



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

**PRÁCTICAS COMUNITARIAS EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD:
INTERVENCIONES SUBJETIVANTES CON NIÑOS PEQUEÑOS
Y SUS FAMILIAS.**



Francisco José Parra

Trabajo Final
Carrera Especialización en Psicoanálisis con Niños

Alumna:
Dra. Marcela Alejandra Parra

Tutora:
Mg. Ruth Kazez

AÑO 2017

*A Tiago, Manel y Mar, esos pequeños y maravillosos hijos de la vida
que motivaron en mucho la realización de esta especialidad y
me acompañaron en la escritura de este trabajo
desde la panza, desde sus juegos y desde sus preguntas
A Hernán, mi compañero de vida y de militancia que preguntó, alentó
y me extrañó cada vez que me levantaba de madrugada a escribir
A Franciso y Nely, mis padres, que me regalaron la vida*

1. INTRODUCCIÓN	Pág. 5
2. JUSTIFICACIÓN	Pág. 6
3. ANTECEDENTES	Pág.8
3.1. Investigaciones referidas a dispositivos clínicos orientados a trabajar con niñ@s y sus familias	
3.2. Investigaciones sobre programas o acciones de Salud Mental y Atención Primaria de la Salud con niñ@s y adolescentes	
3.3. Investigaciones sobre salud mental infantil a nivel regional	
4. CONTEXTO CONCEPTUAL	Pág.10
4.1. La perspectiva psicoanalítica de Francoise Doltó y las Ciencias del Inicio de la Vida	
4.1.1. La Perspectiva Psicoanalítica de Francoise Doltó	
4.1.2. Los desarrollos de las Ciencias del Inicio de la Vida	
4.1.2.1. Acciones de humanización de la gestación y el parto	
4.1.2.2. La bienvenida a l@s bebés	
4.2. Desarrollos Post-freudianos	
4.2.1.1. Acerca de cómo entender la consulta por un niñ@	
4.2.1.2. "Los bebés no existen...": la función materna como posibilitadora del paso de la dependencia absoluta a la dependencia relativa	
4.2.1.3. Situaciones traumáticas y abuso sexual infantil	
4.3. Cuestiones técnicas en el trabajo psicoanalítico con niñ@s	
4.4. Intervenciones Subjetivantes y Estructurantes	
5. OBJETIVOS	Pág.19
5.1. Objetivo General	
5.2. Objetivos Específicos	
6. ESTRATEGIA METODOLÓGICA	
5.1. Tipo de trabajo	
5.2. Unidades de análisis	
5.3. Variables e hipótesis	
5.4. Criterios de selección de casos	
5.5. Dispositivos de producción de datos	
7. CÓMO HACEMOS ARCO IRIS	Pág.22
7.1. Objetivos	
7.2. Contexto teórico orientador	
7.3. Metodología de trabajo	
7.3.1. Destinatarios	
7.3.2. Equipo de trabajo	
7.3.3. Elementos materiales	
7.3.4. Espacios y momentos	
8. PRESENTACIÓN DE SITUACIONES CLÍNICAS Y ARTICULACIONES TEÓRICAS	Pág.28
8.1. Motivos de consulta y/o situaciones en las cuales se interviene	
8.1.1. Algunas consideraciones teóricas acerca de cómo entender la consulta por un niñ@	
8.1.2. Presentación de situaciones clínicas	
8.1.2.1. Malena	
8.1.2.2. Leonardo	
8.1.2.3. Tiziana	
8.1.2.4. Kitty	
8.1.2.5. Luana	
8.1.2.6. Fabián	
8.2. Análisis de Situaciones Clínicas	
8.2.1. Humanización de la gestación y el nacimiento: la historia de Marcos	

- 8.2.1.1. La espera y el nacimiento de Marcos
- 8.2.1.2. Preocupación maternal primaria
- 8.2.1.3. Madre suficientemente buena y ambiente facilitador
- 8.2.1.4. Funciones maternas: el paso desde la dependencia absoluta a la dependencia relativa y a la autonomía
- 8.2.1.5. Sostén y trauma
- 8.2.1.6. El trabajo con los bebés y sus mamás como un aporte a la prevención y promoción en salud mental

8.2.2. El juego como estructurante del psiquismo: la historia de Lucía

- 8.2.2.1. Acerca de Lucía
- 8.2.2.2. La búsqueda de envolturas
- 8.2.2.3. Los títeres: re-codificación de un código funesto
- 8.2.2.4. El niñ@ cuando dibuja se dibuja...
- 8.2.2.5. El juguete como protector yoico
- 8.2.2.6. La función estructurante del espejo
- 8.2.2.7. Lucía... entre la caricia y el rasgo

8.2.3. El Abuso Sexual Infantil como situación traumática: las historias de Lucas y Federico

- 8.2.3.1. La historia de Lucas
- 8.2.3.2. La historia de Federico
- 8.2.3.3. Complejidades de este último tiempo de tratamiento
- 8.2.3.4. Abuso sexual infantil y trauma
- 8.2.3.5. El juego y el jugar
- 8.2.3.6. Acerca de quién es el paciente y la capacidad de reverie de l@s familias
- 8.2.3.7. El papel del analista
- 8.2.3.8. "Todo lo que te hicieron, lo dejaste acá..."

8.3. Intervenciones subjetivantes y estructurantes con niñ@s pequeñ@s y sus familias

- 8.3.1. Reforzamiento de la Identidad
- 8.3.2. Intimidad – prevención de la violencia
- 8.3.3. Intermediación por la palabra – humanización
- 8.3.4. Internalización de los Límites
- 8.3.5. Socialización
- 8.3.6. Otras intervenciones subjetivantes y estructurantes en tanto herramientas subjetivas protectoras
- 8.3.7. El rol del analista

9. A MODO DE CONCLUSIÓN

Pág.63

- 9.1. Discusión
- 9.2. Casita Arco Iris: un dispositivo que articula el trabajo clínico con la perspectiva comunitaria y una estrategia de asistencia y prevención de la violencia
- 9.3. Casita Arco Iris: una propuesta de psicoanálisis modificado que trabaja por la prevención y la promoción en salud mental

10. BIBLIOGRAFÍA

Pág.68

1. INTRODUCCIÓN

“Lugar de encuentro y recreación para los pequeñuelos y sus padres. Por una vida social desde el nacimiento, para los padres a veces muy aislados ante las dificultades cotidianas que plantean sus niños. Ni guardería, ni apeadero infantil sino casa donde madres y padres, abuelos, nodrizas, acompañantes son acogidos... y donde sus pequeños encuentran amigos. Las mujeres encintas y sus compañeros también son bienvenidos a ella”
Doltó, 1985, La causa de los niños



Primer Local de Casa Verde en París. Año 1979.

Casa “Arco Iris” es un dispositivo colectivo preventivo-asistencial en salud mental destinado a los niñ@s de 0 a 6 años y a sus familias que se ha venido implementando en la Zona Sanitaria Metropolitana de Neuquén (Centros de Salud Confluencia, Sapere, El Progreso, Valentina Sur¹ y San Lorenzo Norte) **desde el año 2004**. En los últimos años, dicho dispositivo se ha desarrollado en el Hospital de Plottier y en los CAPS Almafuerte², Progreso, Bouquecito y Parque Industrial así como también se ha comenzado a implementar, por fuera del sistema público de salud, a través de Casa Esperanza. **Actualmente, en Neuquén, esta experiencia se materializa en seis lugares:** dentro de la Zona Sanitaria Metropolitana, en los Hospitales e Plottier, Centenario y Bouquet Roldán y en el Centro de Atención Primaria de la Salud Parque Industrial³; dentro de la Zona Sanitaria III, en el Hospital de Aluminé; y, por fuera del sistema de salud público, en Casa Esperanza (B° Villa María del a Ciudad de Neuquén).

Este dispositivo **tiene como propósito “humanizar al niño y la niña en las diferencias, descubriendo su potencial creativo y reconocerlo/a como sujeto desde que nace” y está orientado a abordar los problemas de la temprana edad a partir del respeto del niño como sujeto. Se basa en los ejes teóricos desarrollados por la pediatra y psicoanalista francesa Françoise Doltó y en la experiencia Casa Verde** que ella implementó así como también en el trabajo realizado por la Lic. Aída Ch. de Saks -junto a otros profesionales- en la Casa Verde de Buenos Aires.

