

“El juego como herramienta en la terapia psicoanalítica infantil”

Alumno: Natalia Rodríguez López

Universidad de Palermo

Tutor: Marcos Mustar

Martes, 20 de Octubre del 2020

índice

1	Introducción	4
2	Objetivos generales y específicos del trabajo	4
2.1	Objetivo general:.....	4
2.2	Objetivos específicos:	5
3	Marco teórico	5
3.1	Teoría psicoanalítica de Freud	5
3.2	El retorno a Freud, según Lacan.	7
3.3	Sintomatología infantil en psicoanálisis y la relación con el vínculo materno.	9
3.3.1	La figura y el vínculo materno.	11
3.4	El juego como medio de expresión en el infante.	16
3.4.1	Función materna y el objeto transicional.....	16
3.4.2	La incorporación y elaboración de la realidad a través del juego.	19
3.5	El juego como herramienta principal en la terapia psicoanalítica	21
3.5.1	La técnica del juego.	24
3.5.2	La personificación y la fantasía del niño en el juego.	25
4	Metodología	27
4.1	Participantes:.....	27
4.2	Instrumentos:.....	28
4.3	Procedimiento:	28
5	Desarrollo	28
5.1	La relación de la sintomatología de control de esfínteres con el vínculo de la paciente con la madre.....	28

5.2	El juego como herramienta terapéutica principal para trabajar la sintomatología y el vínculo de la paciente con su madre durante el análisis.	35
5.2.1	Los tres juegos con la paciente	38
5.3	La evolución del vínculo con la madre luego de dos años de tratamiento y su expresión en el juego terapéutico	43
5.3.1	Evolución del tratamiento y expresión en el juego.....	45
6	Conclusiones	47
6.1	Objetivo 1.....	47
6.2	Objetivo 2.....	48
6.3	Objetivo 3:	48
6.4	Limitaciones.....	48
6.5	Perspectiva crítica y aporte personal.....	49
6.6	Nuevas líneas de investigación	50
7	Referencias	51

“El juego como herramienta en la terapia psicoanalítica infantil”

1 Introducción

Este trabajo profesional se logra mediante la articulación de teoría y práctica en una institución psicoanalítica, que se dedica tanto a la formación de estudiantes de posgrado en psicoanálisis como atender a niños, adolescentes, adultos, familias y parejas dentro de la misma institución.

Las actividades que se realizan en la práctica con dicha institución son las siguientes:

- Observar y analizar las supervisiones de los terapeutas con niños, adolescentes, adultos, parejas y familias.
- Asistir a las clases teóricas impartidas por los profesores del posgrado psicoanalítico, tratando los temas: “niños y adolescentes”, como también las clases de “adultos” y “pareja y familia”.
- Presenciar, estudiar y realizar retroalimentaciones de los cursos intensivos realizados de forma virtual a cargo de un psiquiatra que se desarrolla en la misma institución psicoanalítica.
- Realizar entrevistas a los psicoanalistas a cargo del caso clínico el cual se utilizará en el presente trabajo profesional.

El siguiente trabajo profesional tiene el propósito de ilustrar y analizar desde un abordaje psicoanalítico, como el psicoanalista logra llevar a cabo el trabajo analítico infantil, en el cual utiliza el juego como herramienta principal en la terapia con niños, a diferencia de la terapia con adultos donde se utiliza la palabra, así como también la forma en la que el infante logra expresar su realidad externa e interna mediante la acción de jugar.

2 Objetivos generales y específicos del trabajo

2.1 Objetivo general:

Describir la utilización del juego terapéutico en el tratamiento psicoanalítico de una paciente de 8 años con sintomatología de control de esfínteres y problemas de vinculación con la madre.

2.2 Objetivos específicos:

- 1) Analizar la relación de la sintomatología de control de esfínteres con el vínculo de la paciente con la madre.
- 2) Describir como el analista utiliza el juego como herramienta terapéutica principal para trabajar la sintomatología y el vínculo de la paciente con su madre durante el análisis.
- 3) Analizar la evolución del vínculo con la madre luego de dos años de tratamiento y su expresión en el juego terapéutico.

3 Marco teórico

3.1 Teoría psicoanalítica de Freud

Freud (1917) menciona que el psicoanálisis difiere de otras disciplinas como la medicina, psicología o psiquiatría, donde es posible observar la conducta y vincular los síntomas a una nosología; los síntomas que integran cada disciplina conforman cuadros clínicos, en donde se sabe cuál es el origen, mecanismo y reciproca conexión. El psicoanálisis en cambio quita toda hipótesis de orden anatómico o biológico. Es decir que un síntoma en psicoanálisis no tendrá un origen biológico o una causa directa.

Por otra parte, una de las categorías centrales de psicoanálisis, es el concepto de inconsciente, introducido por Freud a principios del siglo XX. El inconsciente se encuentra más allá de los límites de la conciencia, en donde existen contenidos no registrados por la conciencia, los cuales pueden devenir o emerger como un síntoma que perturbara al individuo. Citando a Freud (1917) “unas representaciones que existen y producen efectos por debajo del umbral de la conciencia, y aún nuestra íntegra conducta en la vida es influida por tales representaciones inconscientes” (p.233), es decir, que todos los fenómenos del psiquismo son inconscientes y aquellos fenómenos conscientes son acciones aisladas que son parte de la vida anímica total. Las representaciones inconscientes que fueron desalojadas por la conciencia, están vinculadas a traumas o vivencias que acontecieron en el pasado los cuales quedan borrados, quedan como *huellas mnémicas*. Además, Freud (1917) afirma que lo inconsciente se puede expresar en forma de: *actos fallidos*

(decir una palabra en lugar de otra), *versprechen* (escribir sin intencionalidad otra palabra), *verlesen* (equivocación en la lectura), *verhören* (falsa audición sin tener ningún problema biológico), sueños, chistes y juegos de palabras que poseen doble sentido. Asimismo, Gallegos (2012) señala que la obra cumbre de Freud para dar paso a la introducción del inconsciente y del psicoanálisis fue: *La interpretación de los sueños*, publicada en 1900; en esta obra propone un modelo del psiquismo del inconsciente y presenta un modelo para analizarlo. También, Gallegos aclara que en esa obra, el deseo inconsciente es el punto de partida para que el sueño se forme, así que el sueño es una formación psíquica que da cuenta del inconsciente

Así mismo, el inconsciente forma parte de lo que Freud (1915) denomina aparato psíquico, que es la forma de organización de todas las fuerzas psíquicas. El autor inicia describiendo su primera tópica, dividiendo el aparato psíquico en: *consciente*, que es lo más próximo al mundo exterior y a lo perceptivo, su propósito es el dominio y el control de pensamiento; el *preconsciente*, esta inmediatamente por debajo de la conciencia, es todo lo que se puede traer a la conciencia (ej. Los recuerdos); por último el *inconsciente* es lo que está reprimido y rechazado por la conciencia, queda como una censura la cual genera un gasto anímico importante. Sin embargo, Freud, (1923) complejiza su primera tópica y así crea la segunda tópica freudiana, compuesta por: el *ello* el cual su contenido es inconsciente, representa las pulsiones y los deseos de una forma primitiva; el *yo* es la mediadora entre el ello y el superyó, busca satisfacer al ello actuando bajo el principio de realidad y al mismo tiempo busca cumplir con las exigencias normativas y punitivas del superyó; por último, el *superyó* es la instancia que juzga al yo, a causa de las internalizaciones de las normas, reglas y prohibiciones parentales, es decir lo que el individuo incorpora de sus figuras parentales.

También, otro de los conceptos centrales en psicoanálisis es el concepto de pulsión, que para Freud (1915) la pulsión se diferencia de un estímulo, ya que este viene desde afuera hacia el tejido vivo, y el fin del organismo será la de generar una acción para sustraerse de esa influencia de estímulo. Para Freud (1915) la pulsión refiere a un fenómeno interno, que genera una tensión, la cual se encuentra entre el límite de lo somático y lo psíquico. Lo pulsional quedará constante hasta que no sea liberado. Los componentes de la pulsión son:

- La presión (*Drang*)- que es la suma de fuerza que representa la pulsión.
- El fin (*Ziel*)- que en todos los casos es la satisfacción.

- El objeto (Objekt)- a través del cual la pulsión puede alcanzar su fin (puede ser algo externo o una parte del cuerpo).
- La fuente de pulsión (Quelle)- es el proceso somático de un órgano o parte del cuerpo.

También, Freud (1920) afirma que en el aparato psíquico existen dos fuerzas: el principio de placer que busca la satisfacción pulsional inmediata y el principio de realidad donde el sujeto posterga este placer ya que toma en cuenta las normas, reglas y prohibiciones.

En otro sentido, la transferencia es uno de los conceptos principales dentro de la clínica psicoanalítica. Para Freud (1938) es un poner en la persona analista los sentimientos y reacciones arcaicas que pueden tornar en un abanico de formas hostiles o amistosas; para Hernández (2014) la transferencia no es algo fabricado por el dispositivo analítico, sino que es algo inherente de la formación anímica de los seres humanos y puede ser observado en distintas situaciones fuera del análisis.

3.2 El retorno a Freud, según Lacan.

Jacques Lacan fue un psicoanalista francés conocido por sus aportes teóricos y el cual propone un retorno a Freud. Lacan (1955) comenta que “el sentido de un retorno a Freud es un retorno al sentido de Freud” (p.388), es decir que la finalidad sería buscar el sentido olvidado. A partir de generar una relectura, se desliga de las ciencias naturales y se incorpora al campo del lenguaje. Zaratiegui (2008) menciona que en su enseñanza en el año 1953, con el discurso de Roma, Lacan tiene como autor a Claude Lévi-Strauss, por lo cual exhorta a abrirse en el estudio de la función simbólica; ya que existían desvíos en el psicoanálisis, producto de los post freudianos, que llevaban la teoría psicoanalítica hacia el campo de lo biológico. Sin embargo, para Zaratiegui (2008) ambas posturas tanto la biológica y las ciencias del lenguaje, se apoyan en un texto de Freud llamado *El interés por el psicoanálisis*, como un entrecruzamiento. Por un lado esta lo biológico, Freud, (1913) aclara que la sexualidad infantil se revela pulsiones ancladas a lo biológico o lo corporal del sujeto, donde no se pueden evitar pensar la pulsión como un concepto fronterizo entre la concepción psicológica y la biológica. Después, está el interés por la ciencia del lenguaje, ya que para Freud la cura está en la palabra misma. El lenguaje no se debe de establecer como la traducción del pensamiento en palabras, sino también en gestos, escritura o el lenguaje de los sueños.

Del mismo modo, se encuentra la noción de *estructura*, ya que para Lacan, (1985) “el inconsciente está estructurado como un lenguaje” (p.264). En relación, Zaratiegui (2008) explica que no habla de un idioma, sino del orden simbólico. Lacan, (1953) aporta que existen 3 registros: lo *imaginario* que está dirigido al reconocimiento de su imagen a causa de la imagen de otro; lo *simbólico* será la posición en la cual el sujeto ocupa para captar esa imagen, introduce para explicarlo la antropología estructural de Claude Levi.Strauss, lo *real* por último, será lo no simbolizado, es decir todo aquello que tiene una existencia por sí misma y no es representable.

Regresando al tema del campo lingüístico, Lacan utiliza la lógica lingüística para definir su concepto de *significante*. Para Lacan (1953) un signo lingüístico une a un concepto con una imagen acústica, que no refiere al sonido, sino a la huella mental que queda en el sujeto. Por una parte está el significante que es el concepto (asigna algo) y después el significado (lo designado), que se usa para referirse a ese significante. Sin embargo, Lacan modifica esta estructura (significante y significado), por significante y otro significante, en una cadena de significación, donde el sentido de un significante en un sujeto solo podrá encontrarse cuando se relaciona con otro significante. Continuando en la misma línea, Lacan (1964) señala que somos sujetos del deseo o sujetos deseantes, pero estamos anclados a los significantes y el deseo de otro, que se aparta de nuestro propio deseo. El sujeto está alienado a los significantes del otro, ya que previo al sujeto están los significantes (cultura, lenguaje, familia etc.) que le preceden, en donde después se posiciona. Al niño le preceden significantes que lo funden o constituyen, como por ejemplo, el nombre que le asignan. Asimismo, Lacan (1955) diferencia *el otro con minúscula* que refiere a una proyección o reflejo del yo y el *gran otro* que determina y precede al sujeto, que está inscrito en el orden simbólico y donde el sujeto tomara los significantes ya que allí está constituida la palabra.

Por otra parte, Lacan (1953) caracteriza la *palabra vacía* como el discurso consciente que no es de relevancia, ya que carece de contenido inconsciente para analizar y la *palabra plena* que será con lo que se trabajará en el análisis. Citando a Castaño (2010) “La asociación libre aparece en el análisis como un discurso vacío, pero es el único medio del que dispone el analista para acceder a la verdad del sujeto” (p.44), es decir que la palabra es con lo que se trabajará en análisis. Después el analista debe de tener una escucha, en psicoanálisis es llamado *atención flotante*, que para Castaño (2010) deberá de dirigirse por fuera de la demanda del paciente,

donde se encuentra lo significativo como son los actos fallidos, juego de palabras chistes u otro contenido que serán la vía para llegar a los significantes en el inconsciente.

3.3 Sintomatología infantil en psicoanálisis y la relación con el vínculo materno.

Acuña (2018) indica que en la infancia se gesta el futuro del individuo durante todas las etapas de la vida y tiene una importancia para el desarrollo de su personalidad. Los eventos traumáticos durante este periodo pueden desarrollar posteriormente trastornos psicológicos. También el niño tiene una dependencia con respecto a sus progenitores o cuidadores, tanto en el aspecto material (comida, vestimenta etc.) como en el emocional.

En relación a el desarrollo de la personalidad en un infante, para Freud (1905) existen una serie de etapas que son muy importantes, conocidas como *etapas psicosexuales* que son: la *etapa oral* donde el niño dirige la libido hacia la boca y busca la satisfacción gracias a la acción de succión; *etapa anal* donde la libido se dirige hacia el ano y el esfínter urinario y la satisfacción va a estar dada por la expulsión o retención de heces u orina; la *etapa fálica* en la cual se desarrolla el complejo de Edipo, donde se produce una expresión erótica de la niña hacia su padre y con celos a la figura materna y de forma viceversa con el niño; existen dos etapas intermedias la *etapa de latencia* donde se reprimen esos sentimientos edípicos y la *etapa de la pubertad y adolescencia* donde la libido se dirige hacia los órganos sexuales; por último, se llegará a la *etapa genital* donde se orienta el deseo sexual fuera de la familia, esto es llamado exogamia.

