilitó ampliamente el camino hacia la recuperación de Julieta fue el juego. Este permitió la construcción de un vínculo de confianza y dio paso a la verbalización de su material conciente e inconciente.

Castelli Lanza (2013) afirma que la puesta en palabras de estos contenidos, ayuda de un modo significativo a la configuración, organización y registro de los mismos. Lo esencial no consistirá en establecer un conjunto de técnicas, sino en la adopción de una actitud mentalizada.

Durante el tratamiento se buscó en primer lugar, lograr una buena relación terapéutica que abriera un ámbito de confianza, así también comenzar a discriminar un espacio propio diferente y separado del de la figura materna. La profesional trabajó en la construcción de lo que Winnicott (1971/2008) llama un *espacio transicional*, donde la niña pudo a través del juego, expresar sus deseos, temores, tomando un lugar activo, en una zona situada entre la realidad y la fantasía.

Fue la comprensión del significado del juego como forma de expresión de su mundo interno, ansiedades y relaciones con los otros, lo que le permitió a la terapeuta intervenir y favorecer el desarrollo de su estructuración y simbolización.

La actividad lúdica de la pequeña fue evolucionando a medida que transcurrieron las sesiones, en un comienzo y en presencia de su madre, este presentaba características

pasivas, donde lo visible era su imposibilidad de diferenciarse, un trozo de plastilina sin forma, sin palabras. Liberman et al. (1993) lo expresa como un juego ritualizado, tendientes a evitar el contacto emocional.

Posteriormente comenzó a dramatizar escenas de la díada madre-hija reeditando un vínculo cargado por un ansia de cercanía y de contacto como un intento de mantener por siempre la fusión, confirmando la posición de autores como Ulriksen del Viñar (2002) quien afirma que cada modalidad de relación corporal con el juguete sintetiza múltiples experiencias directas que reactualizan modos de relación del bebé con el cuerpo materno y de la madre con el bebé.

La terapeuta orientó el proceso hacia la desaparición de los estados de indefensión, que generaban y mantenían la sintomatología. La profesional facilitó la creación de un espacio para la expresión a través de la palabra, la recreación de escenas vinculares en el juego y las creaciones gráficas, construyendo un lazo de confianza y de presencia. Este contexto terapéutico permitió la adjudicación de otras vías posibles para expresar las emociones evitando así que estas tomaran el camino corporal.

Luego de un tratamiento de 5 meses la enfermedad remitió completamente. Julieta fue dada de alta en agosto del 2012. A lo largo del proceso la posición del analista fue reconfigurando la escena edípica, se produjeron cambios positivos en la díada madre-hija y se instaló un lugar en el vínculo para la figura paterna. Gabriela continúa en tratamiento.

El desarrollo del trabajo se llevó adelante contando con el apoyo de la institución. La práctica fue una experiencia muy satisfactoria y de amplio aprendizaje. Tanto los ateneos como los espacios de supervisión enriquecieron los recursos interpretativos y favorecieron la puesta en marcha del trabajo.

Los profesionales facilitaron el acceso al material bibliográfico y ofrecieron la realización de un curso de especialización en enfermedades psicósomáticas que favoreció el proceso. La apertura hacia los practicantes por parte de la institución fue muy positiva, permitiendo realizar preguntas y aportes pertinentes. A sí mismo, se contó con una tutora designada por Nueva Fuente que acompañó la realización del plan de tesis a través de la lectura, sugerencias bibliográficas y elección del caso.

Sin embargo surgieron dificultades a la hora de obtener toda la información necesaria para analizar el caso, debido a que las posibilidades de acceso al material clínico eran escasas, no fue posible trabajar con los registros de los profesionales, ya que argumentaban que el material era confidencial. Esto dificultó la interpretación y análisis más exhaustivo. Es importante destacar que la profesional de Julieta siempre se mostró predispuesta a colaborar con la obtención de información en la medida de sus posibilidades y los límites institucionales.