Doltó dedicó gran parte de su práctica a hacer intervenir al psicoanálisis más allá del espacio de los consultorios (Gelbert, 2011a). Ella creyó que había que inventar lugares en donde padres e hij@s pudieran iniciarse conjuntamente, de manera continua y regular, en esta autonomía. Así piensa Doltó **Casa Verde, creada en 1979, como propuesta de prevención de la violencia y trastornos psicosociales**. Casa Verde *“trabaja por la prevención de la separación que es lo mismo que la prevención de la violencia y, con ello, de los dramas sociales”* (Doltó, 1985:340).

Para Françoise Doltó “la cura psicoanalítica no es solamente un procedimiento terapéutico, es en primer lugar un encuentro” (Yannick, 1990). De este modo, podemos decir siguiendo a Aída Saks (2001), que si bien **Casa Verde** no es un lugar de terapia -“un espacio de ayuda, pero no una terapia”-, sí es **un espacio que tiene funciones terapéuticas**, un lugar **donde se trabaja con un “criterio de anticipación”** a la formación de patología, **“un proyecto de prevención”** (Gelbert, 2011b).

Se trata de un dispositivo donde niñ@s y padres -u otros referentes adult@s- acuden de manera conjunta y donde el equipo profesional actúa sobre el “aquí y ahora” de las interacciones que se dan entre estos sujetos que forman parte de la experiencia. El mismo se constituye como **espacio para pensar y recrear vínculos saludables en la crianza asumiendo como tarea principal la construcción de herramientas subjetivas protectoras** (identidad, intimidad, humanización, límites y socialización) **en el marco de la Atención Primaria de la Salud (APS)**.

¹ Casita Valentina: los chicos piden la palabra

² Espacio Arco Iris

³ Casita Parque Industrial: para que la existencia de los hijos sea bonita



Imagen publicación Fundación La Causa de los Niños, Unicef, Argentina.

En ese sentido, *Casa Arco Iris* en tanto **espacio psicoterapéutico y experiencia de “acompañamiento a la crianza para el ser en libertad”** (Equipo Interdisciplinario Casita Arco Iris, 2009), puede ser pensada como una **buena práctica** (Buriyovich, 2011) **de asistencia y prevención en salud mental dirigida a la atención de niñ@s pequeñ@s y sus familias que articula el trabajo clínico con la perspectiva comunitaria.**

El presupuesto fundamental que guía esta propuesta está basado en lo que la Dra. Eleanor Madruga Luzes (s/f) ha denominado **Las Ciencias del Inicio de la Vida**. En los últimos cuarenta años, se han reunido gran cantidad de conocimientos de diversas áreas de las ciencias sobre los momentos determinantes del futuro de cada persona: la concepción, la gestación, el parto, las primeras horas de vida, la lactancia y los tres primeros años de vida del niño.

A partir de allí, puede sostenerse que, **tanto la vida prenatal como la primera infancia son momentos fundamentales en la vida de los seres humanos, tiempos fundacionales en la constitución subjetiva**, la construcción de intersubjetividad, los primeros vínculos (Fushimi y Giani, 2009) por lo cual se tornan períodos prioritarios para pensar intervenciones no sólo asistenciales sino también preventivas desde el ámbito de la salud mental.

En este trabajo abordaremos las experiencias de **“Espacio Arco Iris”** (enero 2011-abril 2013) y de **“Casita Parque Industrial: para que la existencia de los hijos sea bonita”** (octubre 2013-actualidad), que se desarrolló en el Centro de Atención Primaria de la Salud Almafuerte y que se desarrolla actualmente en el Centro de Atención Primaria de la Salud de Parque Industrial respectivamente.

En el contexto del Sistema de Salud Neuquino organizado por niveles crecientes de complejidad, **el Centro de Salud** –nivel en el que se han insertado Espacio Arco Iris y Casita Parque Industrial, las dos experiencias que aquí analizaremos– ocupa, en términos de Pedraza, Marcus y Sanchez (2006), **el lugar de menor complejidad tecnológica pero el de mayor complejidad psicosocial**. En este marco, la experiencia de Casita Arco Iris puede pensarse como un dispositivo que articula la Atención Primaria de la Salud y la Salud Mental (Stolkner y Solitario, 2007) a la vez que puede entenderse como una interface que hace posible la confluencia entre el trabajo clínico y la perspectiva comunitaria (Parra, 2012).

El **propósito** de este trabajo de investigación es **abordar la dimensión clínica de este dispositivo a partir de la caracterización de las intervenciones orientadas a niñ@s pequeñ@s, sus familias y embarazadas/familias que esperan un bebé que fueron realizadas en Espacio Arco Iris** (enero 2011-abril 2013) **y Casita Parque Industrial** (octubre 2013-mayo 2016) **y el análisis de cómo han operado dichas intervenciones.**

2. JUSTIFICACIÓN

Como dijimos anteriormente, tanto la vida prenatal como la primera infancia, son momentos fundacionales en la constitución subjetiva de los seres humanos por lo cual se tornan períodos prioritarios para pensar intervenciones preventivas desde el ámbito de la salud mental (Fushimi y Giani, 2009). En ese sentido, como sostiene Doltó (en Mannoni, 2003:14), **“un ser humano, desde su vida prenatal, está ya marcado por la forma en que se lo espera”**. Al mismo tiempo, ella afirma que **“el ser humano [...] está en movimiento en el interior de un sistema que existe antes de su nacimiento”**.

Partiendo de este presupuesto, **la presente investigación se orienta al análisis de las intervenciones desarrolladas desde un dispositivo que aborda etapas claves en la estructuración psíquica del ser humano**, **“trabajamos sobre los momentos mismos de la estructuración psíquica y con personas que no consultan solas sino que los consultantes son los mismos que tienen un papel privilegiado en esa estructuración”** (Janín s/d).

La importancia de esta investigación está dada no sólo por **la alta demanda de atención psicológica a niñ@s** que se da no sólo en muchos centros de salud sino por **la especificidad que, dentro del campo psicoterapéutico en general y dentro del psicoanálisis en particular, adquiere el trabajo con niñ@s pequeñ@s**, especificidad que no siempre es reconocida. Como sostiene Janín (s/d) *“el psicoanálisis con niños es psicoanálisis, pero hay diferencias en el tipo de material con el que trabajamos y en nuestras intervenciones; pero no sólo porque utilicemos el juego o el dibujo, porque nos tiremos al suelo o saltemos por el consultorio... sino por las metas que nos proponemos”*. En ese sentido, el trabajo con niños desde el psicoanálisis, si bien tiene cierta tradición (Melani Klein, Anna Freud, Francoise Doltó, Donald Winnicott, Maud Mannoni, Wilfred Bion, etc.), continúa formando parte de un ámbito teórico y práctico novedoso en el cual es necesario continuar profundizando.

El niñ@, como psiquismo que se está constituyendo, desafía permanentemente las intervenciones que realizamos. En ese marco, **cobran relevancia no sólo la descripción de las intervenciones específicas que implementamos en el trabajo con niñ@s pequeñ@s sino el análisis acerca de cómo ellas operan en tanto intervenciones subjetivantes y estructurantes**. Ello, no desde la intención de obtener “recetas” sino desde la idea de visualizar intervenciones posibles, conceptualizarlas y analizar los modos en que dichas intervenciones trabajan y generar efectos. Como sostiene Freud (1913), *“la extraordinaria diversidad de las constelaciones psíquicas dadas, la plasticidad de todos los procesos psíquicos y la riqueza de los factores que hemos de determinar se oponen también a una mecanización de la técnica”*. En ese sentido, *“el psicoanálisis no se define por reglas formales, ni por un tipo de intervención en particular, sino por la utilización de las categorías conceptuales”* (en Janín, s/d). No obstante, la descripción, conceptualización y análisis de nuestras intervenciones que realizamos puede sernos de gran utilidad.