Hablando específicamente la etapa de latencia, Zabarain, Quintero, & Rita (2015) señalan que la etapa de latencia se divide en dos: temprana y tardía. En la primera se intenta controlar lo pulsional mediante mecanismos defensivos y en la tardía (a partir de los ocho años) el desarrollo psicoafectivo es regulado por la influencia que los pares tienen sobre el niño. Así mismo, se requiere que el niño desarrolle en el yo una autonomía, una integración al grupo de pares, aceptación de los cambios físicos y seguridad en la toma de decisiones, con el fin de enfrentarse adecuadamente a la adolescencia. En el mismo orden de ideas, Ávila (2008) señala que el infante aprende o establece vías apropiadas para expresar su autonomía cuando ya ha logrado el control de impulsos corporales y su superyó se ha logrado establecer como una norma interior, la cual es

lograda por la autoevaluación, el juicio, premio y castigo. El niño gana independencia y emerge el sentido de auto responsabilidad. También, Ávila (2008) señala que la vergüenza característica de la etapa de latencia se generaliza hacia el comportamiento social del niño, donde los pares son fundamentales para la formación del yo y el desarrollo de la identidad. Igualmente, Lichtenberg (2006) señala que la vergüenza es una fuente de regulación social de las pautas de comportamiento. Al mismo tiempo, la autoimagen del niño juega un papel importante en la vergüenza que puede sentir o percibir. La vergüenza y la crítica se dan generalmente juntas y se identifican a nivel social.

A propósito de las etapas psicosexuales en Freud, Acuña (2018) señala que la infancia se inscribe como algo pulsional dentro de lo inconsciente. Se ira construyendo como un conjunto de vivencias, sean buenas o malas, que son posibles recordar, siempre y cuando se mantengan sepultadas las vivencias de las etapas psicosexuales infantiles. También, el niño es afectado por la dependencia en la que se encuentra con respecto a sus progenitores. El niño necesita de afecto y protección de sus progenitores, aprende a considerar los deseos de sus padres como suyos y también hay una modificación de su conducta debido a esto.

Por otro lado, está el síntoma, Freud (1917) señala que tiene un fondo y es abundante en sentido, al igual que los sueños o actos fallidos. El síntoma tiene que ver con algo traumático para el yo. Sin embargo, los síntomas son nocivos y perjudican al sujeto, ya que implica un gasto anímico. Los síntomas neuróticos surgen de un conflicto. En principio, la libido insatisfecha busca otro camino para satisfacerse y esto queda de forma inconsciente en la psique del sujeto. El síntoma queda desfigurado, ya que el sujeto no puede vincular su síntoma con el contenido que queda guardado en el inconsciente. El síntoma queda desfigurado por la censura del conflicto que atormentó al yo del sujeto. Lo que se satisface es la descarga libidinal, sin embargo, el sujeto lo vive como un malestar, es decir el síntoma perturba al sujeto, es vivido como algo nocivo para él.

Dentro de la clínica infantil, el síntoma será uno de los principales motivos de consulta. Lora (2007) afirma que un diagnóstico va a permitir ubicar en el discurso del sujeto las características de su deseo así como las de su goce. El niño a través de su síntoma va a exponer de forma subjetiva su propia verdad, es decir el síntoma habla por él. Es importante y necesario realizar un diagnóstico en la clínica con niños, ya que en muchos casos los padres, maestros o médicos

generan su propio diagnóstico, que muchas veces está alejado de la subjetividad del infante. No se le da la oportunidad de expresar su propia postura al respecto de lo que le está pasando. Se debe diferenciar el síntoma del niño según los padres del síntoma del niño según el propio sujeto. Sin embargo, no se debe dejar de lado en la clínica infantil entrevistar a los padres. Lora (2007) menciona que primero se entrevista a los padres para entender el motivo de consulta, ya que el niño no cuenta con la capacidad idónea de desarrollarse en el plano discursivo y se le dificulta expresar qué le pasa. Se debe atender el discurso de los padres que remite a sus propios significantes y su punto de verdad.

El síntoma queda desfigurado por la censura del inconsciente, así el paciente sabe que algo le pasa, pero no sabe el porqué. Estos síntomas van a estar circunscritos a los significantes de los padres (los significantes que preceden al infante). Para Lora (2007) es importante separar a los integrantes de la familia y trabajar con ellos como individuos, ver la posición subjetiva de cada uno. Es importante descubrir la subjetividad del infante y el discurso de los padres tomada por el niño debe de ser cuestionada, tratando de dar espacio a su propia cadena significativa.

De la misma forma, el síntoma va a ser importante para la entrada en análisis y será el eje de las sesiones. De acuerdo a Lacan (1976), el síntoma del infante corresponde a lo que hay sintomático en la estructura familiar. La estructura le es dada al infante (no elige su familia), y tiene que dar una respuesta original ante esa elección forzada. El movimiento terapéutico debe ir a que el infante pase de ser síntoma de esa estructura familiar, a tener un síntoma, es decir pasar de objeto a un sujeto, ya que al conocer un síntoma, quiere decir que se sabe cómo manipularlo (Lacan, 1976).

3.3.1 La figura y el vínculo materno.

Diversos autores psicoanalíticos trataron el tema de la figura de la madre. Primeramente, podemos mencionar a Melanie Klein, psicoanalista y fundadora de la escuela inglesa de psicoanálisis. Klein (1936) considera a la madre como una figura que es vista por el niño como un pecho bueno o malo, que lo gratifica o le produce frustración. El pecho bueno es el prototipo que adquiere el infante con respecto a todo lo bueno y beneficioso, a diferencia del pecho malo que lo considera persecutorio. Cuando se adquiere el prototipo de un pecho bueno, se mantendrá a lo largo de la vida la necesidad de preservar el amor del otro; la madre entonces se transforma ya no en un pecho, sino en la figura completa, que no solo alimenta, sino que también da afectos.

Por otra parte, el prototipo de un pecho malo, es visto como hostil y frustrante, esto dará un vínculo relacional posterior de rechazo y muchas veces deficitario, no solo con la madre, sino también con otras personas.

Freud (1931) determina que la relación de un niño con su primer objeto es decir el pecho de la madre que lo nutre, y la satisfacción estará dada por la función de nutrición. Este primer objeto se completara en su totalidad, hasta ser vista como la madre y que tendrá otras funciones como el cuidado y brindar afecto. La madre le despertara al niño muchas sensaciones tanto placenteras como displacientes. Asimismo, Freud (1923) señala que “la madre es una función en la cual se articula el deseo, amor y pulsión” (Citado en Souza, 2014, p.27). Freud, describe que las exigencias endógenas del niño se descargan a través de los gritos y llantos, esto con el fin de conseguir satisfacer la necesidad que provoca tensión. Estas acciones se asocian a la satisfacción de sus necesidades, producen huellas mnémicas que están articuladas al deseo. Es decir ya no hay solo necesidades biológicas, sino que a través de esa experiencia en donde el infante pide con llanto que lo satisfagan, ya sea nutricionalmente, quedarán esas huellas mnémicas, que suscitarán con la intervención de otro, no tiene que ser puntualmente la madre biológica, sino un individuo que pueda cumplir con la acción específica requerida por el infante. Posteriormente, se añade el factor del amor donde el niño no puede sobrevivir sin el amor de una figura de cuidado. Por su parte, Freud (1914) señala que existe una articulación entre la satisfacción de la necesidad biológica con el amor y la elección de objeto. La madre proporciona el alimento que está asociado al pecho materno y dicho pecho coincide el amor y el hambre. Con respecto a la pulsión en Freud, se refiere, en relación a la madre, a una pulsión sexual. Existe una experiencia de satisfacción al alimentarse del pecho materno, es una satisfacción sexual que se produce en el chupeteo (etapa oral) que da lugar a un registro que tendrá que ver con la sexualidad. Freud se refiere a las zonas erógenas dentro de la sexualidad infantil, que en el primer tiempo (etapa oral) se satisface del contacto con la madre.

Además de la función de nutrición y afecto que Freud propone, López (2017) asegura que la figura de la madre cumple el rol de enseñanza de las formas de socialización. La madre ocupa el rol principal de enseñar las normativas sociales de acuerdo de cada cultura. También, Existe una diferencia notable en la forma que una madre se vincula con un hijo varón y con una hija, ya que de acuerdo a cada cultura la instrucción de las normativas sociales cambiarían de acuerdo al

sexo. Asimismo, Beauvior (1949) aclama que “ser madre se produce en un contexto donde están insertos el padre, hijo y la madre, donde esta figura de la madre no solo ocupa el rol de nutricia, sino también socializadora y le da al infante la primera representación de la cultura”. (Citado en López, 2017, p.39)

Cambiando de autor y en relación a la formación del vínculo madre-hijo, Bowlby (1998) define que al apego como aquellas conductas desplegadas por el bebé para establecer una relación afectiva con su cuidador. Hay una necesidad innata del niño con una figura principal de apego (monotropía), que generalmente se da con la madre; si este vínculo materno no se inicia o se rompe, producirá consecuencias negativas como dificultades cognitivas, sociales y emocionales. El cuidador no solo brindará las necesidades básicas, sino que será una figura de apego que brinda seguridad y afecto. Se establece un lazo afectivo a través de cuatro etapas:

1. la primera etapa es el *pre-apego*, que abarca desde el nacimiento hasta los seis primeras semanas aproximadamente, los bebés nacen con conductas (sonreír, llorar, balbucear etc.) para producir respuestas en los cuidadores con el fin de sobrevivir y encontrar protección, en esta etapa los bebés van a distinguir de forma sensorial a la madre y tendrán una preferencia hacia ella.
2. la segunda etapa es cuando se está formando el apego, muestran una preferencia por otras personas cercanas, especialmente a aquellos que responden a sus necesidades;
3. la tercera fase es el apego propiamente dicho, donde el bebé protesta ante la separación y tiene un rechazo por los extraños, se siente una ansiedad ante los desconocidos que puede llevar a llantos e irritabilidad, la psique del niño ha madurado y entiende que la madre es una entidad separada y el bebé manifiesta su temor de perderla.
4. la última etapa es la fase recíproca donde por fin el bebé entiende que la madre va y viene, disminuye la angustia, ya que sabe que la separación no es definitiva.

Referente a la importancia de la formación del vínculo materno, durante los años sesenta, Schaffer y Emerson realizaron una serie de observaciones con setenta bebés y sus familias durante los dos primeros años de vida. Este estudio tenía el objetivo de manifestar que el tipo de vínculo que los bebés generaban dependía de cómo los padres respondían a las necesidades tanto afectivas o nutricionales. Igualmente, Ainsworth y Bell diseñaron una situación experimental, el

objetivo era examinar el equilibrio de las conductas de apego y de exploración bajo las condiciones de alto estrés. La situación consistía en que el bebé se quedara con un desconocido en una habitación, después la madre regresaba. Ainsworth (1964) descubrió que los niños exploran más cuando están frente a su figura de apego su madre, el niño entonces utilizara a la madre como una base segura desde la cual explorar, es decir jugar o interactuar con su alrededor. También, encontró diferencias individuales con respecto al comportamiento de los niños en esa situación experimental, con estas diferencias describió y clasificó los distintos tipos de apego:

- 1- el primero se denomina *apego seguro*, cuando inmediatamente de entrar a la sala, los niños exploraban usando a la madre como una base segura. Después que la madre salía, la conducta exploratoria disminuía y se observaba cierta angustia por la salida de la madre. Después el regreso de la madre les generaba tranquilidad y se acercaban a ella con contacto físico para después seguir explorando. Ainsworth analizo que en los hogares de estos niños con apego seguro, sus madres estaban disponibles para atender las llamadas del hijo. Los niños por su parte, lloraban poco en casa, por esto se dedujo que mostraban un patrón saludable.
- 2- En *apego inseguro- evitativo*, los niños mostraban una indiferencia e independencia frente a la ausencia de la madre. No utilizaban a la madre como una base segura, tampoco se veían afectados por la ausencia de la madre y muchas veces rechazaban el contacto físico con la madre. Ainsworth por su parte afirmó que estas actitudes correspondían a dificultades emocionales en los niños. Los niños sentían que no podían contar con el apoyo de su madre y se mostraban por esta razón indiferente, ya que en su experiencia internalizada tenían rechazos propios de la madre.
- 3- En el *apego inseguro- ambivalente*, los niños se mostraban preocupados por la ausencia de la madre, hasta tal punto que no exploraban en lo absoluto. Sufrían llantos incontrolables y frente a la llegada de la madre se mostraban ambivalentes, es decir oscilaban entre la irritación, acercamiento, rechazo al contacto y conductas de mantenimiento de contacto. En los datos recopilados se veía que estas madres se mostraban frías e insensibles y en otras ocasiones cálidas y sensibles. Ainsworth señalo que estas pautas ambivalentes llevaban al niño a la inseguridad de si la madre estaría disponible cuando las necesiten.

Asimismo, Spitz (1965) señala que existe una diada madre e hijo en los primeros años de vida y diferencio tres estadios:

1. El estadio *preobjetal*, donde el bebé es incapaz de diferenciar un objeto de otro, no existe el mundo exterior. Los estímulos procedentes del exterior solo serán de relevancia cuando se traspasa el umbral de estímulos ya sea el hambre que perturba al bebé. Sus respuestas son estímulos condicionados, es decir tiene hambre y llora, porque sabe que le darán comida. Sin embargo, habrá un cambio cuando posteriormente el bebé visualice el rostro humano, al cual no podrá diferenciar aun del de la madre.
2. El estadio del *objeto precursor*, es cuando se da un gran interés por el rostro humano. En esta fase contestara con una sonrisa al ver el rostro humano, siempre que se vea la frente, ojos, nariz, boca y que tenga movimiento.
3. En el estadio del *objeto precursor propiamente dicho*, el aparato perceptivo está un poco más desarrollado, pero aún no se desarrolla psicológicamente. La madre sirve de intérprete del niño. La madre le ayuda a dar significación, progresivamente a todos los objetos del ambiente, cuando el niño sigue con sus ojos todo movimiento de la madre. El cuerpo de la madre (pecho, manos y dedos) ofrecen todos los estímulos táctiles, al igual que la voz de la madre después esto le ayudara a la formación del lenguaje.