En cuanto al proceso llevado adelante por la terapeuta de la paciente, logró generar un vínculo de confianza y sostén que permitió resultados muy positivos. Sin embargo, las sesiones en las que la madre permaneció en el consultorio, por su dificultad para separarse de su hija, podrían haber sido utilizadas para incluir un trabajo vincular que hubiera favorecido el diagnóstico y al mismo tiempo parte de la elaboración del trauma y tipo de vínculo que las unía.

Los espacios de supervisión permitieron la reflexión y evaluación del proceso. Se considera que hubiera sido valioso un análisis del juego de la niña, sus características y evolución para una mejor comprensión diagnóstica.

Futuras líneas de trabajo podrían profundizar en:

- El duelo materno como un factor que incrementó la simbiosis vincular madre-hija y desencadenó la enfermedad.
- La interpretación y análisis del caso desde distintos marcos teóricos: terapia sistémica, cognitiva conductual y psicoanálisis con sus respectivas líneas de abordaje.
- La sintomatología como consecuencia de la ausencia de una figura paterna, que no supo cumplir su función de ley y sostén materno.
- Un estudio que se enfoque principalmente en la evolución del juego durante el proceso terapéutico desde el comienzo del tratamiento hasta la remisión de la enfermedad.

El camino recorrido desde sus inicios hasta la elaboración de la tesina se considera muy positivo y de apertura para el comienzo del desarrollo profesional. Se destaca el apoyo de la Institución como facilitadores del proceso.

6. Referencias Bibliográficas.

- Békei, M. (1996). *Enfoque psicossomático de la alopecia areata infantil*. (2° ed.) Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Benyacar, A. (2005). *Lo traumático I. Clínica y paradoja*. Buenos Aires: Biblos.
- Bleichmar, S. (2005). *Vigencia del concepto de psicossomática. Aportes para un debate acerca de la articulación entre lo somático y lo representacional*. Buenos Aires: Lugar Editorial
- Castelli Lanza, G. (2013). La mentalización de la afectividad, sus perturbaciones y su abordaje clínico. *Revista de la sociedad española de psicoanálisis*, 4 (5), 17-18
Recuperado en <http://www.scielo.org.ar>.
- Cheja, R. (2007). Trastornos psicossomáticos en la infancia: Presentación de un caso clínico. En Memorias del *Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR* Facultad de psicología de la Universidad de Buenos Aires. Tomo 1, 36-38. Recuperado en <http://dialnet.unirioja.es/servlet/portadarevistas>.
- Freud, S. (1893 / 2006). Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1893 / 2006). La psiconeurosis de defensa. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1915/ 2006). Pulsiones y destinos de la pulsión. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1920/ 2006). Más allá del principio de placer. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Gaddini, R. (2001). Los orígenes del objeto transicional y el síntoma psicossomático. En Bequey, M. (Ed.) *Lecturas de lo Psicossomático* (pp. 92-106) Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Green, A. (2008). *De locuras privadas* (2° ed.) Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- González Ramírez, M & Hernández Landero, M (2008). Confirmación de un modelo explicativo del estrés y de los síntomas psicossomáticos mediante ecuaciones estructurales. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 23 (1), 7 – 8. Recuperado en <http://www.scirus.com>.