En este contexto, también adquiere importancia **la pregunta acerca del rol del analista**. Parafraseando a Janín (s/d) nos preguntamos: ¿cuál es el lugar del psicoanalista frente a los sufrimientos de un niñ@?, ¿de qué se trata psicoanalizar niñ@s?, ¿cómo podemos pensar las intervenciones del analista?, etc. Algunas respuestas preliminares en relación a este punto pueden ser tomadas de los aportes de Mannoni (2003:129) cuando sostiene que *“el rol del psicoanalista es el de permitir, a través del cuestionamiento de una situación, que el niño emprenda un camino propio”*. Y agrega, *“la función del analista es la de restituir al sujeto, como don, su verdad [...], su rol es permitir que la palabra sea”* (2003:139). O, como también sostiene Doltó, el rol del psicoanalista consiste en *“una presencia humana que escucha”* (Mannoni 2003:15). Otras preguntas que también nos hacemos en relación al trabajo psicoanalítico con niñ@s tienen que ver con: ¿cuándo incluir a un niñ@ en tratamiento? ¿cuándo finaliza un análisis?, etc.

“Como profesionales de la salud mental y psicoanalistas, estamos siempre “tomando decisiones”, como lo confesara Winnicott” (Morici, s/d). En ese sentido, **hablar de intervención**, intentar analizar nuestras intervenciones dentro de un dispositivo terapéutico tiene que ver con proponernos reflexionar sobre nuestras propias decisiones como analistas. De allí el énfasis en nuestro trabajo en narrar no sólo lo que observamos y escuchamos sino también las intervenciones que vamos desarrollando.

A nivel local, el tema planteado adquiere importancia en el marco del Plan Provincial de Salud Mental (2007) elaborado a partir de un trabajo colectivo que se inició en el año 2006. Dicho plan asume como prioritaria la inclusión de la Salud Mental a las acciones de salud con el propósito de brindar respuestas humanizadas e integrales a la nueva realidad sanitaria de la provincia. Asimismo, a nivel local también, este problema de investigación **cobra relevancia en el marco de la implementación de la nueva Guía para la Atención y el Cuidado de la Salud de los Niños y Niñas de 0 a 6 años y de la Guía de Atención Integral del Embarazo**. Dicha guía se propone, entre otros objetivos, acompañar al niñ@ y su familia en la tarea de crianza desde la incorporación de herramientas subjetivas que protegen a los más pequeñ@s. En este marco, la presente investigación podrá contribuir a la generación de un conocimiento que favorezca tanto a la prevención de dificultades a nivel de la estructuración psíquica de los niños como a la promoción de la salud mental.

Por último, a nivel local también, **esta investigación da continuidad y permite profundizar desde la mirada clínica lo trabajado por la autora en tres investigaciones previas y una investigación en marcha**: 1) Evaluación del programa de salud mental comunitaria Casa “Arco Iris”. Dispositivo de abordaje preventivo-asistencial en salud psicosocial para niños/as de 0 a 6 años y sus familias en el Primer Nivel de Atención⁴; 2) Dispositivos de salud mental para la atención de niños pequeños y sus familias: interfaces entre el trabajo clínico y la perspectiva comunitaria. Una evaluación de la experiencia Espacio “Arco Iris” del Centro de Atención Primaria de la Salud Almafuerte de la Ciudad de Neuquén. Período 2011-2012⁵; 3) Prácticas comunitarias y subjetivantes en Atención Primaria de la Salud. Intervenciones con niños

⁴ Realizada en el marco del programa de becas para la investigación de la Universidad de Flores, sede Comahue. Año 2010.

⁵ Realizada en el marco de las Becas Ramón Carrillo – Arturo Oñativia. Programa Salud Investiga. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Mayo 2012 – mayo 2013.

pequeños, sus familias, y familias gestantes⁶ y 4) Casita Parque Industrial: para que la existencia de los hijos sea bonita. Evaluación Comprensiva de una Estrategia de Asistencia y Prevención de la Violencia. Período 2013-2015⁷. Al mismo tiempo, este trabajo se complementa con un proyecto de investigación que actualmente se desarrolla desde la Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad Nacional del Comahue denominado “Dispositivos de atención en salud mental orientados a niños y niñas. Estudio descriptivo en los Sistemas Públicos de Salud de Río Negro y Neuquén, período 2014-2015”. Dicho proyecto es desarrollado por un equipo interdisciplinario del cual la autora de este trabajo es la directora local.

A nivel nacional, la pregunta de investigación propuesta se encuentra en sintonía con la prioridad dada al trabajo con la Primera Infancia y a la propuesta de Maternidades Centradas en la Familia que se ha promovido en los últimos años. Asimismo, **confluye con el perfil comunitario y el énfasis en la promoción de la salud** que la Dirección Nacional de Salud Mental ha promovido en la anterior gestión (Primer Foro Nacional de Salud Mental Infante Juvenil, 2014).

Por todo lo anterior, consideramos que **el desarrollo de la investigación aquí planteada, se constituye en una contribución al psicoanálisis de niñ@s en su dimensión no sólo clínica y asistencial sino también en su dimensión social y preventiva** -“problemas de profilaxis mental de los trastornos afectivos y sociales, tema que me interesa en grado sumo y en el que el psicoanálisis de niños nos exige pensar cotidianamente” (Doltó citada en Mannoni, 2003:9) **así como también un aporte a la consolidación de dispositivos alternativos en la atención psicoanalítica de niñ@s** al modo en que Sperling (1993:38) ha desarrollado y dado relevancia al método de tratamiento indirecto el cual considera “constituye una valiosa adición a nuestros métodos y técnicas” o a la manera en que Winnicott ha desarrollado su concepto de análisis modificado.

3. ANTECEDENTES

A fin de relevar los antecedentes del tema que nos interesa investigar, realizamos una revisión de las investigaciones existentes. Como resultado, encontramos un conjunto heterogéneo de investigaciones, que a los fines de esta presentación, han sido agrupados en tres ejes.

3.1. INVESTIGACIONES REFERIDAS A DISPOSITIVOS CLÍNICOS ORIENTADOS A TRABAJAR CON NIÑ@S Y SUS FAMILIAS

En primer lugar, se encontraron una serie de artículos⁸ referidos a investigaciones que se propusieron estudiar dispositivos de niñ@s desde una metodología cualitativa y/o cuantitativa. En general, se buscaba conocer los efectos en los niñ@s, sus padres y/o adultos responsables, de las intervenciones realizadas en el marco de dispositivos clínicos. Observamos que la información se obtuvo, en la mayoría de los casos, del registro de una muestra de sesiones. Si bien los objetivos propuestos eran los mencionados, observamos que los datos analizados y presentados como resultados, tienden a plantearse en términos de adecuación o no del manual de códigos de intervenciones de investigaciones relacionadas previamente.

Algunos de los estudios relevados dan cuenta de los efectos de la participación de los niñ@s y adult@s en los dispositivos estudiados y hacen recomendaciones para su mejora. Todos los estudios de este grupo consideran, además, la necesidad permanente de reflexionar desde la práctica clínica con auxilio de la investigación para evitar los caminos únicos y poder revisar dispositivos y conceptos de la clínica.

Finalmente, cabe mencionar que todas las investigaciones agrupadas en este eje estudiaron espacios de atención vinculados al ámbito universitario, sin involucrar dispositivos dependientes del ámbito sanitario o de la práctica clínica privada, donde la relación clínica-investigación podría ser diferente. Tampoco se tomaron dos o más dispositivos para analizar, limitándose los resultados a lo observado en un único dispositivo.

⁶ Realizada en el marco de un proyecto de investigación de la Universidad de Flores, sede Comahue. Julio 2013 – Octubre 2015.

⁷ Realizada en el marco de las Becas Ramón Carrillo – Arturo Oñativía. Programa Salud Investiga. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Mayo 2015 - mayo 2016.