Igualmente, Spitz (1965) afirma una gran importancia del papel de los afectos en las relaciones entre madre e hijo. La ternura de la madre le ofrece al niño una gama de experiencias vitales, las cuales determinaran su actitud afectiva. El niño percibe esas actitudes afectivas de una forma mucho más pronunciadas que un adulto, lo cual hace que estas actitudes afectivas sean necesarias durante la infancia. Durante los tres primeros meses las experiencias del niño se limitarán al afecto, ya que aún no está totalmente desarrollado el aparato perceptivo. También se podría discutir que la madre no es el único ser el cual está cerca del bebé, ya que se encuentra el padre, hermanos u familiares, sin embargo la importancia de estas figuras secundarias y también de su medio cultural serán transmitidos por la madre. Spitz (1965) afirma que una separación prolongada de la madre y la falta de cuidados emocionales conllevan a una depresión denominada *anaclítica* que se da en los primeros meses de vida del bebé, que más tarde podría derivar en problemas psiquiátricos en esos niños. Una de las condiciones para que el niño tenga

esta depresión es que anteriormente haya estado en buenas relaciones con su madre. Después, si el niño tiene una carencia total afectiva, sin importar las relaciones anteriores con la madre, las consecuencias se agravan. Spitz estudio con noventa y un lactantes residentes de un orfanato, criados a pecho durante los tres primeros meses de vida. Los bebés obtenían todos los cuidados materiales (alimento, alojamiento, higiene etc.), sin embargo, recibían pocas atenciones maternas de parte de la niñera. Se observó que estos niños pasaron por estados como el retraso motor y pasividad absoluta. Después en el segundo año, se vio en el test realizado en una media del 45 por 100 de la normal, del nivel que refirieron como *idiotéz*. Los niños fueron observados hasta la edad de cuatro años, en ciertos casos los niños no podían levantarse y ponerse de pie; por otra parte de los casos estudiados un 37 por 100 murió. En cambio, se observó en otra institución en donde los niños fueron criados hasta los cuatro años por sus propias madres, no se observaron defunciones. La ausencia de las relaciones objétales que fueron causados por la carencia afectiva detiene el desarrollo de la personalidad. Cuando hay una carencia de estas relaciones objétales hace imposible que haya una descarga de impulsos agresivos, entonces el lactante se violentara a sí mismo; los niños observados se atacan a sí mismo, dándose golpes con la pared, padecen insomnio, pegándose con el puño y también en muchos casos arrancándose mechones de cabello. De forma contraria, cuando a un niño se le regresan las relaciones objétales, en el niño cesan estas conductas agresivas, y tienen un comportamiento normal. Por este estudio Spitz dio cuenta de la importancia de la relación con la madre en los primeros meses del niño, ya que la ausencia de carencias y relaciones objétales pueden afectar al individuo posteriormente con psicopatologías graves en su vida adulta. También, la ausencia de afecto repercute en la evolución intelectual y lenguaje oral del niño.

3.4 El juego como medio de expresión en el infante.

3.4.1 Función materna y el objeto transicional.

Donald Winnicott fue un psiquiatra y psicoanalista infantil, perteneciente a la sociedad británica de psicoanálisis o escuela inglesa, que puso énfasis en la influencia ambiental (materna) y la importancia del desarrollo emocional temprano del bebé. Winnicott se centró en las condiciones que favorecen a la salud mental del sujeto. Winnicott (1960) definió a las criaturas humanas como el niño o niña de muy corta edad, que todavía no habla (*infans*) y dependen del cuidado materno que se basa en la identificación emocional, por parte de la madre. También, el

niño tiene una dependencia, ya que las criaturas humanas, no pueden ser, sino se dan ciertas condiciones, sumando la *heredabilidad del potencial*, un potencial heredado incluye la tendencia al crecimiento y desarrollo. La finalidad es la independencia, que se logra con el cuidado materno, tanto del padre y la madre; este cuidado se clasifica en tres fases:

- A. *El sostenimiento*: no solo del hecho físico de sostener a la criatura, sino que a través del sostenimiento constituye una forma de amar, donde también coexisten la satisfacción instintiva, alimentación, etc. Además, las relaciones de objeto (relación con seno materno, refiriendo a la etapa oral psicosexual de Freud).
- B. *La convivencia*: de la madre y la criatura, donde la función del padre es desconocida por la criatura, (padre se ocupa del medio ambiente beneficioso de la madre).
- C. *La convivencia de los tres*: padre, madre y criatura.

Winnicott (1960) expresa: “la madre a través de la identificación con la criatura sabe cómo se siente esta, y por lo tanto es capaz de darle casi exactamente todo en forma de sostenimiento” (p.61), así se podría decir que a través de una primera identificación, inicia la base para que la criatura se pueda desarrollar. Asimismo, Winnicott (1960) afirma que “el apoyo del ego proporcionado por los cuidados maternos permite al niño vivir y desarrollarse pese a que todavía no sea capaz de controlar lo bueno y lo malo del medio ambiente, ni sentirse responsable de ello” (p. 42), entonces la figura de la madre se puede pensar como un sostén emocional.

Por otra parte y en relación al cuidado materno, está el fenómeno del juego, que es un indicador fundamental que denota la salud mental del infante. Winnicott (1965) alude al *juego paradójico* que empieza en un primer tiempo cuando el bebé nace y depende en su totalidad del cuidado materno. Se podría decir que el bebé como sujeto no existe sino que es parte de la madre, quien lo cuida y alimenta. Sin embargo en un segundo tiempo el bebe en su omnipotencia cree que el mundo es una parte del el, es decir el mundo para el bebe es una extensión de su ser, hasta que la madre o más bien la función materna lo ayuda a ingresar a la realidad. Por último, en un tercer tiempo, con la ayuda de la función materna, el bebé logra aceptar la realidad por afuera de él dándole significación a los objetos. Así se origina la capacidad del sujeto para discernir lo interno con lo externo y de relacionarse con los objetos a su alcance.

Esta paradoja refiere a una capacidad psíquica, que se ha establecido en el desarrollo emocional del infante que aún carece de lenguaje verbal. Esta capacidad se inicia cuando el bebé

utiliza el *objeto transicional* que va a modular lo interno con lo externo y también regulara la presencia y ausencia de la madre. Este primer objeto transicional es fundamental para el desarrollo de la psique del infante. El objeto transicional puede llegar a ser una manta, osito, sonajero etc. Y ayudará al infante a tolerar y superar diversas angustias provocadas por el ambiente, ya sea la partida de la madre o situaciones nuevas y angustiantes que se le presenten. Entonces, el niño utiliza este objeto transicional para asimilar las situaciones que le pasan; aquí empieza la importancia que le dará el niño a sus objetos próximos y también el gran interés que pondrá en la acción de jugar.

Además de la capacidad para relacionarse con la realidad externa, también está presente la capacidad para crear o ser creativo. Winnicott (1970) destaca que la creatividad implica guiarse por las propias motivaciones. El niño cuando juega está creando y lo logra por motivaciones propias, esto a su vez expone la salud mental del niño cuando lo hace. La creatividad es una actividad que surge de la esencia del ser, es algo inherente al ser. El autor indica que esta capacidad creadora se expresa en la capacidad de jugar. Cuando el niño juega produce o transforma algo: por ejemplo, puede producir escenas de ficción con sus muñecos y acá se refleja dicha creatividad. Esta capacidad creadora se sustenta en algo anterior, es decir hay antes una madre o un mundo que es precedente para crear, ya que de lo inexistente es imposible crear, es necesario una experiencia anterior que es dada por el mundo y la madre. El juego es una actividad la cual se establece con los intercambios entre la madre y el hijo. La madre suficientemente buena, como define Winnicott (1965) refiere a una madre que logra identificarse con su hijo y gradualmente le enseña el mundo conforme a la propia madurez del niño, esta madre lo suficientemente buena dejará al bebe experimentar el mundo y será su sustento para poder crear. Para Winnicott el juego no es solo placer sino que es algo esencial para el bienestar del niño. El niño al jugar descarga su contenido intrapsíquico, es decir sus sentimientos, emociones, pensamientos etc. Se podría decir que el juego se compara con el diálogo en un adulto, donde el adulto se logra expresar a través de su habla. El niño se logra expresar a través del juego, ya que aún no lo puede lograr con su habla, porque aún está desarrollándolo e incorporando nuevas palabras para ampliar su vocabulario.

3.4.2 La incorporación y elaboración de la realidad a través del juego.

El bebé como sujeto no existe y se tiene que construir o crear a través del contacto con lo objetivo o el mundo externo, Winnicott (1971) “solo a partir de la no existencia puede comenzar la existencia” (p.7). El objeto transicional ayudará al bebé a lograr conectarse con lo que se encuentra afuera de si, ya que en un inicio el bebé piensa que el mundo es parte de él. No se trata tanto del objeto usado, sino como se le da uso a ese objeto. Los recién nacidos tienden a usar el puño, dedos o pulgares para lograr estimular la zona erógena y satisfacer los instintos en esa zona, después al cabo de unos meses, los bebés encuentran placer al jugar con juguetes que la mayoría de las madres les ofrecen. Cuando él bebé toma, por ejemplo, una manta y a su vez la succiona y lo acompaña con sonidos particulares como “mam-mam” o balbuceos, se puede intuir que estas situaciones que él bebe experimenta, van acompañadas por la formación de pensamientos y fantasías. Todas estas situaciones donde el niño tiene una relación con el objeto, Winnicott las llama “fenómenos transicionales”, aparecen desde los 6 meses hasta la niñez. Después, el niño va ampliar su gama de intereses con diversos juguetes u objetos. A través de la interacción con los objetos (juguetes o algún objeto de su relevancia), otorgan al infante formaciones de pensamientos o ideas que a su vez llevan a emociones y sentimientos.

Winnicott (1971) para asignar un lugar al juego postula un espacio potencial entre el bebé y la madre, que este espacio varía en gran medida con las experiencias vitales con la figura materna, su mundo interior (lo psicossomático) y la realidad externa (lo objetivo). También, piensa que lo universal es el juego y corresponde a la salud, un niño con algún problema de salud física o mental tendrá un déficit en el juego. El juego facilita el crecimiento, al igual que conduce a relaciones de grupo; esto es importante porque es una forma de comunicación en psicoterapia. El juego es por sí mismo una terapia e incluye una actitud social respecto al juego.

Es importante que en terapia, el paciente sea creador del juego, esto le permite el autoconocimiento y expresar su personalidad, citando a Winnicott “en el juego y solo en él, pueden el niño o el adulto crear y usar toda su personalidad y el individuo descubre su persona solo cuando se muestra creador”.

Para analizar como el infante elabora situaciones tanto agradables como desagradables a través del juego, mencionamos lo que Freud (1920) en su texto: *Más allá del principio del placer*, llamo el juego del *Fort-Da*. Freud ejemplifica con un infante, el hecho que existe algo

más aparte del principio de placer. En este texto Freud aclama que no todos los procesos anímicos están basados en el concepto de principio de placer. El principio de placer se centra en conducir al organismo a acciones que le den placer, sin embargo, en la práctica analítica no todas las acciones de los sujetos llevan a tal principio de placer. Existen acciones en los sujetos que conducen al displacer. Para Freud hay varias objeciones que contradecirían al principio de placer tales como el principio de realidad, que busca el placer pero no de forma inmediata, es decir el sujeto va a tolerar un displacer momentáneo, para llegar al placer en sí. Después están las pulsiones parciales reprimidas, que Freud las describe también como contradictorias. Si a lo largo del desarrollo existieran algunas aspiraciones pulsionales que entran en contradicción con el yo, estas entonces serían separadas y reprimidas, no obstante, cuando estas pulsiones reprimidas logran obtener placer por caminos colaterales, el yo lo sentiría como un displacer ante esa pulsión.

Freud analiza a un niño llamado Ernest, que al estar en su cuna arroja un carretel y en el instante que lo arroja exclama Fort, después, cuando el infante vuelve a aparecer el juguete exclama: Da. El niño exclama la palabra con una pobre pronunciación debido a su corta edad de 18 meses, sin embargo, Freud lo interpreta como que el niño está queriendo decir Fort Da, que en el idioma alemán Fort significa “se fue” y da quiere decir “apareció”, entonces, Freud lo denomina como el juego del Fort Da.

Las interpretaciones del juego de Fort Da para Freud significaban que el niño en su juego admitía la partida de la madre y así lo escenificaba con su juguete tanto la salida de la madre como su llegada. Freud (1920) indica: “La mayoría de las veces sólo se había podido ver el primer acto, repetido por sí solo incansablemente en calidad de juego, aunque el mayor placer, sin ninguna duda, correspondía al segundo” (p.15), para Freud la acción de desaparecer a la madre con su juego, no era realmente debido a que le provocara placer al infante, sino que era esta la condición previa de la gozosa reaparición (“Da”). Al igual, Freud intuyó que el repetido juego sosteniendo, en la vivencia con su madre el niño era pasivo, es decir, era afectado por ella y en el juego se ponía en un papel activo. A pesar de que una parte del juego fuera displacentero (Fort, cuando la madre desaparece), el infante lo jugaba repetidas veces. También, Freud sostuvo otra interpretación en donde es el niño el que echa a la madre, esto tiene que ver con la presencia de un impulso de vengarse de la madre por su partida y con la idea de cambio de pasividad

(madre deja al niño) en actividad (niño deja a la madre), convirtiéndose así en el único responsable de la ida de su madre.

Para Freud (1920) lo que contradice el principio de placer en este juego es que el niño repite en la mayoría de las veces la desaparición de la madre que es displacentero para el infante. Por último, se puede observar en este juego que el infante trata de elaborar el trauma de que la madre desaparezca haciéndolo activo en el juego, también esto tiene que ver con un impulso vengativo hacia la madre por el hecho de dejarlo. Así también, haciendo alusión a Winnicott (1971) en donde sostiene que el juego es en sí terapéutico, podemos ver representado en el juego del Fort Da como el infante elabora la situación traumática de la desaparición de la madre a través del juego.

3.5 El juego como herramienta principal en la terapia psicoanalítica

Antes de situar la herramienta del juego, que el analista utiliza en la terapia psicoanalítica, se deberá primero establecer el concepto de encuadre. Bleger (1967) menciona que “la noción de encuadre como la situación analítica que va a configurar o establecer las pautas en las cuales se desenvuelve el proceso analítico” (Citado en Ulriksen, 2002, p.4). Ulriksen, (2002) aclara que existen diferentes estrategias para crear un encuadre psicoanalítico, que varían según la edad del paciente, su psicopatología, características familiares y fundamentalmente las cualidades que emergen en el encuentro niño-analista. Freud (1913) menciona que “establecer el ceremonial de las sesiones como son los honorarios, horarios o conducta son condiciones fundamentales para realizar el trabajo analítico” (Citado en Ulriksen, 200, p.6). Asimismo, Ulriksen (2002) piensa que en el análisis con niños también son fundamentales que se establezcan esas condiciones de encuadre y siempre con un alto grado de flexibilidad. También, cuando el analista se compromete a un análisis con un infante, es porque sabe que la familia y el niño son capaces de utilizar la situación analítica y así mismo al analista. Por otra parte, la finalidad no será llegar a un diagnóstico clínico, sino más bien, analizar el funcionamiento familiar y evaluar los aspectos singulares del niño; ya que habrá una relación estrecha que vincula al niño dentro de su estructura familiar.

Existen diferentes encuadres dentro del campo psicoanalítico con niños como la psicoterapia, psicodrama o psicoterapia de grupo, sin embargo, el método usado en la clínica psicoanalítica infantil es el juego, que para Ulriksen (2002) afirma que tiene la misma función que las

asociaciones libres y los sueños; ya que en el juego se produce un pensamiento mágico que es indispensable en los procesos de producción simbólica. En la terapia infantil se va analizar a través del juego los significantes (vínculos familiares, traumas, vivencias etc.) que se vinculan con el síntoma del infante. Para generar un análisis, Ulriksen (2002) señala que son importante las capacidades asociativas del niño, se trata que pueda enlazar ideas que guarden alguna lógica o concatenación. Para percibir el funcionamiento psíquico se analizan elementos dentro de lo lúdico, verbal, gestual, comportamental, que obran como silencios, retracciones, inhibiciones etc. Se crea un doble espacio: el niño jugando y el correlato del analista. Además, cuando se hace análisis con un niño, se necesita de cierta flexibilidad y de una práctica en la cual es importante una primera entrevista con padres y varias de seguimiento. El eje de las sesiones es el síntoma de un discurso familiar, grupal o colectivo.