- Ibarra Medina, A. & Imaz Garcíandía, A. (2012). Enfermedad psicósomática y patrones familiares en niños con asma. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 41(1), 111-138
Recuperado en <http://www.scielo.org.ar>
- Killingmo, B. (2005). *Una defensa de la afirmación en relación con los estados de afectos no mentalizados*. Buenos Aires: Lugar Editorial
- Klein, M. (1948). *Principios psicológicos del análisis infantil*. Medio Magnético.
- La Cueva, L. & Ferrando Barberá, J. (2012). Nuevas claves en la etiopatogenia de la alopecia areata. *Piel*, 23 (10), 533-536. doi: 10.1016/S0213-9251(08)75793-9.
Recuperado en <http://www.scirus.com>
- Laplanche, J & Pontalis, J. (1996/ 2007). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Lieberman, D. Grassano de Piccolo, E. Neborak, D. Dimant, S. Pistiner de Cortiñas, L. & Roitman de Woscoboinik, P. (1993). *Del cuerpo al símbolo sobre adaptación y enfermedad psicósomática*. Santiago de Chile: Ananké.
- MacDougall, J. (1991). *Teatros del cuerpo*. España: Julián Yebenes, S.A
- Mahler, M. Pine, F. & Bergman, A. (1975/2002). *El nacimiento psicológico del infante humano*. Colombia: Enlace.
- Marucco, N. (2006). Actualización del concepto de trauma en la clínica analítica. *Revista de psicoanálisis*, 63 (3), 9-19. Recuperado en <http://scholar.google.com.ar>
- Martínez, A. (2010). Psicósomática de la piel: a propósito de un caso de alopecia infantil. *Revista de psicósomática y psicoterapia: La piel*, 30, (74), 19-36. Recuperado en <http://dialnet.unirioja.es/servlet/portadarevistas>
- Marty, P. (1995). *La psicósomática del adulto*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Mendoza Berjano, E. (1998). La alopecia infantil. *Revista de la Asociación española de neuropsiquiatría*, 4 (11), 354-356. Recuperado en <http://scholar.google.com.ar>
- Palacio Espasa, F & Manzano, J. (1993). *Las terapias en Psiquiatría Infantil y en Psicopedagogía*. Buenos Aires: Paidós.
- Pedreira, L. (2001). Trastornos psicósomáticos en la infancia y la adolescencia. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y Adolescente*, 3 (1), 26-51.
- Pelorusso, A. (2001). Abordaje del paciente psicósomático. Recuperado en <http://www.winnicott.com.ar/articulos.htm>.

- Reyes, A. (2010). Alopecia areata. (Tesis de maestría). Recuperado de Universidad Nacional de Rosario.Facultad de Ciencias Médicas.
- Restrepo, R. & Niño, M.L. (2012) Alopecia Areata nuevos hallazgos en histopatología y fisiopatología. *Revista de Asociación colombiana de dermatología y cirugía dermatológica*, 20 (1), 41-54.
- Romero. M.D (2011) Trastorno psicossomático, una lectura analítica. En *Memorias del Tercer Congreso internacional de investigación*. Universidad de la Plata 170-172.
- Restrepo Uribe, M. (2006).Modelos conceptuales en medicina psicossomática. *Revista colombiana de psiquiatría*, 35 (1), 7-20. Recuperado en <http://dialnet.unirioja.es/servlet/portadarevistas>.
- Rozental, A. (2005).*Infancia y Juego*. Buenos Aires: Colecciones Conjunciones.
- Tutté, J. (2004). El concepto de trauma psíquico: un puente en la interdisciplina. *Revista internacional de psicoanálisis*, 85 (4), 897-921. Recuperado en <http://dialnet.unirioja.es/servlet/portadarevistas>.
- Ulriksen del Viñar, M. (2002). Construcciones del encuadre en psicoanálisis de niños. *Revista uruguaya de psicoanálisis*, 96 (6), 24-30. Recuperado en <http://scholar.google.com.ar>.
- Winnicott, D. (1964/ 1993). *Elementos positivos y negativos en la Enfermedad Psicossomática. Exploraciones Psicoanalíticas I*. Buenos Aires: Paidós.
- Winnicott. D. (1971/2008). *Realidad y Juego*. Buenos España: Gedisa.
- Zukerfeld, R. & Zukerfeld, R. (1999). *Psicoanálisis, tercera tópica y vulnerabilidad somática*. Buenos Aires: Lugar Editorial.