⁸ Aguiriano, V y otro (2009), “Las prácticas clínicas y la investigación en un servicio de atención a niños y adultos responsables”; Carusi, T y Slapak, S. (2009), “Investigación sobre las intervenciones del psicoterapeuta en un grupo psicoterapéutico psicoanalítico de niños entre 6 y 8 años y en su respectivo grupo de orientación a padres o adultos responsables”; Luzzi, A y otros (2009), “Estudio del juego de niños en el contexto de la psicoterapia psicoanalítico grupal”; Luzzi, A y otros (2009), “Estudio de la capacidad de contención emocional de padres o adultos responsables incluidos en grupos de orientación”; Ramos, L y otros (2009), “Psicoanálisis de niños: estudio de procesos terapéuticos”; Leonardelli, E (2009), “Desarrollo de un modelo para la observación sistemática de situaciones interactivas lúdicas madre-niño”.

3.2. INVESTIGACIONES SOBRE PROGRAMAS O ACCIONES DE SALUD MENTAL Y ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD CON NIÑ@S Y ADOLESCENTES

En este eje agrupamos seis investigaciones⁹ que describen y analizan programas de Salud Mental y Atención Primaria de la Salud con niños, niñas y adolescentes y la actuación profesional de los efectores a cargo. Algunas de las investigaciones buscaban conocer, además, si los programas estudiados cumplían con los objetivos que se habían propuesto con la finalidad de obtener información que les permitiera formular recomendaciones para re-direccionarlos o mejorarlos.

Observamos que, en el marco teórico de estos estudios, se combinan aportes del psicoanálisis, del campo de la salud mental comunitaria, de las investigaciones en sistemas y servicios de salud, de las reformas en sistemas de atención en salud mental, de la Atención Primaria de la Salud y conceptos del campo sociológico. En los mismos se presentan desarrollos que consideramos relevantes como antecedentes, sobre todo los referidos a la salud mental y sus articulaciones con la Atención Primaria de la Salud. La metodología utilizada triangula información de datos obtenidos de fuentes secundarias y primarias, predominando un abordaje de tipo cualitativo. Notamos, además, que todas las investigaciones incluidas en el eje dan cuenta de la complejidad de los procesos y resultados de la puesta en marcha de dispositivos de intervención en salud mental.

3.3. INVESTIGACIONES SOBRE SALUD MENTAL INFANTIL A NIVEL REGIONAL

En el tercer eje, agrupamos tres investigaciones finalizadas que han sido desarrolladas por la autora del presente proyecto¹⁰, una investigación finalizada dependiente de la Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad Nacional del Comahue (FACE-UNCo)¹¹ y dos investigaciones en curso¹² también dependientes de la FACE-UNCo -en una de las cuales participa la autora de este trabajo- y que, en el nivel regional, abordan el tema que nos interesa.

Las tres primeras investigaciones (Parra M.A., 2012; 2013; 2016) describen las distintas modalidades que ha ido adquiriendo el dispositivo Casita Arco Iris que aquí pretendemos analizar en los distintos períodos y lugares en que dicho dispositivo se ha desarrollado. Se consideran relevantes para el presente proyecto los aportes conceptuales del marco teórico. Cabe destacar que en dichas investigaciones los dispositivos son definidos desde la perspectiva de una interface entre trabajo clínico y comunitario y como una estrategia de asistencia y prevención de las situaciones de violencia. Metodológicamente y en sus objetivos tienen un enfoque eminentemente cualitativo y constituyen antecedentes directos de nuestro proyecto. En ninguna de estas investigaciones se profundiza la dimensión clínica de esta modalidad de trabajo.

⁹ Torricelli, F y otros (2012), "Investigación sobre un programa comunitario que brinda cuidados a niños, niñas y adolescentes con trastorno mental severo y vulnerabilidad psicosocial"; Sirianni, M (2011), "Descripción y análisis de un Programa de Integración Socio laboral para Adolescentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, basado en la implementación del dispositivo de Empresa Social como estrategia de Salud Mental Comunitaria. Estudio de caso"; Barcala y otros (2008), "Hubo un Programa de Atención Comunitaria"; Barcala y otros (2010), "Los Procesos de Atención en Salud Mental en la Niñez desde la Perspectiva de Derechos: un Estudio de las Jurisdicciones Ciudad de Buenos Aires, Provincia de Tierra del Fuego y Provincia de Misiones"; Barcala, A. (2013), "Sufrimiento Psicosocial En La Niñez: El Desafío de las Políticas en Salud Mental"; Stolkiner, A. y otros. "Articulaciones entre salud mental y atención primaria de la salud desde una perspectiva de derechos - Argentina - 2004 y 2014". Proyecto UBACyT Programación Científica 2011-2014.

¹⁰ Parra M. (2012), "Características, alcances y límites del dispositivo Casa "Arco Iris": Programa de Salud Mental Comunitaria para niños/as de 0 a 6 años y sus familias en el Primer Nivel de Atención". Beca Investigadores Individuales Universidad de Flores, sede Comahue; Parra, M. (2013) "Dispositivos de Salud Mental para la atención de niños pequeños y sus familias: interfaces entre el trabajo clínico y la perspectiva comunitaria. Una evaluación de la experiencia Espacio "Arco Iris" del Centro de Atención Primaria de la Salud Almafuerte de la Ciudad de Neuquén. Período 2011-2012". Beca Ramón Carrillo-Arturo Oñativía Año 2013-2014, Comisión Nacional Salud Investiga, Ministerio de Salud de la Nación; Parra, M.A. (2016). Casita parque industrial: para que la existencia de los hijos sea bonita. Evaluación Comprensiva de una Estrategia de Asistencia y Prevención de la Violencia. Período 2013-2015. Beca Ramón Carrillo-Arturo Oñativía Año 2015-2016, Comisión Nacional Salud Investiga, Ministerio de Salud de la Nación.

¹¹ Estévez A. y otros (2011-2013.) "Salud Mental Infantil y vulnerabilidad Psicosocial. Estudio epidemiológico en niños escolarizados de la ciudad de Cipolletti". Facultad de Ciencias de la Educación, Universidad Nacional del Comahue.

¹² Estévez A. y otros (2014-ACT). Salud mental infantil y vulnerabilidad psicosocial. Diseño de instrumentos y dispositivos de promoción y prevención. Facultad de Ciencias de la Educación, Universidad Nacional del Comahue; Buriyovich J. y otros (2014-ACT). Dispositivos de atención en salud mental orientados a niños y niñas. Estudio descriptivo en los Sistemas Públicos de Salud de Río Negro y Neuquén, período 2014-2015. Facultad de Ciencias de la Educación, Universidad Nacional del Comahue.

La cuarta investigación señalada tuvo como objetivo estudiar las problemáticas de salud mental en la infancia y los niveles de vulnerabilidad psicosocial, en niñ@s escolarizados de la ciudad de Cipolletti. A partir de ella se obtuvieron datos epidemiológicos sobre la salud mental de la población escolarizada de 5-13 años de Cipolletti. Dicho estudio nos interesa dado que aborda la temática de salud mental e infancia en el nivel regional. Sin embargo, no se refiere a dispositivos clínicos de abordaje lo cual consideramos una diferencia significativa respecto de la propuesta del presente proyecto.

Las dos investigaciones antes mencionadas aún están en curso. La primera de ellas tiene como objetivo diseñar un instrumento que evalúe condiciones de Salud Mental y el desarrollo integral de niños y niñas. La segunda se propone caracterizar buenas prácticas de salud mental orientadas a niños y niñas desarrolladas en los sistemas públicos de salud de Río Negro y Neuquén, período 2014-2015. Ambas se ocupan del tema de la salud mental infantil lo que coincide con nuestro actual estudio. Sin embargo, es la segunda de ellas la que más coincide con los propósitos de nuestra actual investigación ya que aborda dispositivos específicos de atención a niños aunque desde una perspectiva más próxima al análisis de políticas públicas en salud mental que al estudio de la dimensión clínica de un dispositivo en particular que es lo que estamos proponiendo en nuestro actual estudio.