Posteriormente, Ulriksen (2002) añade que en las primeras entrevistas se tendrá como objetivo que muestre a través de sus capacidades asociativas (través del juego) el acceso a sus fantasías, teorías sexuales infantiles, ansiedades y conflictos edípicos. En los siguientes encuentros el analista le da sentido a esas asociaciones, y le pondrá palabras a e aquello expresado por el niño, formara una pequeña historia acerca de los conflictos del niño y sus situaciones particulares, después las otras consultas serán terapéuticas. El niño mostrara a través del juego una disposición a la comunicación y así mismo tratara de ser comprendido. El encuentro analítico para el niño se diferenciara de todos los momentos de su vida cotidiana (escuela, familia, amigos) y se crea un doble espacio dentro de la sesión, por un lado el niño jugando y por otra parte el analista generando un análisis.

El analista por su parte, debe de tener una atención flotante, que para Perinot (2002) es el tener una escucha libre, sin fijarse en nada en particular, ya que como menciona Freud (1912) se tiene que escuchar y no hacer caso si se fija en algo o si algo llama la atención. Del mismo modo, para Lopez (1995) “la atención flotante mantiene una prolijidad lógica y cronológica respecto dela asociación libre” (p.373). También, López (1995) designa 3 pasos en la actitud analítica que son: en primer lugar, *la receptividad*, que se trata de una actitud consciente de no comprensión que deviene en la atención flotante; después *la comprensión* donde se hace el análisis o interpretaciones de las asociaciones libres del paciente; por último, *la comunicación* que tiene

que ver con la supervisión del caso, que sirve para esclarecer criterios subjetivos y permite apartar interpretaciones prematuras o excesivas postergaciones.

Ulriksen (2002) señala que después de formar el primer análisis con el niño a través del juego, se empleara una estrategia que se propondrá a la familia y al niño. En la entrevista con los padres, ellos generaran una retroalimentación del sentido que dio el analista. La devolución de los conflictos y el modo de funcionamiento, en los padres pueden provocar sentimientos de culpabilizarían, apertura, rechazo, reconocer el sufrimiento del niño etc. Del mismo modo, para Forster (2015) el analista debe de percibir la angustia o culpa de los padres en donde reconocen su propio fracaso y sufrimiento y el arte del analista consiste en desculpabilizarlos en el mismo tiempo en que los lleva a la responsabilidad necesaria para el tratamiento del hijo. Por otra parte, para Ulriksen (2002) el niño puede expresar a los padres el sufrimiento y los padres pueden ser los sustitutos de la conflictiva, liberando así al niño del conflicto. También, es importante conocer la historia de los padres, antes de empezar el análisis con niños, traumas, vivencias, duelos, muertes o cualquier otra situación que muestre lo transgeneracional. En el mismo orden de ideas, Aberastury (1976) afirma que el infante es concebido como un ser que comprende y cuenta con un intelecto suficiente para registrar las situaciones a su alrededor, pero a pesar tiene una dependencia a sus progenitores por su edad. El niño debe de saber la verdad ante cualquier situación, sea la muerte de un familiar o su propia adopción. Aberastury considera al niño como un ser que tiene que ser esclarecido y es considerado como un ser doliente. El niño siente dolor al percibir que los padres le ocultan algo y necesitan la verdad para recuperar la confianza en ellos. También, para Aberastury (1962) piensa que es importante comunicarle al niño la información hablada en las sesiones con sus padres, esto le da un saber de qué los padres han hablado de él en las primeras entrevistas. Se pone la mirada del niño como un sujeto a saber sobre sus verdades.

Después, Ulriksen (2002) señala que se irán notando cambios positivos en el niño al pasar las consultas, muchas otras veces empeora; se notaran las movilizaciones del inconsciente o nuevas posiciones subjetivas con respecto al conflicto. Según Ulriksen, el analista tiene que llevar un trabajo regular y ritmado donde se deberán de expresar esas pautas del síntoma que le provocan sufrimiento, y si la repetición no tiene una evolución favorable, será necesario alargar la psicoterapia. El ritmo es cada cuanto serán las sesiones y esto dependerá de la gravedad de la

problemática, alta frecuencia (poco común) 3 o 4 sesiones semanales, pero lo usual son 1 o 2 sesiones semanalmente, sin embargo siempre se deja abierta la posibilidad de modificarlo según la evolución.

3.5.1 La técnica del juego.

Continuando con Klein que examina cuáles son las diferencias entre la vida mental de un adulto y la de un niño. Utiliza una técnica adaptada a la mente de un niño que es la técnica del juego, mencionando a Klein (1926) “los niños forman relaciones con el mundo externo dirigiendo hacia los objetos de los que se obtiene placer la libido, que esta originariamente apegada exclusivamente al propio yo del niño”, se puede pensar así que la relación que tiene el niño con los objetos es en primer lugar narcisista.

Conjuntamente, los niños empiezan a conocer la realidad a través de privaciones, y lo importante es el grado de tolerancia hacia esas privaciones. Klein analiza a una niña llamada Trude, que en la escena del juego tenía comportamientos agresivos. Klein (1926) dedujo que estas tendencias al odio y la agresión eran la causa de fijación a la madre. La paciente se lastimaba antes de las sesiones; Klein descubrió que los objetos con los que se lastimaba (mesa, armarios, estufas), significaban objetos que relacionaban a la madre y también a veces al padre, ya que ambos, y principalmente la madre, castigaban a la niña. El acto de la paciente de caer y lastimarse está estrechamente relacionado con el complejo de castración y sentimientos de culpa. Klein, (1926) afirma que “los efectos de este superyó infantil sobre el niño son análogos a los del superyó del adulto, pero pesan mucho más sobre el débil yo del infantil” (p.6), sin embargo, Klein piensa que cuando se libera el yo del pequeño de la neurosis, se adapta perfectamente a las exigencias de la realidad que encuentra exigencias todavía menos graves que las que se hacen a los adultos.

También el juego para un niño es de vital importancia ya que citando a Klein (1926) “en su juego los niños representan simbólicamente fantasías, deseos y experiencias. Emplean aquí el mismo lenguaje, el mismo modo de expresión arcaico, filogenéticamente adquirido con el que estamos familiarizados gracias a los sueños” (p.7), esto lo podemos entender con el método de interpretación de los sueños que Freud propuso. Klein explica que si queremos comprender correctamente el juego del niño en conexión con todo su comportamiento durante la sesión, se debe de tener en cuenta el simbolismo que aparece en el juego y todos los medios de

representación en la conducta. Para Klein (1926) “el actuar representa una parte prominente” (p.8), ya que los niños también tienen un mecanismo primitivo donde sustituyen con acciones a las palabras.

Klein (1926) alegaba que no se debían sobreestimar la importancia de la fantasía en el análisis y de la traducción a la acción por efecto de la compulsión a la repetición, para esto es indispensable que los niños obtengan un placer que está ligado a ese mecanismo, pero el placer debe seguir siendo un medio para un fin, es ahí donde se puede ver que el principio de placer predomina sobre el principio de realidad.

Se puede concluir, en relación a la técnica de juego que Klein (1926) propone, que es una técnica y no un tratamiento. La técnica de juego puede alcanzar las experiencias y fijaciones reprimidas más profundas y esto nos permite en el desarrollo de los niños. Por último, los criterios del método de Freud para el análisis con adulto tales como: usar como punto de partida la transferencia y la resistencia; tomar en cuenta impulsos infantiles, considerar la represión y efectos; analizar la amnesia y la compulsión a la repetición como también descubrir la escena primaria (como lo exige en la historia de una neurosis infantil), todos estos puntos están considerados en la técnica de juego, esto hace pensar que es posible llegar a los mismos resultados que la técnica clásica, pero esta técnica de juego está adaptada a la mente de los niños.

3.5.2 La personificación y la fantasía del niño en el juego.

Dentro de la terapia psicoanalítica, Klein (1929) introduce la técnica del juego. El niño expresa elementos conscientes e inconscientes a través del juego. Por otra parte la fantasía inconsciente para Freud es la realidad psíquica, que está formada por objetos internos y lo que el niño percibe adentro del vientre; y lo que lograra la técnica del juego es interpretar por medio de dramatizaciones las expresiones verbales y los sueños del niño.

Klein (1929), primeramente menciona que a diferencia de los niños sanos, los esquizofrénicos no son capaces de practicar juegos, sino que ejecutan acciones monótonas y no se logran las personificaciones, pues hay una denegación de la realidad y una inhibición de la fantasía. Es decir que la forma en la que se trabaja con niños esquizofrénicos es diferente a la de los niños sin esta patología, ya que de entrada estos infantes con dicha patología, no pueden utilizar el recurso

del juego. Dicho esto, define las características principales que convergen dentro de la técnica de juegos con niños.

Klein en su escrito *La personificación en el juego de los niños*, describe casos con varios de sus pacientes y descubrió que generalmente en la personificación del infante cuando juega, consiste en una figura que ayuda y una que amenaza o frustra; las figuras que ayudan son en general de tipo extremadamente fantásticos o fuera de lo real como por ejemplo hadas. Describe el caso de un paciente llamado Jorge, donde el habla de un hada que lo lleva a comer cosas ricas y lo llama “mamá hada”, que solía curar con una varita las heridas infligidas al niño por sus padres crueles; según Klein (1926) señala que: “estas figuras representan estadios intermedios entre el superyó terriblemente amenazador que está totalmente separado de la realidad, y las identificaciones que se aproximan a la realidad” (p.6). Las identificaciones son importantes para conocer la formación del superyó. En la experiencia de Melanie, en el principio del conflicto edípico y comienzo de su formación, el superyó es de carácter tiránico que está formado sobre el esquema de los estadios pre genitales que predominan, citando a Klein (1929):

“cuando comienza el periodo de latencia se incrementan las exigencias de la realidad, el yo hace aún mayores esfuerzos para obtener una síntesis del superyó, para que sobre esta base se llegue a un equilibrio entre el superyó, el ello y la realidad” (p. 7).

Klein (1929) concluyó que la disociación del superyó en sus identificaciones primarias introyectadas es un mecanismo análogo a la proyección.

Para Klein (1929) el juego cuanto más se aparta de la realidad proporciona una gran libertad para expresar fantasías liberadas del sentimiento de culpa. Y en el progreso de la terapia, la adaptación a la realidad implica la movilización de grandes cantidades de ansiedad y mayor represión de fantasías; se levanta la represión, se liberan las fantasías y así se vincula más con la realidad, citando a Klein (1926):

“en niños neuróticos existe un compromiso, se reconoce una cantidad limitada de la realidad y se niega el resto. Al mismo tiempo existe intensa represión de las fantasías masturbatorias, inhibidas por el sentimiento de culpa, y el resultado de esto es la inhibición del juego y del aprendizaje común en niños neuróticos” (p.9).

Klein (1929) señala que el juego en niños normales muestra un equilibrio mejor entre la fantasía y la realidad, pero en cambio en las parafrenias hay represión de las fantasías y alejamiento de la realidad; en los niños paranoicos la relación con la realidad está subordinada a las elaboraciones de la fantasía, o sea se inclina hacia la irrealidad; en los niños neuróticos sus representaciones en el juego reflejan la necesidad de castigo y miedo a un resultado desgraciado. En cambio, la diferencia observable en niños normales es que en el juego demuestra que tiene mayor poder de influir y vivir la realidad de acuerdo con sus fantasías y cuando no son capaces de alterar la situación real, son entonces más capaces de soportarla, ya que sus fantasías les proporcionan un refugio. En la experiencia analítica de Klein, con la ayuda de la técnica de juego se pueden analizar las fases tempranas de la formación del superyó y el análisis de estos estratos disminuye la angustia más intensa y abre el camino para imagos bondadosas que están originadas en el estadio oral de succión y de ahí se logra la primacía genital en la sexualidad y en la formación del superyó.

4 Metodología

4.1 Participantes:

- Se analizó el caso clínico de un infante de sexo femenino con 10 años de edad, que ingresó por primera vez a la institución psicoanalítica a los 8 años y a la que ha estado asistiendo semanalmente de manera ininterrumpida. El motivo de la consulta se debe a dos problemas, control de esfínteres y vinculación con su madre. La paciente vive actualmente con su padre y la nueva pareja de este. Por otra parte la madre biológica presenta problemas de adicción de drogas por lo que tiene ciertas restricciones para poder visitar a su hija.
- Se contactó una terapeuta infantil, la cual es egresada de la Universidad de Buenos Aires con una licenciatura en psicología y como profesora de enseñanza media superior. También, cuenta con una especialización de posgrado en atención a clínica de adultos. Comenzó en la institución psicoanalítica con un posgrado en psicoanálisis y actualmente es docente de pasantías, supervisora de admisiones, coordinadora institucional y docente dentro del área de niños y adolescentes.

4.2 Instrumentos:

- Se realizaron entrevistas semi-dirigidas a la terapeuta infantil, que se encuentra a cargo del caso de la paciente, localizadas en 3 aspectos:
 - A) Analizar la relación de la sintomatología de control de esfínteres con el vínculo de la paciente y su madre para entender cómo esto afecta de manera social, escolar y en sus vínculos interpersonales.
 - B) Describir la evolución del vínculo con la madre luego de dos años de tratamiento consistentes en observar cambios positivos o negativos y su expresión en el juego terapéutico.
 - C) La utilización del juego como herramienta terapéutica principal para trabajar el vínculo madre-hija, y así describir la puesta en marcha del analista con respecto a la técnica del juego.

4.3 Procedimiento:

- Se llevaron a cabo dos entrevistas semi-dirigidas, ambas con duración de una hora y de manera On Line vía Skype. Dentro de estas la terapeuta infantil explicó las características del caso y posteriormente se le hicieron ciertas preguntas con el fin de obtener más información en función de los objetivos del trabajo.

5 Desarrollo

5.1 La relación de la sintomatología de control de esfínteres con el vínculo de la paciente con la madre.

La primer consulta de este caso se realizó con el padre de la paciente, el cual especificó los padecimientos de su hija, que consistían en problemas para ir al baño (falta de control anal de esfínteres), sumado a un mal vínculo con la madre. La razón de que la primer entrevista se haya llevado con el padre de la paciente, obedece a lo señalado por Lora (2007) concerniente a entender el motivo de la consulta expresado por los padres en primera instancia, debido a la incapacidad discursiva de la paciente derivada de su corta edad. También Lora agrega, se debe

de trabajar en la primera entrevista con el discurso de los padres que remite a sus propios significantes y su punto de verdad.