En síntesis, en términos generales, en la revisión de antecedentes realizada, la mayoría de los trabajos hallados hacen referencia a prácticas psicoterapéuticas destinados a grupos de niñ@s, por un lado; y a grupos de padres/adultos responsables de estos niñ@s, por otro. En dicha revisión, no se han encontrado investigaciones que den cuenta de dispositivos que trabajen de manera conjunta con niñ@s y sus familias a excepción de los trabajos realizados por la autora del presente proyecto (Parra, M.A. 2012; 2013 y 2016) que constituiría el único antecedente directo de la presente investigación.

4. CONTEXTO CONCEPTUAL

¿Qué significa escuchar a un niño en el proceso de cuidado de su salud?

“Es básicamente hospedarlo en su singularidad, saber que la voz de los padres no es necesariamente la suya, pese a que hace trama con ella, reconocer su modo de producción de sentido y de corporeidad. Hospedarlo entonces, sometiéndonos al hecho de que su desamparo interpela el nuestro”.

Alicia Stolkiner, 1995.

El **contexto teórico o “marco sensibilizador”** (Denzin 1978, citado en Patton 2002) de nuestro proyecto tiene como teoría general (Sautú, 2003) los siguientes ejes teóricos:

1. La **Perspectiva Psicoanalítica de Françoise Dolto** y su experiencia de “Casa Verde”; los desarrollos de su discípula la Lic. Aída Ch. de Saks en relación a “Casa Verde” Buenos Aires; y los elementos conceptualizados localmente en torno al dispositivo “Casa Arco Iris”, adaptación neuquina de “Casa Verde”; dentro de estos últimos, incluimos los desarrollos de **las Ciencias del Inicio de la Vida** dentro de los cuales se encuentran las acciones de humanización de la gestación y el parto (Pedraza, Marcus y Sanchez, 2006) y la bienvenida a los bebés;
2. Los **Desarrollos de Autores Post-freudianos** que trabajan las primeras etapas de la constitución psíquica del sujeto (Donald Winnicott y Wilfred Bion); conceptualizan la consulta realizada por niños (Maud Mannoni) y las situaciones de trauma infantil (Ricardo Rodolfo y Marisa Punta Rodolfo);
3. Los **Aportes sobre Cuestiones Técnicas en el Trabajo Psicoanalítico con Niñ@s** (Melani Klein, Ana Freud, Marilú Pelento, Fances Tustin, Norma Bruner), especialmente aquellas conceptualizaciones realizada en torno al juego y a los distintos modos que adquiere el jugar en la infancia (juego, dibujo, modelado, collage, construcciones, títeres, verbalizaciones, relatos, narraciones gráficas etc.).
4. El concepto de **Intervenciones Subjetivantes y Estructurantes** propuesto por Beatriz Janín.

A continuación presentamos brevemente cada uno de estos **ejes teóricos y los conceptos orientadores** -o “sensibilizadores” (Blumer, 1982 [1969])- en ellos incluidos. No obstante, dichos ejes y conceptos se irán ampliando y profundizando en las articulaciones teórico-clínicas que realizaremos en torno a situaciones clínicas.

4.1. LA PERSPECTIVA PSICOANALÍTICA DE FRANCOISE DOLTÓ Y LAS CIENCIAS DEL INICIO DE LA VIDA

4.1.1. La Perspectiva Psicoanalítica de Françoise Doltó

Como dijimos anteriormente, *Françoise Doltó dedicó gran parte de su práctica a hacer intervenir al psicoanálisis más allá del espacio de los consultorios* (Gelbert, 2011a). En los años 1977-78 Doltó interrumpe sus tratamientos en su consultorio, para dar testimonio no sólo de su saber analítico, sino de sus reflexiones sobre la educación, la escuela y la sociedad en general. Comienza un diálogo en otra escena.

Así Doltó empieza un combate en pro de la infancia *con sus programas de radio, sus libros de divulgación y con la Casa Verde, proyecto de prevención de los trastornos psicosociales. Las intervenciones de Doltó son un trabajo de orientación parental*. En sus programas de radio ella intervenía en la historia de una familia, y lo hacía para recordar a los padres que el niño es original en su deseo, y que tiene necesidad de ser apoyado en la conquista de su autonomía. Ampliando esta reflexión, creyó que había que inventar lugares en donde padres e hijos pudieran iniciarse conjuntamente, de manera continua y regular, en esta autonomía. Así piensa Doltó a la Casa Verde.

Siguiendo los lineamientos de la Casa Verde Buenos Aires, podemos decir que los objetivos principales de Casita Arco Iris son: humanización – intermediación de la palabra; prevención de la violencia; socialización; reforzamiento de la identidad; e internalización de los límites.

Estos objetivos iniciales que constituyen al mismo tiempo los ejes teóricos principales de la experiencia fueron transmitidos inicialmente por la Lic. Aída Ch. de Saks encontrándose descriptos en su trabajo “Prevención de la Violencia Casa Verde”. Más tarde, dichos ejes serían sistematizados por Fushimi y Giani –médico pediatra y psicóloga que desarrollaban su actividad profesional dentro del Sistema de Salud Neuquino- en términos de *Herramientas Subjetivas Protectoras*. Dichas herramientas pueden sintetizarse del siguiente modo:

- ✓ **Reforzamiento de la Identidad:** cada niño que llega al mundo tiene una identidad que le es propia. Ocupa un lugar en la trama social y familiar que lo precede. El apropiarse de su vida y de su identidad le permitirá abrirse camino, elegir con libertad e incluso sobrevivir a circunstancias adversas (muerte de sus progenitores, abandono temprano, etc.)
- ✓ **Intimidación – Prevención de la Violencia:** por más que los niños necesitan ser atendidos corporalmente desde su nacimiento hasta que adquieren la autonomía para hacerlo solos, este estado de necesidad no debiera representar una oportunidad para recibir un trato irrespetuoso; es la ternura en las relaciones cuerpo a cuerpo la actitud que ayuda a la construcción de la propia estima y el respeto por sí y por los otros; en términos subjetivos, este eje es la principal “vacuna” que protege contra el abuso sexual infantil y el maltrato.
- ✓ **Intermediación por la palabra - humanización:** en la actualidad queda poco tiempo para escuchar a los chicos; la intermediación por la palabra los defiende de la sobredosis deshumanizante de la sociedad; en l@s niñ@s, tanto el funcionamiento del cuerpo como las conductas, son manifestaciones comunicacionales ante las cuales se debe estar atento; l@s niñ@s hablan aun cuando no abran la boca; expresan su sufrimiento a través de trastornos funcionales, de salud u otros síntomas; la intervención “humanizante” consiste en ayudar a poner en palabras lo que sucede, ya que la palabra libera al ser humano si logra expresar su sufrimiento a quien lo escucha con atención y sin juzgar; “*el psicoanalista no da la razón ni la niega; sin juzgar, escucha. Las palabras que los pacientes utilizan son sus palabras habituales; sin embargo, la manera de escuchar encierra un llamado a la verdad...*” (Doltó en Mannoni 2003:12-13); en esto consiste la tarea: recrear un espacio de intersubjetividad (niñ@-padres-adultos responsables-otros) en el que la palabra alivie, proteja, cuide, prevenga y repare; como dice Saks (1997), “*los niños y los padres vienen, plantean preguntas, se trata de responder y decodificar el mensaje. Muchas veces el niño necesita de un tercero para hacerse entender. Para nosotros es la intermediación de la palabra*”; y no cualquier palabra sino la que habla con la verdad; así se aprende a develar los secretos que no ayudan a crecer. Como dice Doltó (en Mannoni 2003:15), “*donde el lenguaje se detiene, lo que sigue hablando es la conducta*”.
- ✓ **Internalización de los Límites:** a lo largo del proceso del desarrollo se van produciendo cortes necesarios para abrir otras posibilidades de relación con los otros y con el mundo; dejar atrás etapas para dar cabida a lo nuevo implica renunciaciones; se entiende a los límites en términos de prohibiciones que, al frustrar la realización de determinados impulsos, habilitan progresivamente la socialización; los límites cobran diferentes formas según las etapas vitales; posibilitan la diferenciación entre yo/no yo, permitido/prohibido, realidad/fantasía, etc.; estas

prohibiciones permiten el acceso al universo de lo simbólico (juego, palabra, arte, pensamiento); el límite nos permite detenernos y pensar; parar y hacer parar al otro; en este sentido, “poner límites” implica brindar cuidado a quien lo necesita; ayuda a economizar la energía de la vida para que no se “gaste” toda en un breve instante.

- ✓ **Socialización:** como sujeto social el ser humano tiene derecho a pertenecer y estar vinculado, todos somos necesarios y formamos parte; si bien cada uno de nosotros nace en una familia, la construcción de lo social en el niño es un proceso progresivo en el tiempo que se despliega conjuntamente al desarrollo; este eje está íntimamente ligado a la incorporación de reglas sociales, los límites necesarios para vivir en sociedad; reglas sociales que, incluso, se transforman en leyes, como lo es la ley provincial N° 2302 de Protección Integral de Niñez y Adolescencia, vigente en la provincia del Neuquén desde 1999.

Otro concepto clave que aporta Dolto y que, aunque no está en los ejes mencionados, nos sirve para entender el funcionamiento del dispositivo es el de **Imagen Inconsciente del Cuerpo (IIC)**. Según Dolto (1984), la imagen del cuerpo es aquello en lo cual se inscriben las experiencias relacionales de la necesidad y del deseo, valorizantes y/o desvalorizantes, es decir, narcisizantes y/o desnarcisizantes. Estas sensaciones valorizantes o desvalorizantes se manifiestan como una simbolización de las variaciones de percepción del esquema corporal y, más particularmente, de aquellas que inducen los encuentros interhumanos, entre las cuales el contacto y los decires de la madre son predominantes. IIC es un concepto organizador que permite pensar las etapas pre-especulares y arcaicas del desarrollo del niño. Cuando ya es por esencia sujeto, pero sujeto no reflexivo, que está inscripto en un cuerpo, cuyos límites reales todavía no percibe, que es ya presa de sus fantasmas pero a los que no puede identificar como tales. Este concepto representa la unidad primaria, el espacio simbólico que anuda deseo y cuerpo de las pulsiones, sujeto y cuerpo propio.

En el curso de su trabajo sobre la imagen del cuerpo, Dolto también define diferentes modalidades de la misma. La primera distinción que realiza opone una imagen del cuerpo que organiza la supervivencia, lo vegetativo **-imagen de base-**; luego una imagen del cuerpo que sostiene al sujeto en tensión de deseo y de movimiento **-imagen funcional-**. Posteriormente agrega una modalidad organizada en torno a las zonas erógenas **-imagen erógena-** y completa este conjunto mediante una noción más abstracta **-imagen dinámica-** que recubre a las otras tres y que representa la dinámica del deseo mismo (Gelbert, 2011).

A partir del **estadio del espejo**, fase que Dolto considera como una castración simbolígena a la que llama primaria, se produce por efecto del reconocimiento de la imagen especular, la inhibición de la imagen del cuerpo arcaico. Es a partir de este rasgo que la denomina inconsciente, ya que a las representaciones arcaicas inconscientes se superponen las de la imagen especular. El estadio del espejo impone una identificación a un cuerpo representante humano, aliena al Yo de la imagen especular, pero la imagen inconsciente sigue allí y sostiene el deseo. Define Dolto al esquema corporal y al cuerpo real, material y objetivable, el de la biología, la fisiología y la experiencia inmediata que se estructura mediante el aprendizaje y la experiencia. El cuerpo de la imagen inconsciente del cuerpo es puro sustrato relacional. Si bien son de naturaleza diferente se anudan en el narcisismo fundamental. Concepto que define como ese encuentro entre el deseo de vivir y las funciones vegetativas indispensables para la supervivencia (Gelbert, 2011).

Asimismo, Françoise Dolto desarrolla la noción de **castración simbolígena** refiriéndose a la tarea de desinteresar al niño de la pulsión para que los efectos vinculados con ella puedan ser utilizados con fines sustitutivos de interés social. Las castraciones se inscriben en una dialéctica de la iniciación a lo simbólico y del acceso a la simbolización que marcan el desarrollo del niño. Para que la castración cobre sentido para el niño es fundamental que sea “dada” por un adulto, el mismo inscripto en la Ley. No es solo frustrar, es ofrecer al mismo tiempo una alternativa diferente a la satisfacción interdicta, induciendo el camino a la simbolización. Solo si ellos mismos están sometidos a la ley pueden ser sus agentes para el niño (Gelbert, 2011).

4.1.2. Los desarrollos de las Ciencias del Inicio de la Vida

Como dijimos en la introducción a este trabajo, en los últimos cuarenta años, diversas áreas de las ciencias han reunido gran cantidad de conocimientos sobre los momentos determinantes del futuro de cada persona: la concepción, la gestación, el parto, las primeras horas de vida, la lactancia y los tres primeros años de vida del niño (Madruga Luzes, s/d).

El desarrollo de este conocimiento viene ocurriendo en distintas partes del mundo y ha sido plasmado en el **Manifiesto de Moscú** firmado el 28 de marzo del 2007, donde se postula que las condiciones de vida prenatal habilitan o debilitan el florecimiento de habilidades genéticas y talentos; y que la angustia de la madre embarazada puede tener

efectos duraderos en el futuro del niño y del adulto y puede contribuir al desarrollo de depresión, autismo, desórdenes mentales y bajo desarrollo motor, además de hiperactividad, síntomas psicósomáticos, predisposición a la agresividad exacerbada y violencia (Madruga Luzes, s/d).

Por lo tanto, **la familia y la sociedad tienen un papel básico en la creación de las condiciones suficientes para el desarrollo de un nuevo ser humano**, desde la concepción. Una relación segura con uno o dos cuidadores primarios, preferiblemente los padres del niño, optimiza la adquisición de habilidades emocionales y cognitivas y es la condición previa para su salud posterior (Madruga Luzes, s/d). En sintonía con estas ideas, en la provincia del Neuquén, desde el año 2006 en la Zona Sanitaria II, se vienen realizando acciones de humanización simples y sencillas que apuntan a lo esencial en la generación del vínculo mamá-bebé desde las primeras consultas perinatales (Pedraza, Marcus y Sánchez, 2006). Asimismo, en el año 2011, se puso en funcionamiento la Guía para la Atención y el Cuidado de la Salud de los Niños y Niñas de 0 a 6 años desde la cual propone incorporar prácticas de salud mental en los procesos de atención de niñ@s pequeñ@s que, como ya mencionamos anteriormente, son conceptualizadas como “herramientas subjetivas protectoras” (Fushimi y Giani, 2009).

4.1.2.1. Acciones de humanización de la gestación y el parto

"El niño dentro del útero oye el tambor de su madre, manteniendo un latido constante. La costumbre antigua era llevar un tambor al lugar del parto. El tambor sonaba constantemente, igual que el latido de la madre, diciéndole al bebé que fuera del útero todo era tan seguro... como dentro de él".

Lobo Negro



Además de los cinco ejes que constituyen el fundamento de Casa Arco Iris y de las conceptualizaciones que hemos ido trabajando a partir de nuestra propia práctica, se han incorporado al dispositivo que analizamos acciones de humanización de la gestación (Pedraza, Marcus y Sanchez, 2006) y el parto y la práctica de la bienvenida a la vida de los bebés.

Doltó propone la existencia de un sujeto desde la concepción, posición como psicoanalista que da sentido y convalida su práctica con bebés, niñ@s pequeñ@s y con psicótic@s. Es esto lo que le permitió defender que siempre es posible entrar en comunicación con un niño (Gelbert, 2011)

Las **acciones de humanización** son **simples, sencillas y apuntan a lo esencial**. Implican un cambio de actitud fundamental, necesariamente deben construirse en interdisciplina y no requieren de alta tecnología: hablamos con el bebino (bebé intrauterino); ayudamos a la mujer embarazada para que se pueda conectar con sus sentimientos y emociones; propiciamos que la mujer embarazada conozca las circunstancias de su propia gestación y vínculo inicial con su madre; intermediamos con la palabra; acompañamos a la mujer embarazada en la construcción subjetiva de su maternidad; invitamos al padre como co-responsable de la gestación; invitamos a los padres de la mujer embarazada, cuando ésta es adolescente y vive con ellos; propiciamos, a partir del quinto mes de embarazo, la comunicación prenatal (verbal-auditiva) entre el bebino y sus padres; propiciamos la elección responsable del nombre; propiciamos la construcción del nido como el espacio propio de quien está por llegar; evaluamos conjuntamente con la familia la conveniencia de la presencia de un familiar en el parto; propiciamos la recepción familiar y la bienvenida por parte del equipo; en caso de fallecimiento del bebino o del bebé ya nacido, acompañamos a la familia en duelo; cada vez más, tratamos de optimizar el asesoramiento pre-concepcional; promovimos el fortalecimiento vincular de la pareja; y acompañamos a la familia durante los principales momentos del primer año de vida (Pedraza, Marcus y Sanchez, 2006).