En una primera fase, se analizó el proceso de cómo se construyó el vínculo de la paciente con la madre en sus primeros 6 años de vida. La psicoanalista infantil narra, que la afectada estuvo al cuidado de la madre durante este período, ya que el padre trabajaba como músico y debía ausentarse constantemente. Por lo que la niña estuvo en convivencia con su madre la mayor parte del tiempo, hasta presentado el divorcio entre sus padres. Posteriormente, surgieron muchas restricciones para que la hija pudiera ver a su madre, ya que comenzaron a surgir algunos problemas psiquiátricos en la progenitora, disparados por el consumo de estupefacientes. La madre, dentro de sus conflictos mentales, pensaba que alguien irrumpía en su casa, esto aunado a los delirios paranoicos que padecía. También, al haber sido internada en ocasiones previas, se aferraba a su hija como pretexto para evitar ser nuevamente ingresada. Como consecuencia se generó un vínculo complicado producto del cuadro psiquiátrico y la incapacidad de construir una relación emocionalmente saludable con su hija. *La madre tiene mucho afecto por su hija, pero es un afecto casi delirante*, comentó la analista durante la entrevista. Por su parte, en algunas de las sesiones, la paciente comentaba este tipo de afectos, exponiendo algunas situaciones y comportamientos de su madre, detallando que tenía recuerdos de su madre dándole de comer y jugando con ella al ser más pequeña, pero otros recuerdos de su madre gritando, diciendo que su madre se estaba volviendo loca. Con respecto a esto se puede pensar el apego de la paciente con la madre, de tipo inseguro-ambivalente, donde la paciente ve a su madre cálida jugando con ella y en ocasiones insensible cuando grita, según Ainsworth (1964) este apego provoca inseguridad acerca de si la madre estará disponible cuando la necesite.

En vinculación con lo anteriormente expresado referente al vínculo madre-hija de los 0 a los 6 años, se puede analizar como en los primeros años de vida, tanto de la paciente como cualquier niño, es importante la figura materna. Se puede establecer una relación con el texto de Freud (1915) en donde se determina que la relación de un niño con su primer objeto (el pecho de la madre) provoca una satisfacción dada por la función de nutrición. En la paciente este hecho, se desarrolla con normalidad ya que en los estudios clínicos, no se presentó ningún tipo de sintomatología de déficit nutricional. Sin embargo, siguiendo con el desarrollo de su texto, en el que el niño posteriormente ve a la madre como una figura con las funciones de brindar afecto y

cuidado, esta función quedó inhabilitada, ya que la figura de la madre afectiva y protectora al padecer problemas psiquiátricos y de adicción, quedó distorsionada en la percepción de la paciente.

En el mismo orden de ideas pero con el respaldo teórico de otro autor, Bowlby (1998) señala que los bebés están programados genéticamente para generar conductas de apego tales como llorar, sonreír, balbucear etc. El objetivo es establecer una relación afectiva con su cuidador con el fin de sobrevivir. Con respecto a esto, en el caso clínico de la paciente se analizó que tuvo un apego con una única figura (su madre) desde los primeros meses de vida hasta sus 6 años, y es así como se obedece a la monotropía o a la necesidad del niño de estar con una figura principal de apego, como lo menciona Bowlby (1998); cabe también destacar que es importante este vínculo materno para la paciente, tanto así que si no se inicia o se rompe, produciría consecuencias negativas, como dificultades cognitivas, sociales o emocionales. De igual manera, cabe aclarar que si existió un afecto por parte de la madre hacia su hija, como comenta la psicoanalista: *si hubo mucho afecto, no es que la madre no la quería, pero existían fallas en la vinculación, donde no era una relación sana para la niña, ya que empezó a tener brotes psicóticos y delirios paranoicos*. Relacionando la existencia de afecto de la madre con la hija, esto será importante para su desarrollo, ya que según Spitz (1965) el cual señala que no se debe de subestimar la importancia del papel de los afectos en las relaciones entre madre e hijo. El niño percibe estos afectos de una manera más pronunciada a las de un adulto. Es decir, que en el caso de la paciente, estos afectos fueron importantes; sin embargo, existió posteriormente un rompimiento de la relación que condujeron a una disminución de afectos, dentro de un contexto confuso para la paciente debido a los problemas de salud mental de la madre.

En otro sentido, Spitz (1965) señala que es discutible que la madre no es la única figura alrededor del niño, ya que también existen hermanos, el padre etc. Pero la madre es la figura que le dará a conocer al niño la importancia de estas figuras secundarias, al igual que el medio cultural en el que está inserto. En el caso de la paciente, existió hasta los primeros 6 años, muchas ausencias por parte del padre debido a su trabajo en el cual debía de viajar constantemente, así que la cuestión está dada en cómo la madre interactuaba con su hija. Continuando con Spitz (1965) el cual afirma que la falta de cuidados emocionales pueden llevar a una depresión llamada *anaclítica* (se da primeros meses de vida), y si hay una ausencia total

de afectos, llevarían al niño a tener desde problemas motores hasta la muerte. En el estudio realizado por Spitz en un orfanato, se observó que los niños que lograban sobrevivir tenían alteraciones de la personalidad, con conductas agresivas o violentas, producto de la ausencia de las relaciones objétales. También, la ausencia de afecto puede derivar en psicopatologías graves en la vida adulta, dificultades intelectuales y de lenguaje oral. Por lo analizado y siguiendo la teoría de Spitz, en el caso de la paciente, ella obtuvo afecto y estuvo en contacto con las relaciones objétales. Así que tuvo un desarrollo intelectual normal, sin problemas psicopatológicos graves, conductas agresivas o autodestructivas. Se puede deducir que la madre cumplió con el rol de brindar afecto, pero no fue hasta que iniciaron sus problemas psiquiátricos en donde se creó un mal vínculo. A pesar de esto, su padre pudo actuar en esta situación, interviniendo para que su hija no conviviera más con la madre, hasta lograr que ella tomara tratamientos. Siguiendo la teoría de Spitz en relación al caso clínico, el deterioro y rompimiento de las relaciones objétales de la paciente con la madre fueron una posible causa de la formación de su sintomatología presentada.

En relación con la sintomatología que presenta la paciente y vinculando con la teoría de Freud (1917), donde el síntoma de la paciente no se podrá relacionar con una nosología, ya que en el psicoanálisis no existen los cuadros clínicos, en los cuales se sabe el origen, mecanismo y la recíproca conexión, así tampoco se puede analizar desde un orden biológico, se observó que la profesional, durante la entrevista, jamás nombró el síntoma de la paciente con su terminología médica precisa que es la encopresis, en cambio, se refiere al síntoma como: *se hacía en los pantalones*. La profesional deja de lado la naturaleza médica o biológica del síntoma y se encamina a construir un análisis del síntoma, teniendo en cuenta la historia vital, traumas, contexto familiar etc.

Por otra parte, la paciente nunca expresó su síntoma verbalmente durante las sesiones. Por lo comentado por la profesional: *ella tiene mucha censura con respecto a su problema de hacerse encima, en las sesiones no se le incita a hablar de eso, pero ella lo trae en el juego, o sea lo expresa jugando*. Tomando lo comentado por la analista, se podría deducir o intuir que la autocensura con respecto a hablar de su síntoma se vincula con algo traumático para el yo de la paciente. Esta deducción o hipótesis planteada se deriva de la teoría de Freud (1917), en donde señala que el síntoma tiene un fondo, es abundante en sentido y a su vez queda desfigurado por

la censura del conflicto que atormentó al yo del sujeto; entonces, vinculando lo dicho por Freud con el síntoma de la paciente (falla en control anal de esfínter), que se origina debido a algo traumático para el yo de la niña, también quedará guardado en su inconsciente y a su vez desfigurado, lo cual le dificulta poder relacionar su síntoma con el contenido traumático. Asimismo, lo que se satisface es la descarga libidinal que produce el síntoma, sin embargo, para la paciente es experimentado como algo molesto y nocivo.

Asimismo, se analizó que el trabajo de la psicoanalista consistió en trazar hipótesis que buscaran enlazar el síntoma con un evento o situación traumática correspondientes al contexto familiar, que afectaron al yo de la paciente. En el caso clínico se puede decir que lo traumático podría estar en el vínculo deficitario con su madre la cual le brinda malos cuidados debido a sus problemas de drogadicción y psiquiátricos y después se encuentran las disputas entre ambos padres de la niña, con respecto a la situación legal (la tenencia total y las visitas con la madre). Con respecto al síntoma de la paciente, este es visto como una respuesta original ante la conflictiva familiar; ya que para Lacan (1976), el síntoma de un infante corresponde a lo que hay sintomático en la estructura familiar y este síntoma es una respuesta original ante esa situación forzada, ya que el niño no elige a su familia, ni tampoco puede desligarse fácilmente de ella y sus conflictos.

Con respecto a los conflictos familiares, la analista comentó durante la entrevista: *al padre le causa mucho estrés cuando la madre se lleva a la niña, ya que ella no cuenta con domicilio fijo y desaparece por días y nadie sabe dónde se encuentran, posteriormente cuando aparece, la niña se encuentra en un muy mal estado, se le ve sucia, sin comer o cansada.* Relacionando estas situaciones de la paciente con Acuña (2018) donde señala que la infancia se inscribe como algo pulsional dentro de lo inconsciente, el cual se irá construyendo como un conjunto de vivencias (sean buenas o malas) posibles de recordar; se puede deducir que las situaciones que la paciente experimentó con su madre se inscribieron, por una parte en su aparato psíquico preconscious por lo que recuerda acerca de las vivencias con la madre y en el inconsciente por todo lo que fue censurado, debido a la naturaleza traumática de los eventos. Así mismo, en el caso clínico, la madre no favorece en la formación de un ambiente sano y facilitado, ni tampoco se identifica emocionalmente con la hija, debido a que no considera sus acciones como algo negativo para impulsar la heredabilidad del potencial de la niña; ya que como expresa Winnicott (1960) la

criatura humana cuenta con una heredabilidad del potencial, pero esta tendencia de crecer y desarrollarse, no puede desplegarse sin un ambiente facilitador. Así también, para Winnicott (1960) el sostenimiento implica, aparte de la alimentación, un sostén emocional, que en el caso de la paciente, en un principio se llevó a cabo con normalidad, pero al llegar los problemas psiquiátricos de la madre, la imagen de una figura de cuidado y sostenimiento quedaron desfigurados para la niña, ya que como comenta la analista: *tiene pocos recuerdos de cuando su madre la cuidaba con muchos cariños, pero ella expresa más situaciones donde la madre enloquece y no la cuida como se piensa a la figura de una madre*. Se puede pensar que la paciente no logra ver a la madre como un apoyo emocional, ya que esta no puede crear un vínculo sano con ella. La paciente tampoco vivenció plenamente lo que Winnicott (1960) describió como la tercera fase llamada: la convivencia de los tres (madre, padre e hijo) en los primeros años de su vida, debido a que el padre se ausentaba constantemente y después ocurrió el divorcio, vinculándolo esto en Acuña (2018), tanto la falta de apoyo emocional como la falta de convivencia con ambos padres en conjunto, se inscribieron como pulsional en el inconsciente de la paciente. En el caso con la paciente, la profesional trabajó con estas inscripciones pulsionales, las cuales traía en forma de recuerdos, juego, palabras, entre otras cosas que más adelante se detallaran.

La psicoanalista comenta durante la entrevista: *con el padre se hicieron intervenciones con respecto a que su hija era una niña y que había decisiones que ella sola no podía tomar. Ya que el padre le preguntaba a la hija si quería o no visitar a su madre bajo esas circunstancias en las que se encontraba. Pero se perdía de vista que era una niña de ocho años con la responsabilidad de decidir algo que debería de ser decisión de un adulto*. Podemos analizar como la niña tiene una inmovilidad con respecto a la situación y necesita de protección y cuidado, ya que retomando a Acuña (2018) en donde piensa que el niño se encuentra afectado por la dependencia de sus progenitores, de los cuales necesitara de su afecto y protección; es decir que la paciente necesita estar a cargo de un adulto que vele por ella y tome las decisiones correctas. Al momento de trabajar este tema con el padre, los síntomas de la paciente comenzaron a mejorar de a poco. La psicoanalista expresa que se trataba de escuchar la opinión de la niña con respecto de ver o no a su madre, pero la decisión final la tomaría el padre que es el adulto responsable.

Las intervenciones realizadas por la profesional se pueden analizar vinculando a Lacan (1976) donde señala que el movimiento terapéutico debe de ir a que el infante pase de ser un síntoma de esa estructura familiar, donde algo está fallando, y pasar a ser visto como un sujeto con un síntoma, es decir de objeto a sujeto. La paciente pasó de ser ese síntoma u objeto del cual todos hablaban, a ser un sujeto que posee un síntoma, el cual lo podrá narrar o expresar con su propia subjetividad. También, en Lacan (1976) siempre será importante conocer el síntoma a profundidad, es decir como el síntoma actúa y en donde lo hace, así se sabrá como manipularlo. En el caso clínico, la analista infantil comentó: *Los síntomas no hay que levantarlos sin antes descifrarlos*; se puede analizar como primero examinó el contexto y las situaciones en donde se desarrollaba el síntoma de la paciente y después elaboro y propuso intervenciones con el padre. Posteriormente la profesional señala que: *Se tuvo que correr a la paciente de decidir y funcionaba en ella como un alivio*.

Por otra parte, la psicoanalista comentó durante la entrevista que el padre estaba de acuerdo que gran parte de los problemas que sufría su hija eran causados por las disputas que él y su exesposa tenían con respecto a la hija, ya que en muchas ocasiones discutían frente a ella y acerca de ella. También el padre le comentó a la profesional, que siente una gran responsabilidad al tener a la niña a cargo, ya que para él la madre biológica provoca gran parte de las peleas y siente que no tiene su apoyo con respecto a la crianza de la hija, tampoco quiere quitarle el derecho de ver a su hija. Asimismo comenta que él quiere llevar la situación de la mejor manera. En relación a que el padre admite que el contexto familiar afecta a la niña, en Forster (2015) se señala que es importante percibir la culpa de los padres, en donde reconocen su fracaso por lo que le sucede al hijo y lo que debe hacer el profesional es desculpabilizarlo y llevarlo a que tome parte activa en el tratamiento del hijo. Lo que la profesional hizo fue involucrar al padre, trabajando durante las sesiones en cómo solucionar los problemas con la madre sin involucrar a la niña. La psicoanalista comenta que otra de las intervenciones que le propuso al padre fue la de alejar a la hija de estas discusiones o pláticas impertinentes o inconvenientes para una niña, comenta la analista: *cuando el adulto acepta ser parte del problema y también de la solución, será más fácil para la paciente evolucionar, ya que de lo contrario ella sentirá que está remando sola, no se trata de culpar al padre, sino de que sea parte de la terapia de su hija*. También, en Ulriksen (2002) se señala que cuando los padres entienden las causas del malestar de sus hijos, ellos pueden ser los sustitutos de la conflictiva,

liberando al niño de ese sufrimiento; en el caso clínico: *se está alejando a la paciente de todos los conflictos de los adultos, y esto actúa como un alivio para ella*, tal cual comentó la profesional.

En conclusión, la paciente es afectada por los problemas de su estructura familiar y no solo de manera específica por el vínculo deficitario con la madre. La psicoanalista comentó durante la entrevista: *la relación de la sintomatología de la paciente con la madre no la entiendo como causa efecto, era el modo de expresar lo que no podía "soltar" y lo que le "cuesta" (dicho de ella al papá)*. Desde el punto de vista de la analista el vínculo con la madre no es el elemento determinante o de relación directa con la sintomatología presentada de la paciente, sin embargo este vínculo tiene un peso importante en las dificultades que sobrelleva la niña. El vínculo deficitario con la madre dificulta el sano desarrollo de la paciente, es por esto que en la primera entrevista con el padre se conversó acerca de los problemas con esta madre. Uno de los trabajos clínicos que la psicoanalista realizara por medio del juego es trabajar con lo que le sucede a la paciente con este vínculo con su madre, tomando la información del padre y a su vez lo que la infanta traiga de la madre en el juego.

5.2 El juego como herramienta terapéutica principal para trabajar la sintomatología y el vínculo de la paciente con su madre durante el análisis.

En cuestión del trabajo terapéutico que se llevó a cabo, en primer lugar, la analista narra durante la entrevista que la forma en la que resuelve la sintomatología y el conflicto del vínculo con la madre son con trabajos del día a día, en donde se empiezan a pensar intervenciones, luego se emplean y se ve el efecto que hizo en la paciente. También comenta que en el juego se elaboran las cuestiones sintomáticas y el lugar que tiene para el otro, se deberá de examinar qué es lo que surge de esas intervenciones.

Después, la analista narra que no solo se trabaja con la herramienta del juego, sino también con el lenguaje de la paciente. Podemos considerar que el lenguaje no solo se piensa como la traducción del pensamiento en palabras, sino que van más allá (gestos, escritura, recuerdos, dibujos, sueños etc.) tal cual Freud (1913) señala. Asimismo, en relación al lenguaje de la paciente, la analista comentó: *la paciente dice que es ansiosa y sus padres también lo dicen*,

entonces es probable que lo reproduzca, se tratan de las marcas subjetivas y luego está lo que cada uno empieza a escuchar y actuar de eso. En relación a lo expresado por la analista es relevante examinar el discurso de los padres, que probablemente sea reproducido o replicado por los niños, tal cual Lora (2007) aclama. También, se puede analizar como en el objeto precursor propiamente dicho de la díada madre e hijo, la madre sirve de intérprete del niño y su voz lo introducirá al lenguaje, tal cual Spitz (1965) señaló; entonces, tomando lo dicho por Spitz, se deberá también de considerar, para la elaboración del análisis, los significantes insertos o las interpretaciones que la madre le da al niño, ya que es la primera figura que le da significación. También, como se menciona en Lacan (1964) somos sujetos del deseo, pero alienados a los significantes del otro, ya que previo al sujeto están los significantes como la cultura, el lenguaje o la familia, en donde después él se posicionará. Al niño le preceden significantes que lo funden o constituyen, como por ejemplo, el nombre que le asignan y en el trabajo analítico es relevante analizar esos significantes.

Con relación a la expresión y evolución del juego en la paciente, la psicoanalista narra lo siguiente: *me encontraba en las primeras sesiones con una niña súper excitada que deambulaba y saltaba por el consultorio, era una descarga que tenía con su cuerpo.* Se puede describir que la paciente de 8 años, debido a su excitación no podía quedarse quieta y jugar con la analista. Muestra una disfuncionalidad para atender jugos más elaborados (jugar con muñecos, juegos de mesa etc.), esto fue entonces un indicador que algo le sucede, ya que el juego es un indicador fundamental que denota la salud mental del niño, tal como senaló Winnicott (1965). Así mismo, Winnicott (1970) señala que es necesario tener una capacidad adecuada para relacionarse con el mundo para poder crear o ser creativo; como la paciente no era capaz de relacionarse adecuadamente en la sesión, debido a su excitación, supone una dificultad que interfiere en la capacidad para crear o ser creativa. También, para Winnicot cuando el niño juega está creando y esto lo logra por motivaciones propias y en relación a esto se analizó que la paciente eventualmente generó un interés propio por el juego, ya que empezó a jugar dentro de las sesiones, como la psicoanalista comentó: *conforme pasan las sesiones con la paciente, se pudo observar que bajo la excitación y empezó a desplegar juegos más elaborados.* Esto fue debido a una intervención donde la analista frenaba a la niña, comenta la analista: *en principio, la observaba y luego, la iba frenando con cada ocurrencia que traía, como diciéndole "a ver para, ¿cómo es eso?" como para que nos quedemos con una sola cosa de las mil que traía o hacía.*

También, el hecho de lograr que la paciente jugara dentro de las sesiones con la analista, fue importante para establecer una transferencia. Para Freud (1938) la transferencia significa poner en el analista todos los sentimientos y reacciones arcaicos, que en el caso con la paciente fue útil para empezar a trabajar el vínculo con la madre. La transferencia no está ligado únicamente al dispositivo analítico, sino que es algo inherente de la formación anímica de los seres humanos y también puede ser observado en distintas situaciones por fuera del análisis, como señaló Hernández (2014). La psicoanalista infantil comenta durante la entrevista: *la transferencia es con los niños y con los padres, es un trabajo con ambos. Con la paciente es de estar dispuesta a que ella pueda traer o jugar como ella quiera y con lo que ella quiera, el lugar es de la paciente. Alojlarla como sujeto y no como objeto, al escucharla y darle oportunidad de que juegue. Es una especie de asociación libre en el juego, no es que se tuviera programado un juego. Sin embargo, se tiene que hacer una lectura de ese juego, ya que no es cualquier juego, sino que lo trae por algo.*

En relación con lo comentado por la profesional sobre la transferencia, se puede entender que el juego es el medio de expresión del infante y la transferencia se lograra por medio del juego en las sesiones. Así como se analiza el diálogo en los adultos, en los niños se analiza lo que pasa en el juego. Al mismo tiempo, se denomina asociación libre en la terapia psicoanalítica de adultos a lo que el paciente trae libremente a la sesión en forma de palabras. En el caso de la paciente, se le deja jugar de forma libre, como se le dejaría hablar a un adulto en asociación libre. Así también, mencionando a Perinot (2002) el analista debe de tener una escucha flotante o libre, que para López (1995) se mantendrá acorde a la asociación libre o en el caso de la paciente a lo que ella traiga libremente en el juego. También, vinculando a López (1995) con el trabajo analítico de la profesional, se puede observar que el análisis de la profesional cumple en su totalidad los pasos que el autor menciona, que son: escucha libre, comprensión, y comunicación; siendo este último, la comunicación entre profesionales, es decir la supervisión de casos, que resulta indispensable dentro de la institución psicoanalítica donde se trabajó con la paciente, ya que permite apartar sesgos propios de la analista y pensar en formas de intervención gracias a la colaboración con los colegas.

También, a través del juego, la paciente transferirá cuestiones acerca del vínculo con su madre, comenta la analista: *al analizar toda la presentación primera (donde está muy excitada,*

con cierta descarga motriz, y donde ella dice que es ansiosa) eso sí lo entiendo en esta relación de ida y vuelta con esta mamá, de aparecer y desaparecer y las veces que aparece lo hacía en malas condiciones. Es decir, que la analista percibe que el vínculo con la madre se puede observar en algunos comportamientos de la niña. Se puede pensar que las acciones de la madre donde esta aparece y desaparece predominan o influyen en la conducta de la paciente. Entonces, se puede considerar que la figura de la madre es en gran medida la base de la cual un niño emerge como sujeto, ya que como Winnicott (1971) señala: “solo a partir de la no existencia puede comenzar la existencia” (p.7) y desde un inicio de la vida del infante, siendo todavía un bebé, se tiene que construir o crear a través del contacto con el mundo externo y este está dado por la madre en un inicio. Lo externo definirá lo subjetivo en el sujeto, lo externo está dado por los vínculos que creó la paciente desde los primeros meses con su madre. Winnicott (1965) denomina madre lo suficientemente buena, la cual ayudará a que el niño se desarrolle y que para Bowlby (1998) sería similar a una base segura para la cual explorar. El infante toma los objetos transicionales, que su madre lo suficientemente buena le brinda y encontrara placer al utilizarlos según señala Winnicott (1965). Para el autor, no se trata del objeto en sí, sino de cómo se le da uso, ya que los objetos van acompañados de formaciones de pensamientos y fantasías que a su vez llevan a emociones y sentimientos. En el caso clínico, la analista infantil señala que se observan tres juegos que la paciente trajo a sesión, en los cuales ella logra volcar su contenido intrapsíquico (pensamientos, sentimientos, emociones etc.) que está ligado a su sintomatología y al vínculo con su madre. La analista nombra los tres juegos, que funcionaron como forma de elaboración, como: *culo sucio, el juego con personajes y el juego de recetas.*

5.2.1 Los tres juegos con la paciente

El primer juego llamado culo sucio, es un juego de cartas que la paciente trajo a sesión, el cual consiste en mentir y cuando el otro descubre la mentira dice entonces culo sucio. Durante la entrevista, la analista comenta: *el comportamiento de la paciente cuando jugábamos al culo sucio era como de querer ganar, empezaba de forma tranquila y terminaba como si fuera apurada para ganar la partida.* Vinculando el nombre del juego, llamado culo sucio, con Freud (1917) en donde señala que lo inconsciente se puede expresar a través de actos fallidos, sueños, juegos de palabras, chistes etc. Se observa como la paciente expresa su sintomatología a través de un juego de palabras, el cual posee un doble sentido, ya que se relaciona con su problema de

control anal de esfínter. Por otra parte, Lacan (1953) señala que en los actos fallidos (en el caso de la paciente el juego de palabras), se encuentra la palabra plena que servirá para realizar el trabajo analítico; es decir que este juego de palabras será la vía para llegar a los significantes del inconsciente de la paciente, ya que el culo sucio tendrá que ver con algo que se formó en el inconsciente, el cual emergió como un síntoma. También, Freud (1917) señala que el sujeto no puede vincular su síntoma con el contenido del inconsciente, ya que el síntoma está siendo desfigurado por la censura que atormenta al yo del sujeto; vinculando el caso clínico con el tema de la censura, la psicoanalista cuenta que la paciente nunca habla de su problema de hacerse encima, comenta que: *en la sesión con ella, no aparece el tema de forma explícita, como sí aparecen los temas con la mamá. Esto de hacerse encima es más relatado desde el papá y la pareja del papá, con quien convive. Lo que dice la paciente en relación al problema de hacerse encima es que le cuesta, pero más allá no toca el tema.* Entonces, se analiza como a la paciente le cuesta hablar o tocar el tema de hacerse encima; sin embargo, la paciente de forma inconsciente, hace alusión al problema cuando propone jugar el juego de culo sucio en la sesión.

El segundo juego es el de roles de personajes. La psicoanalista infantil comenta: *la paciente puede decir cualquier cosa mediante los personajes*, esto se puede relacionar con Klein (1929) en donde señala que el niño expresa elementos conscientes e inconscientes a través del juego. También, cuando el juego se aparta de la realidad proporciona una gran libertad para expresar fantasías liberadas del sentimiento de culpa; en el caso con la paciente jugar a ser otro personaje le da la libertad para expresar aquellas situaciones de su realidad las cuales ella censura. La psicoanalista comenta que dentro del juego de roles, la niña personificaba a un sobrinito suyo y el juego consistía en que el personaje se hacía del baño, entonces la paciente comentaba “uy que asco” o “se hizo en su ropa”. Analizando el personaje del sobrinito, para Klein (1929) cuando el niño comienza el periodo de latencia, se incrementan las exigencias de la realidad, entonces el yo comienza a trabajar para generar una síntesis del superyó; en el juego con la paciente, en donde personifica con su sobrinito que él se hace del baño, se analiza como el superyó se está manifestando a través de este personaje, ya que según las normas sociales o culturales es inaceptable para una niña de 8 años hacerse del baño en sus pantalones. Esto le puede generar sentimientos de culpa vinculados a las exigencias del superyó. Asimismo, tal cual como Klein (1929) indica los niños sanos o sin ninguna patología se refugian utilizando el juego, el cual les sirve para la elaboración de situaciones o traumas, de una forma más placentera. Se puede

analizar como la paciente utiliza el juego de personajes para elaborar la situación de la cual nunca habla (hacerse del baño) de una forma más agradable y resulta en ella como un refugio con respecto a las situaciones que la atormentan, tal cual como Klein lo indica.

Igualmente, Klein (1929) indica que en los niños normales demuestran mayor poder de influir y vivir la realidad de acuerdo a sus fantasías en el juego. Cuando no son capaces de alterar la realidad, son capaces de soportarla, ya que el juego les brinda un refugio; vinculándolo al caso clínico, se puede analizar como la paciente expresa con el personaje de su sobrinito la situación que le causa conflicto (hacerse del baño) y gracias a esa personificación, puede elaborar la situación de una forma más agradable o amena, es decir a través de la fantasía que le brinda el juego. La forma en la que la paciente elabora su conflicto a través del juego es mediante la adaptación a la realidad, que implica movilizaciones de ansiedad, después se levantará la fantasía y se vinculará con la realidad. La paciente eventualmente asociará esos juegos de personificación con su realidad, los cuales le generarán movilizaciones de ansiedad, pero esto será un progreso en terapia. Para Klein (1929) los niños normales tienen un mejor equilibrio entre la fantasía y la realidad, a diferencia de las parafrenias donde hay represión de las fantasías y alejamiento con la realidad, a su vez en niños paranoicos donde la realidad está subordinada hacia la irrealidad y también en niños neuróticos donde reflejan a través del juego la necesidad de castigo y miedo. En el caso de la paciente y por lo comentado por la profesional, se puede deducir que cuenta con un buen equilibrio de la fantasía y la realidad, ya que no niega la realidad y utiliza la fantasía para elaborar las situaciones de la realidad, tampoco representa en su juego castigos o miedo, sino que aborda la realidad desde un juego de roles, el cual carece de castigos, pero sí de la exigencia y manifestación de su superyó.

El tercer juego que trajo la paciente al análisis, fue el de utilizar recetas de cocina, en donde ella jugaba a que había una maestra de cocina que explicaba recetas, entonces tanto ella y la psicoanalista jugaban a estar en esa clase. La psicoanalista comenta: *lo interesante es que ella se iba al procedimiento, por ejemplo de cómo hacer unas galletas, ella lo que anotaba era un procedimiento o un modo de hacer*. La psicoanalista analizó como la figura de la maestra que enseña recetas de cocina guarda relación con la madre que le enseñaba hacer las cosas. La madre fue la principal y primer figura que le enseñó las cuestiones de higiene básica y normas sociales. El asunto está en quien le enseñara esas cuestiones de higiene y normas sociales, ahora que la

madre no está a su lado. Entonces el juego tiene que ver con un proceder o cómo hacer, y es un significante en el inconsciente que tiene que ver con la ausencia de la madre y como una metáfora de quien le enseñara hacer esas cosas ahora que la madre no está.

Al mismo tiempo, analizando este juego y vinculando con Klein (1926) la cual señala que en el juego los niños representan simbólicamente fantasías, deseos y experiencias; se puede ver como en el caso de la paciente está representando simbólicamente a través de jugar a la clase de cocina, experiencias de su realidad externa o vivencias, como por ejemplo ver una clase de cocina que le despertó interés.