Sonbofu Somé, es una de las voces más aclamadas de la espiritualidad africana, guardiana de los rituales de su tribu y su tierra, los Dagara de Burkina Faso. Sonbofu es autora de varios libros y conferenciante internacional. He aquí uno de sus artículos: "Me llamo Sonbofu. Soy de la tribu Dagara, de Burkina Faso. En mi tradición es costumbre que las mujeres embarazadas acudan al ritual de la escucha. El propósito de este ritual es escuchar al bebé que va a llegar, descubrir quién es, porqué ha venido en este momento, cuál es su propósito, qué le gusta o disgusta, y qué pueden hacer los vivos para dar espacio a esta persona. Al niño o la niña se le otorga su nombre basado en esta información. A las niñas se les pone el nombre a las cuatro semanas después de su nacimiento y a las tres semanas para los niños. En la tradición Dagara tú posees tu nombre hasta los cinco años, después el nombre te posee a ti. Tu nombre es una energía, tu nombre tiene una fuerza de vida, crea el paraguas bajo el cual vives. Por eso es importante escuchar al bebé antes de que se le ponga el nombre, porque el nombre debe coincidir con el propósito. Mi nombre, Sonbofu, significa 'la guardiana de los rituales'. Un bebé en África nace con un ritual y muere con un ritual. Tu vida está comprometida con los rituales. A menudo decimos en mi tradición que o estás haciendo un ritual o pensando en entrar en uno o estas en medio de uno, o acabándolo. El propósito del ritual es conectarnos con nuestra propia esencia, ayudarnos a estar en sintonía con el espíritu colectivo, o enmendar aquello que ha sido roto, aquellos cables que se han desconectado de nuestra vida, para que podamos empezar de nuevo. El ritual es al alma lo que la comida a nuestro cuerpo físico"

El origen de la experiencia de bienvenida a los bebés que hoy se hace en el Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS) Almafuerte, en el puesto Sanitario de Los Hornos, en el CAPS de la Colonia Nueva Esperanza, en las visitas prenatales del CAPS de Parque Industrial y en el espacio de La Casita Parque Industrial, tuvo mucho que ver con las enseñanzas de la pediatra y psicoanalista francesa Françoise Doltó y la experiencia Casa Verde que ella implementó así como también con el trabajo realizado por la Lic. Aída Ch. de Saks en la "Casa Verde" de Buenos Aires.

Dicha experiencia de bienvenida a la vida nace en un Centro de Salud de Zapala (provincia de Neuquén) de la mano de dos médicas generales y un psicólogo que durante muchos años hicieron un trabajo lindísimo con embarazadas y familias gestantes que está sistematizado en el documento "Viaje a la Vida" (Pedraza, Marcus y Sanchez, 2006). Desde dicho trabajo, **se entiende al ser humano como ser de lenguaje** y se han venido implementando las acciones de acompañamiento y humanización de la gestación que antes mencionamos.

Así, durante los acompañamientos de la gestación, y desde el consultorio, el equipo propiciaba la elección responsable del nombre y ponía a disposición de los padres para que consulten libros con significados de cada nombre. Asimismo, cuando el bebé había nacido, se le contaba al bebé este significado a través de una tarjeta de bienvenida, a veces de manera escrita y otras veces de manera oral pero siempre armando el relato desde lo que había sucedido previamente en los encuentros con sus padres o familiares.

Inicialmente, la motivación para hacerle una tarjeta de bienvenida al bebé partió desde la práctica y desde el trabajo en torno el **eje de la identidad** del bebino (Pedraza, Marcus y Sanchez, 2006) desde el cual se entiende que cada niño que llega al mundo tiene una identidad que le es propia y ocupa un lugar en la trama social y familiar que lo precede (Fushimi y Giani, 2009).

Más tarde, el ritual de bienvenida a los bebés, sería conocido y traído por uno de los médicos que trabajaba en el tráiler de Toma Esfuerzo -actualmente convertido en el Centro de Atención Primaria de la Salud Almafuerte- y empezaría a desarrollarse en la sala de espera de dicho centro de salud para, desde allí, multiplicarse en distintos espacios. Entre dichos espacios se encuentra La Casita Parque Industrial donde también, cuando hemos asistido a la gestación y nacimiento de un bebé, no sólo hemos realizado el acompañamiento al niñ@ y a la familia durante la gestación, sino que, una vez nacido, hemos dado la bienvenida a la vida al nuevo bebé. En ese sentido, como sostiene Winnicott (1970:314),

¹³ La versión inicial de este apartado fue presentada bajo el título Bienvenida a la vida. Prácticas comunitarias y subjetivantes con bebés en el III Encuentro Nacional de Psicología Comunitaria. VII Foro de Trabajo Comunitario. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba, 7, 8 y 9 de Noviembre de 2013.

“ser querido en un comienzo significa ser aceptado”. Y agrega: “es verdaderamente en el comienzo cuando el niño necesita ser aceptado como tal y cuando se beneficia con dicha aceptación”.

4.2. DESARROLLOS POST-FREUDIANOS

4.2.1. Acerca de cómo entender la consulta por un niñ@

En primer lugar es importante decir, siguiendo a Janín (2013:13), que **los síntomas nunca se corresponden a ninguna estructura psicopatológica en sí sino que hay que analizar caso por caso** y que **“la primera intervención subjetivante es devolverle a estas conductas su carácter de incógnita, de aquello que nos hace preguntarnos qué nos están diciendo [tomando] en cuenta el sufrimiento del niño”**. En ese sentido, los síntomas o las situaciones que nos llegan a la consulta implican una pregunta, un interrogante, algo que nunca es claro de entrada sino cuyo sentido hay que develar. Para ello será esencial comprender el lugar que dicho síntoma ocupa en relación al sujeto: **“lo esencial –dirá Doltó (en Mannoní, 2003:14), la relación del sujeto con su ser [...] no se puede comprender la significación del síntoma si no se esclarece el lugar que él ocupa en la articulación de los efectos de la demanda y del deseo, puntos de apoyo de la relación del sujeto con el Otro”**. De lo que se trata, por tanto, es de **“permitir que la pregunta se plantee a través de la angustia puesta al desnudo por el abandono de las defensas ilusorias”** en el marco de una dialéctica que se sitúa en el plano relacional (Mannoni, 2003: 139).

Así, **“para el psicoanalista, lo que importa no son los síntomas aparentemente positivos o negativos en sí mismos, no es la satisfacción o la angustia de los padres -que, por otra parte, puede ser completamente sana y justificada- ante un niño del que se sienten responsables, sino lo que el síntoma significa para el que, con tal o cual conducta, actualiza el sentido fundamental de su dinámica, y las posibilidades de futuro que, para este sujeto, el presente prepara, preserva o compromete”** (Dolto en Mannoni, 2003:13-14).

El sentido del síntoma irá apareciendo a través de la escucha analítica, nunca de una respuesta directa al pedido explícito de que desaparezca aquello que aparentemente produce el malestar: **“el psicoanalista permite que las angustias y los pedidos de ayuda de los padres o de los jóvenes sean reemplazados por el problema personal y específico del deseo más profundo del sujeto que habla. Este efecto de revelador él lo logra gracias a su “escucha” atenta y a su no respuesta directa al pedido que se le hace de actuar para lograr la desaparición del síntoma y calmar la angustia”**. Nunca dicho síntoma debe ser tomado al pie de la letra sino que **“se debe oír lo que puede surgir en un discurso más allá del síntoma”** (Mannoní, 2003:119).