Por otra parte, la analista comenta durante la entrevista que cuando la paciente tenía 9 años recién cumplidos, comenzaba a querer ir al baño durante las sesiones, no solo para hacer sus necesidades, sino también cuando se ensuciaba o manchaba con algo pedía ir al baño a lavarse. La psicoanalista comenta: *traía una mochilita, donde tenía sus cosas personales como papel de baño, que era una especie de cartera para ella, le daba más importancia a su aspecto físico* La cuestión de su aspecto físico comenzó a ser relevante para ella, también, sus hábitos de higiene comenzaban a mejorar y esto se debe a la intervención realizada por la profesional de la introducción de lo social y darle importancia a los pares. La paciente se encuentra en la etapa de latencia, la cual genera que el desarrollo piscoafectivo sea regulado por la influencia de los pares o compañeros tal cual Zabarain et al. (2015) menciona. A su vez será relevante que la paciente logre más autonomía con respecto a sus cuidados físicos. Se puede observar la autonomía que ella está formando, en el hecho de traer su mochilita con sus cosas personales y la nueva situación en la cual ella pide ir al baño; este naciente desarrollo en la autonomía, junto con una adecuada integración al grupo de pares, aceptación de cambios físicos y la seguridad en la toma de decisiones la habilitaran para enfrentarse adecuadamente a la adolescencia. Sin embargo, la autonomía que se observa en la paciente, como se comentó anteriormente, está aún desarrollándose, ya que relacionándolo con Ávila (2008) el cual señala que el infante se vuelve más autónomo cuando ya logró el control de impulsos corporales e interiorizó el superyó como una norma, lograda por la autoevaluación, premio o castigo. En el caso con la paciente se puede observar como se autoevalúa y está en la etapa en la cual los pares se vuelven importantes. Es así que su imagen ante sus pares empezará a tomar relevancia y esto tiene que ver con las exigencias que el superyó emite, sobretodo en relación a su problema de control de esfínteres, que está

relacionado con pautas sociales de comportamiento. Esto se relaciona también con la idea de la vergüenza en esta etapa de latencia que Ávila (2008) señala. La paciente está denotando un comportamiento social en el cual los pares son fundamentales para la formación de la identidad y entonces la vergüenza se vuelve una fuente de regulación social de las pautas de comportamiento, donde la autoimagen del niño toma relevancia en la vergüenza que podrá percibir el infante tal cual Lichtenberg (2006) señaló. Así que se podría deducir que estos nuevos comportamientos de la paciente se deberán a las características del periodo de latencia, en las cuales existe una autoevaluación y crítica encontradas en un nivel social. También, se puede deducir que la paciente se da cuenta que hacerse encima supone un comportamiento negativo en un nivel social y es aquí donde la vergüenza que ella siente, surge como un regulador social que dicta las pautas de comportamiento.

Así mismo, cuando la infanta jugaba al juego de aprender recetas de cocina, simultáneamente le hablaba a la psicoanalista de sus amigos, de la escuela y que tenía un novio. Es en este momento cuando la analista le es oportuno introducir y trabajar con la variable social. La profesional le preguntaba cosas como: *¿cómo se conocieron? o ¿cómo te llevas con tus amigos?*, así mismo comenta la analista: *lo que le ayuda a ella es que un par le devuelva algo de su imagen, porque la imagen fraterna devuelve sentimientos o representaciones visuales, entonces ella al estar inserta en un grupo de pares, su imagen se volverá importante, aún más a la medida que se acerque a su pubertad.* Relacionando esto con Winnicott (1971) donde señaló que el juego facilita el crecimiento, al igual que conduce a relaciones de grupo, la paciente tiene un acercamiento o interacción social cuando juega con la psicoanalista, al interactuar con ella jugando a que están en una clase de cocina o al hablar acerca de sus amigos, lo social se manifiesta. Para Winnicott, el juego es por sí mismo una terapia que incluye una actitud social. También, para el autor es importante que el paciente sea el creador de ese juego, esto le permite expresar su personalidad y el autoconocimiento. Es así como se empiezan a notar cambios positivos en relación al problema de esfínteres producto de la intervención de la psicoanalista de insertarla a lo social mediante el juego y también producto del atravesamiento del periodo de latencia de la paciente.

5.3 La evolución del vínculo con la madre luego de dos años de tratamiento y su expresión en el juego terapéutico

En primer lugar, podemos analizar acerca de las intervenciones realizadas del anterior tratamiento psicológico de la obra social de la paciente. La psicoanalista comenta en la entrevista: *del tratamiento anterior venía con una indicación que era que tenía que lavar toda su ropa para que entendiera que eso le tenía que dar asco*. Al contrario de estas indicaciones, lo que la psicoanalista empezó a trabajar fue respecto a quien le había enseñado a lavarse, a ir al baño a limpiarse etc. y trabajar esas escenas cotidianas de la convivencia de altos de higiene, con los padres. En relación a lo anterior, López (2017) asegura que la madre cumple el rol de enseñanza de las formas de socialización de acuerdo a cada cultura y en primera instancia es a través de los cuidados que le brinda la madre, desde darles de comer hasta bañarse. A medida que el infante vaya creciendo, la madre le irá enseñando de poco a cómo hacer estas tareas básicas por su cuenta. Estas progresivas enseñanzas que el niño adquiere le ayudarán a ser un ser social que pueda convivir adecuadamente con otros. El problema en el caso de la paciente, en cuestión a lo social está en que al hacerse del baño está rompiendo una norma de higiene socialmente consensuada; ya que lo socialmente idóneo para una niña de 8 años sería ir al baño y hacer sus necesidades e inmediatamente limpiarse. Entonces, la intervención de la analista fue la de buscar otra figura para la niña, que resultó siendo el padre y su pareja, los cuales se darán a la tarea de enseñarle estas normas de higiene básicas y normas sociales

En el mismo orden de ideas, Winnicott (1960) define a las criaturas humanas como el infante de muy corta edad que depende del cuidado materno el cual se basa en la identificación emocional. La finalidad que aporta este cuidado materno es la independencia del niño que también estará dada por la heredabilidad. Este cuidado se clasifica en tres fases: sostenimiento, convivencia con la madre y la convivencia con los tres (madre, padre e hijo). Si hablamos del segundo momento que Winnicott define como la convivencia con la madre únicamente, en donde el papel del padre es desconocido por el niño, en relación al caso de la paciente, el padre cumplía la función de trabajar para sustentar los gastos de la familia y la madre daba cuidados básicos a la hija. Sin embargo, conforme la madre fue teniendo complicaciones de salud mental y volviéndose incapaz de cuidar a su hija, entonces estas enseñanzas de altos de higiene no se le inculcaron a la niña. Así que estas prácticas de higiene se tuvieron que instalar en conjunto con el

padre y su pareja con ayuda de la analista. La psicoanalista comenta: *venía con síntomas de hacerse del baño, con olor por muchas horas, la niña registraba que le costaba ir al baño*, esto empezó a mejorar, también cuando se le dijo al padre que la responsabilidad de ver o no a la madre tenía que recaer en él y no en la niña que era menor de edad.

Como comentamos anteriormente, basados en la información obtenida por la analista con respecto al vínculo de la paciente con la madre y su evolución a través de las sesiones, la primera intervención que se hizo fue con el padre con el fin de correr a la niña de tomar la decisión de ver o no a la madre, y darle ese estatuto de decidir al padre y al juez a cargo de procesar la tenencia de la hija. Con respecto a Lora (2007) donde es importante separar a los integrantes de la familia y trabajar con ellos como individuos, en el caso clínico, se trabaja con el padre y la paciente de forma individual. Posteriormente, la intervención fue con la paciente para poder elaborar que era lo que pasaba con esa mamá. En el juego aparecía con recuerdos, la profesional narra como la paciente contaba que ella había visto un video de cuando era más chica y su mamá le daba de comer y la filmaba. Después, la analista le preguntaba cuestiones como: *¿Quién estaba filmando? O ¿Qué más estaban haciendo?*, *lo que se trató de armar es que si existió un cuidado o sentimiento que la convoco desde el deseo a esta madre con su hija, pero hay algo de la imposibilidad de que no se puedo hacer cargo, que es muy diferente al desinterés*, según explica la analista durante la entrevista.

Asimismo, dentro de la terapia psicoanalítica, con la paciente se fue armando el relato de que si existió una transmisión de afecto, pero que después la madre por su enfermedad no pudo continuar cuidándola. La psicoanalista comenta: *el vínculo con la madre se llegó a poner muy enfermizo. Lo que se tuvo que hacer fue elaborar esa situación para no dejar a la paciente desamparada del hecho de pensar que la madre nunca estuvo para ella y que esto le afectara hasta tal punto de que pensara que nunca la quiso*. La forma en la que la psicoanalista lo aborda es desde el trabajo con el padre pero así también con la niña. Para Aberastury (1976) es importante considerar al infante como un ser que debe de ser esclarecido de cualquier problemática. En el caso de la paciente se le informa sobre lo que le pasa a la madre, se le explica en las condiciones y las situaciones que la madre atraviesa. La psicoanalista cuenta en la entrevista que el padre no le quitara el derecho a la madre de ver a la hija, sin embargo, le cuenta

el padre a la analista que ante cualquier situación problemática de la madre, restringirá las visitas, por seguridad de la hija. Se le comenta a la niña diciéndole que es lo que va a proseguir con respecto de las visitas a su madre, ya que pone la mirada del niño como un sujeto a saber sobre su verdad, y que tiene la capacidad de comprender y cuenta con el intelecto para hacerlo como Aberastury (1965) señala. También el niño es visto como un ser doliente, que siente dolor al percibir que los padres le ocultan algo y necesitan la verdad para volver a tener la confianza de ellos. Pero a pesar de esto las decisiones las tomará el padre que es el adulto responsable. Al mismo tiempo la analista elabora el vínculo con la madre desde el juego y en conjunto con el padre se van dando retroalimentación de lo que pasa tanto fuera como dentro de la terapia.

5.3.1 Evolución del tratamiento y expresión en el juego.

La paciente evolucionó favorablemente, con respecto a su problema de control de esfínteres, al año de terapia. La profesional señaló que se la veía más preocupada por su higiene y su aspecto, sin embargo, la paciente tenía cuestiones que aún no había concluido con el tema del vínculo con la madre, así que decide continuar con la terapia.

Por otra parte, se observó que hubo un cambio de la paciente, ya que en el inicio de las terapias, la psicoanalista comenta que tenía un discurso muy desorganizado, es decir que cuando quería decir algo se exaltaba y comenzaba a hablar de una manera muy rápida, por lo que se le costaba entenderla. La analista comienza a poner una espera, es decir una pausa al discurso desorganizado, comenta la analista: *cuando ella hablaba rápidamente, yo le ponía una pausa, diciendo ¡espera, espera!, ¿Cómo fue eso? o ¿haber más lento que paso después?, lo que se intentaba hacer es que ella elaborara la situación a través de esas esperas*. Después, la paciente le trajo cosas acerca de la madre, donde ella decía que esta se volvía loca cuando estaba con ella y que no la dejaba volver a su casa, la analista comenta: *“se tenía que ir armando un discurso en conjunto, ya que ella nombra todo a su modo y de una forma muy desorganizada”*, también cuenta: *la paciente expresa su realidad externa o situaciones que le ocurren, como también su propia subjetividad u opiniones, lo expresa jugando pero también a través de su habla y sobre todo más en el último tiempo que ya creció, ahora tiene 10 años y mejoro en ese aspecto*. En relación a la falla o desorganización en el discurso de la paciente con Lacan (1953) señala que un signo lingüístico (conjunto de fonemas que forman palabras) une a un concepto con una imagen

acústica, y que no refieren al sonido sino a una huella mental que queda en el sujeto, lo que se analizara en el caso con la paciente es esa huella mental y no las palabras como tal, que por su corta edad traen usualmente equivocaciones en cuanto al significado del concepto. Será más importante el significado que la paciente le dé a esas palabras, que la palabra como tal. Es por esto, que la psicoanalista le pone pausas en el discurso, para entender lo que la niña realmente quiere decir. Así mismo, Lacan (1953) señala que el sentido solo podrá encontrarse cuando se relaciona con otro significante. Entonces, lo que se buscara en la paciente, no es la palabra aislada, sino buscar la unión de un significante con otros significantes en una cadena de significación. Podemos poner de ejemplo o analizar cuando la niña le dice a la analista que su mamá se vuelve loca, esto toma otro sentido cuando la analista le pregunta ¿Cómo es volverse loca? y la paciente se refiere a que la madre tiene problemas con el padre, entonces le comienza a gritar diciendo que no quiere que la niña se vaya de su casa, ya que la custodia la tiene el padre y tienen acordados días y horarios de visita. Sin esta explicación, se puede pensar en primera instancia que volverse loca significa para la paciente en el sentido literal de la palabra, por esto la importancia de construir este discurso conjuntamente con la paciente y así también poder elaborar el problema de vinculación con la madre.

En la terapia se veían algo de esos gestos o afectos que la paciente recordaba, la analista comenta: *en la terapia se tenía que agarrar de eso que la paciente recordaba y empezar algo de la pérdida, de que no se pudo armar otra cosa.* En el juego lo traía con recuerdos de los videos de cuando era chica y a veces jugaban como dice la analista “a ponerse locas”, ahí aparecía la imaginación de lo que cada una consideraba lo que era estar loco. La que más locuras hacia ganaba. Esto fue en base a un juego de una revista, en la cual salía una serie que le gustaba. La analista infantil comenta: *era una forma de elaborar esa locura de las mamás, un poco.* Podemos vincular lo antes dicho con lo que Freud (1920) llamo el juego del fort- da, en donde Ernest, de 18 meses, jugando con su carretel elabora la situación de ver a la mamá irse, que a su corta edad es una situación traumática. En el caso con la paciente, la situación traumática está en el hecho que el vínculo con la madre se puso muy enfermizo, esa madre que ella recordaba a través de videos de cuando era chica la perdió, no de forma física sino esos afectos y ese vínculo que era reconfortante para ella. En la interpretación que Freud le dio al juego de Ernest, fue el cambio de pasividad (la madre lo deja) a actividad (dejar a la madre). En la paciente se puede analizar el cambio de actividad a pasividad, del hecho de recordar los sucesos del vínculo

enfermizo con la madre, como cuando le gritaba al padre y no la dejaba irse de su casa, a pasar al estado de actividad con el juego de ponerse locas; o sea, pasa de que la madre sea la loca que grita, a ser ella misma la que hace esas locuras. Al mismo tiempo, esto se puede analizar como el impulso vengativo hacia la madre, como Freud lo interpretó con Ernest, por el hecho que la madre lo dejara, el niño se venga jugando a echarla él mismo. En el caso de la paciente se interpreta como si ella misma estuviera imitando a la madre, en forma de burla, cuando esta se vuelve loca, ya que comenta la analista: *en el juego se veía que recreaba las conductas de su madre de una manera muy exagerada, jugaba a que esa madre se ponía loca*. Por otra parte, para Freud el juego de Fort- da contradice el principio de placer, ya que el infante contradice una situación traumática, al igual que en la paciente no es placentero ver a su mamá ponerse loca. Sin embargo, mencionando a Winnicott, (1971) el juego es terapéutico en sí mismo; así tanto para la paciente, como también se vio en el caso de Ernest, elaboran la situación traumática de la madre por medio del juego.

También, este juego de volverse locas es una forma de elaboración de la pérdida del vínculo que ella recordaba con su madre, el cual era sano y lleno de afectos, ya que como se señaló con Winnicott (1971) el juego es en sí mismo terapéutico y al mismo tiempo para Freud, (1920) es una forma de elaboración del trauma. Gracias al trabajo con el vínculo con la madre la paciente logrará entender la situación problemática, que en relación a Aberastury (1976) es importante para el infante ser esclarecido de cualquier problemática. En el caso clínico se logra a través del juego brindándole una forma más amena y digerible para confrontar la situación.

6 Conclusiones

6.1 Objetivo 1

En relación al primer objetivo: “analizar la relación de la sintomatología de control de esfínteres con el vínculo de la paciente con la madre”, en primer lugar y sustentado con textos acerca de la relevancia de la figura materna, se puede explicitar que la relación que existe entre el síntoma y el vínculo con la madre es sin causa directa, donde el síntoma no es provocado únicamente por este vínculo deficitario, sino que es un elemento más, el cual no es beneficioso para un normal desarrollo de la paciente. La analista concluyó en su análisis que la sintomatología deriva en el deterioro del vínculo con la madre, así como también por la

problemática familiar creados entre el padre y la madre acerca de la hija. A posteriori, se observó cómo la sintomatología de la paciente comenzó disminuir, debido a la intervención de correrla de la decisión de ver o no a la madre y alejarla de las peleas, funcionó así como un alivio para la niña. En concordancia con la intervención de la analista en conjunto con el padre, se observa como el movimiento terapéutico pasó de ver a la niña como un síntoma producto de la problemática familiar a ser vista como un sujeto con un síntoma, tal cual Lacan (1976) señaló.

6.2 Objetivo 2

En cuestión al segundo objetivo: “describir el juego como herramienta terapéutica principal para trabajar la sintomatología y el vínculo con la madre” se concluye que se pudo describir exitosamente el juego en el trabajo analítico gracias a los datos recabados por la profesional durante la entrevista. En primer lugar, se describió cómo la expresión del juego evolucionó desde un juego motor (saltar, deambular etc.) a juegos más elaborado (juego de roles, cartas etc.) que fueron útiles para el análisis. Así también, se lograron describir los 3 juegos útiles para la elaboración con la paciente.

6.3 Objetivo 3:

Por último, en el tercer objetivo: “analizar la evolución del vínculo con la madre luego de dos años de tratamiento y su expresión en el juego terapéutico”, se concluyó la dificultad en restablecer el vínculo sano y de afectos positivos, que en algún momento la hija experimentó; así que lo que se trató de hacer, según comentó la analista durante la entrevista, fue trabajar el duelo de la paciente de que ese vínculo anterior se perdió. Se trabajó también en elaborar el hecho de que realmente si existieron esos afectos, deseos y amor por parte de la madre, con el fin de no dejarla desamparada. Por otra parte, la paciente expresó estas situaciones del afecto y cariños de la madre a través del juego en forma de recuerdos e igualmente en el juego de “volverse locas” que según comenta la profesional era una forma de elaborar la locura de la madre.

6.4 Limitaciones

En cuanto a las limitaciones para la realización de este trabajo profesional, se pueden señalar varias cuestiones. En primer lugar, con respecto a las cuestiones metodológicas y operativas, debido a la situación de emergencia sanitaria causada por la pandemia actual, solo se lograron

utilizar entrevistas online de la profesional para el desarrollo del trabajo, es decir que la información del caso clínico se obtuvo de una única perspectiva. No se utilizaron otros instrumentos como observaciones directas de la paciente o con el padre y el no poder observar de forma directa, limitó establecer incongruencias de la profesional u opiniones divergentes ya sean del padre o de la misma paciente, que enriquecerían el análisis. Así también, se hallaron limitaciones teóricas con respecto a obtener material bibliográfico novedoso o reciente; ya que desde el psicoanálisis y a partir de la temática trabajada, los autores que se obtuvieron para realizar el trabajo fueron del siglo pasado que fueron los precursores del psicoanálisis en general y del psicoanálisis infantil. Cabe destacar que si se encontraron autores recientes pero que retomaban o explicaban las ideas ya establecidas por los autores pioneros del psicoanálisis.

6.5 Perspectiva crítica y aporte personal

En relación a los aspectos del tratamiento del caso clínico que podrían realizarse de una manera diferente, se puede sugerir ampliar las expectativas futuras con respecto a la rehabilitación y mejora de la madre y así pensar o introducir nuevas intervenciones con respecto a la re vinculación de la paciente con la madre, en vez de trabajar con el proceso de duelo. También, considerar la posibilidad de incluir a la madre como parte activa del tratamiento terapéutico de la paciente, ya que no se la contactó jamás para asistir a las sesiones.

Por otra parte, un aporte que surge es si es posible transferir el conocimiento que tiene el analista o generar un protocolo para todos los profesionales que atienden infantes (trabajo social, maestros, médicos etc.) acerca de las características que se deben de tener en cuenta con respecto a la problemática sobre la pérdida del vínculo de un niño con la madre o sobre los aspectos en una situación problemática que tenga el niño con la madre; ya que como señala Acuña (2018) los eventos traumáticos vividos en la infancia pueden desarrollar posteriormente trastornos psicológicos. Dado a la vulnerabilidad del aparato psíquico de un niño, los profesionales que atienden niños con estas situaciones necesitan estar capacitados y trabajar en conjunto con la figura sustituta de la madre, que le brindara el sostén emocional que Winnicott (1969) señala. Asimismo, generar dispositivos psicoanalíticamente fundamentados (charlas, grupos terapéuticos etc.) que les brinden apoyo o asistencia a los padres con respecto a tener herramientas y conocimiento para lidiar con el proceso que atraviesa su hijo con respecto a la ausencia o pérdida de la madre, al igual que dispositivos terapéuticos psicoanalíticos para niños y niñas como

juegos, libros, terapias grupales de juego, etc. que se centren específicamente en elaborar la pérdida o el daño del vínculo con la madre.

6.6 Nuevas líneas de investigación

En el desarrollo de nuevas líneas de estudio, se plantea como posibilidad desarrollar más a fondo las consecuencias negativas tanto psíquicas y emocionales, en individuos adultos que en su infancia rompieron el vínculo con su madre; dado que el eje del desarrollo psíquico y emocional en el infante esta mayormente anclado a la madre, la cual ejerce comúnmente la función materna y su forma de proseguir o actuar con el niño.

Por otra parte, desarrollar nuevos estudios que aborden la temática de la función materna, siendo esta ejercida por otra figura más allá de la madre, como podría ser el padre. También, que dichos estudios logren analizar y describir como el padre ejerce la función materna considerando los aspectos culturales, sociales, educativos, familiares etc. Al mismo tiempo, lograr cuestionar el paradigma de la madre como la figura principal y más importante y así lograr establecer la importancia del vínculo de la figura del padre, las funciones y el rol que cumple con el infante.

7 Referencias

- Aberastury, A. (1962). *Teoría y técnica del psicoanálisis de niños*. (12a ed.). Buenos Aires: Paidós.
- Aberastury, A. (1976). *La muerte de un hermano*. Buenos Aires: Talleres Edigraf.
- Acuña, E. (2018). *La infancia desde la perspectiva del psicoanálisis: un breve recorrido por la obra clásica de Freud y Lacan; Klein y los vínculos objétales*. Recuperado el 27 de abril de 2020 de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tpsi/v50n1/v50n1a16.pdf>
- Ainsworth, M. (1964). *El apego en la situación extraña*. Recuperado el 04 de abril de 2020 de https://www.researchgate.net/publication/277026014_Ainsworth's_Strange_Situation_Procedure_The_origin_of_an_instrument
- Ávila, A. (2008). *El desarrollo del sentido de Sí mismo y del sentimiento de vergüenza: la vergüenza como señal de la construcción del Self*. *Clínica e investigación relacional electrónica de Psicoterapia*, 2(1), 46-57. Recuperado de http://www.psicoterapiarelacional.es/CeIRREVISTAOnline/Volumen2/CeIR_V2N1_2008_5AAvila.aspx
- Bowlby, J. (1998). *El apego y la pérdida*. Barcelona: Paidós.
- Castaño, L. (2010). *El retorno a Freud, una aproximación hermenéutica*. Recuperado el 21 de mayo de 2020 de https://repository.eafit.edu.co/bitstream/handle/10784/119/LuzMaria_Castaño_2010.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Delgado, R. (2016). *El instinto y la pulsión sexual* (tesis de licenciatura). Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Michoacán.
- Forster, L. (2015). *El encuadre*. Recuperado el 29 de mayo de 2020 de http://www.escuelapsicoanalitica.com/wp-content/uploads/2014/06/AECPNA_02_elencuadrelaforster.pdf

- Freud, S. (1905). *Tres ensayos de teoría sexual*. Recuperado el 20 de abril de 2020 de <https://psicologiageneralunlp.files.wordpress.com/2010/08/freud-tres-ensayos-de-teoria-sexual.pdf>
- Freud, S. (1913). *El interés por el psicoanálisis*. Recuperado el 02 de mayo de 2020 de <https://es.scribd.com/doc/299416668/Freud-El-Interes-Por-El-Psicoanalisis-1913>
- Freud, S. (1915). *Primera tópica freudiana*. Recuperado el 17 de abril de 2020 de <https://es.scribd.com/doc/262126493/Primera-Topica-Freudiana>
- Freud, S. (1917). *Introducción al psicoanálisis*. Madrid: Alianza editorial.
- Freud, S. (1920). *Más allá del principio de placer*. En J. Strachey (Ed), *Sigmund Freud, obras completas*. <http://www.bibliopsi.org/docs/freud/18%20-%20Tomo%20XVIII.pdf>
- Freud, S. (1931). *Sobre la sexualidad femenina*. (4a ed.). Barcelona: RBA.
- Freud, S. (1938). *La transferencia*. En: *Conferencias de introducción al psicoanálisis*. (23a ed.). Buenos Aires: Amorrortu.
- Gallegos, Miguel. (2012). La noción de inconsciente en Freud: antecedentes históricos y elaboraciones teóricas. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*. <https://doi.org/10.1590/S1415-47142012000400011>
- Hernández, A. (2014). *El concepto de transferencia en la teoría freudiana y su importancia dentro del dispositivo analítico*. Recuperado el 16 de abril de 2020 de <http://heortiz.net/psicoanalisis/transferencia.pdf>
- Klein, M. (1926). *Principios psicológicos del análisis infantil*. Recuperado el 24 de abril de 2020 de <https://psicovalero.files.wordpress.com/2014/11/klein-melanie-principios-psicologicos-del-analisis-infantil.pdf>
- Klein, M. (1929). *La personificación en el juego de los niños*. Recuperado el 24 de abril de 2020 de <https://psicovalero.files.wordpress.com/2014/11/klein-melanie-la-personificacion-del-juego-en-los-nic3b1os.pdf>

- Klein, M. (1936). *El destete*. Recuperado el 16 de mayo de 2020 de https://www.academia.edu/34737671/1936_Klein_Melanie_18-_El_Destete.pdf
- Lacan, J. (1953). *Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis*. Recuperado el 22 de abril de 2020 de https://www.academia.edu/32871844/Función_y_campo_de_la_palabra_y_del_lenguaje_en psicoanálisis_J._Lacan_Escritos_1.pdf
- Lacan, J. (1955). *La cosa freudiana o el sentido del retorno a Freud*. Recuperado el 14 de mayo de 2020 de <https://psicopatologia.lunlp.com.ar/bibliografia/seminario-lacan/La%20cosa%20freudiana.pdf>
- Lacan, J. (1964). *La posición del inconsciente*. Recuperado el 22 de abril de 2020 de <https://www.lacanterafreudiana.com.ar/2.5.1.8%20%20%20POSICION%20DEL%20INCONCIENTE.%20VC,%201964.pdf>
- Lacan, J. (1976). *El síntoma. Seminario 23*. Recuperado el 28 de abril de 2020 de <https://www.lacanterafreudiana.com.ar/2.1.11.5%20CLASE%20-05%20%20S23.pdf>
- Lichtenberg, J. D. (2006). La vergüenza, reguladora social de la iniciativa, la vergüenza, destructora sigilosa de la iniciativa. *Revista Aperturas Psicoanalíticas*, (023). Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=384&a=La-vergüenza-reguladora-social-de-lainiciativa-la-vergüenza-destructora-sigilosa-de-la-iniciativa>.
- López, B. (1995). *El analista y sus resistencias*. Recuperado el 27 de mayo de 2020 de <https://www.apdeba.org/wp-content/uploads/López.pdf>
- López, M. (2017). *Relación madre - hija: una perspectiva psicoanalítica*. Recuperado el 14 de mayo de 2020 de file:///C:/Users/Rosario/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/LopezMaria_2017_RelacionMadreHija.pdf
- Lora, M. E. (2007). *El psicoanálisis y el diagnóstico con niños*. Recuperado el 25 de abril de 2020, de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612007000200005&lng=es&tlng=en.

- Perinot, W. (2002). *La atención flotante como shibboleth*. Recuperado el 29 de mayo de 2020 de http://www.fepal.org/images/congreso2002/adultos/perinot_w___la_atenci_n_flo.pdf
- Spitz, R. A. (1965). *El primer año de vida: un estudio psicoanalítico de desarrollo normal y anormal de relaciones de objeto*. Nueva York: Prensa de Universidades Internacional, Inc.
- Ulriksen, M. (2002). Construcción del encuadre psicológico en psicoanálisis de niños. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*.
- Winnicott, D. (1960). *The Theory of the Parent-Infant Relationship*. Recuperado el 27 de abril de 2020 de <https://icpla.edu/wp-content/uploads/2012/10/Winnicott-D.-The-Theory-of-the-Parent-Infant-Relationship-IJPA-Vol.-41-pps.-585-595.pdf>
- Winnicott, D. (1970). *La creatividad y sus orígenes. En realidad y juego*. Recuperado el 27 de abril de 2020 de <https://es.scribd.com/document/368212064/WINNICOTT-La-creatividad-y-sus-origenes-Realidad-y-juego-pdf>
- Winnicott, D.W. (1965). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador: Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Barcelona: Paidós.
- Winnicott, D.W. (1971). *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa editorial.
- Zabarain, S., Quintero, L. y Rita, A. (2015). *Logros del yo durante el desarrollo psicoafectivo en la etapa de latencia* Santa Marta.
- Zaratiegui, J. (2008). *La noción de estructura en el retorno a Freud de Jaques Lacan*. Recuperado el 21 de abril de 2020 de http://elreyestadesnudo.com.ar/wp-content/uploads/2015/09/REY1_9-La-noción-de-estructura-en-el-retorno-a-Freud-de-Jacques-Lacan.pdf