“La angustia del sujeto desborda casi siempre el marco de los motivos por los que consulta” (Mannoní, 2003:119) y el esclarecimiento del sentido del sufrimiento o trastorno del niñ@ tendrá que ser necesariamente referida al lugar que dicho sufrimiento o trastorno ocupa: **“reflexionar el lugar que ocupa (el niño) en la fantasía parental. La precaución es necesaria para que los padres puedan aceptar después que el niño tenga un destino propio [...] la evolución de uno es posible sólo si el otro la puede aceptar”** (Mannoni, 2003:128).

4.2.2. “Los bebés no existen...”: la función materna como posibilitadora del paso de la dependencia absoluta a la dependencia relativa

Donald Winnicott desarrolla una serie de conceptos que nos permiten entender el vínculo primero del bebé con su madre y que invitan a pensar que, en sus primeros momentos, el bebé no existe sino en la relación con su madre. Los aportes de Winnicott permiten profundizar los desarrollos de las Ciencias del Inicio de la Vida que hemos mencionado antes.

Uno de los conceptos que nos brinda este autor es el de **preocupación maternal primaria** entendido como ese estado normal de locura que la madre desarrolla desde el embarazo y hasta algunas semanas después del nacimiento de su hijo y que le permiten ocuparse de él de manera adecuada. La **preocupación maternal primaria**, tal como la describe Winnicott (1956), **“gradualmente se desarrolla y se convierte en un estado de sensibilidad exaltada durante el embarazo y especialmente hacia el final del mismo. Dura unas cuantas semanas después del nacimiento del pequeño”**.

Así, ese **“estado de sensibilidad exaltada, casi de enfermedad”** (Winnicott, 1956) posibilitará a la madre constituirse en lo que Winnicott denomina una **madre suficientemente buena** que brindará **sostén** a su bebé, actuará como **barrera autoestímulo** y otorgará a su hijo una **continuidad existencial**. Este último concepto hace alusión a que **“los bebés que no han sido significativamente ‘dejados caer’ en la infancia, y cuya creencia en la confiabilidad los lleva hacia la adquisición de una confiabilidad personal [...] tienen continuidad existencial [En contraposición,] los bebés que han sido**

significativamente ‘dejados caer’ en una oportunidad o dentro de una pauta de fallas ambientales [...] llevan consigo la experiencia de una angustia impensable o arcaica” Winnicott, 1969:309).

En este punto nos preguntamos con Winnicott, “¿qué se entiende por **madre suficientemente buena**? La madre suficientemente buena da satisfacción a la omnipotencia del infante, y en alguna medida también le da sentido. Lo hace repetidamente. Empieza a tener vida el self verdadero, gracias a la fuerza que le cede al yo débil del infante la instrumentación por la madre de las expresiones omnipotentes de este último. La madre que no es suficientemente buena no es capaz de instrumentar la omnipotencia del infante, de modo que repetidamente falla en dar satisfacción al gesto de la criatura. En lugar de ello, lo reemplaza por su propio gesto, que adquirirá sentido por la sumisión del infante. Esta sumisión por parte del infante es la etapa más temprana del self falso, y corresponde a la ineptitud de la madre para sentir las necesidades de su bebé. Según una parte esencial de mi teoría, el self verdadero sólo adquiere un mínimo de realidad como resultado del éxito repetido de la madre en dar satisfacción al gesto espontáneo o a la alucinación sensorial del infante [...] lo que se hace real es el gesto o la alucinación del infante, y la capacidad de ésta para usar un símbolo es el resultado” (Winnicott, 1993:189)

Y agrega: “para mí, una madre suficientemente buena, y padres suficientemente buenos y un hogar suficientemente bueno, brindan en verdad a la mayoría de los bebés y niños pequeños la experiencia de nunca haber sido dejados caer en forma significativa. De este modo, los niños promedio tienen la oportunidad de edificar su capacidad de creer en sí mismos y en el mundo -construyen una estructura sobre la base de la acumulación de la confiabilidad introyectada-. Ellos son dichosamente ignorantes de su buena fortuna, y les cuesta entender a aquellos de sus compañeros que llevan consigo para toda la vida experiencia de angustia impensable y un déficit en la esfera de la confiabilidad introyectada. Es entre estas últimas personas que la enfermedad, cuando se produce, suele tomar la forma que designamos como esquizofrénica, en lugar de llamarla psiconeurótica o depresiva” (Winnicott, 1967).

En este marco, podemos decir que las **funciones maternas** se encuentran relacionadas con un **ambiente facilitador** –ambiente facilitador que en los primeros tiempos equivaldrá a madre suficientemente buena- que será el escenario donde se propiciarán los **movimientos de sostén, manipulación y mostración de objetos** en dirección a posibilitar **el paso desde la omnipotencia/ilusión/objeto subjetivo a la desilusión gradual/objeto transicional, la independencia/objeto objetivo y el establecimiento de un self verdadero** en el niño@.

Dichas funciones maternas posibilitarán el **proceso de maduración** el cual, según Winnicott (1993:313) “sólo se produce en el infante individual en la medida que exista un **ambiente facilitador** [siendo la característica de dicho ambiente] la adaptación, que al principio es casi del ciento por ciento y gradualmente va disminuyendo [...] El resultado es que la personalidad del infante logra algún grado de integración, primero bajo la protección del yo auxiliar (la adaptación de la madre) y con el tiempo como un logro que se sostiene por sí mismo”.

Paso de la dependencia absoluta a la dependencia relativa y luego a la autonomía que es posibilitado a partir del ejercicio de la función materna: “el estadio de dependencia absoluta o casi absoluta corresponde al estado inicial del bebé, cuando aún no ha separado lo distinto de mí de lo que es parte de mí, pues no está equipado todavía para esa tarea. En otras palabras el objeto es un objeto subjetivo, no percibido objetivamente” (Winnicott, 1969:302). El próximo estadio de desarrollo tendrá lugar “debido a la experiencia del bebé con respecto a la conducta adaptativa de la madre [...] por medio de un quehacer materno suficientemente bueno el bebé pasa a la percepción objetiva, si ha heredado la tendencia y, además, si ha recibido la dotación perceptual y la oportunidad para ello” (Winnicott, 1969:302).

De este modo, el niño irá alcanzado la integración de su personalidad, una cierta **personalización** que, en términos winnicottianos, “podría designarse como la residencia de la psique en el soma, se ha de hallar en la capacidad de la madre, o de la figura materna, para sumar su participación emocional a la que es originalmente física y fisiológica” (Winnicott, 1970:315). Unidad de cuerpo y psiquismo como algo no dado sino como una adquisición del proceso de desarrollo que representa y como “un logro en el estado de salud” (Winnicott, 1970:311).

4.2.3. Situaciones traumáticas y abuso sexual infantil

No hay situación que sea traumática en sí misma salvo la situación de abuso sexual infantil (ASI). A diferencia de otras situaciones donde el peso está puesto en la actualización de ciertos conflictos no resueltos, en el ASI el peso lo tiene el hecho. Se trata de una situación disruptiva que produce un exceso en la capacidad de metabolización. Esto provoca funcionamientos traumáticos, un plus de trabajo para el psiquismo.

*“Benyakar y Lezica (2005-2006) sostienen que en la vida hay **acontecimientos sintónicos**, que nos permiten estabilizarnos, y **acontecimientos distónicos**, que necesitan ser procesados, que exigen un proceso de metabolización”* (en Punta Rodulfo, 2016:50). El abuso sexual infantil es un acontecimiento distónico.

¿Qué hace que algo sea disruptivo? Que sea inesperado, que interrumpa lo normal, que mine la confianza en los otros, que amenace la integridad física, que distorsione o destruya el hábitat. Ante una situación disruptiva, hay un estallido pasivo de la personalidad, aparece una tendencia a la renegación, hay una cierta ruptura con la realidad. Asimismo, es necesario considerar que **lo disruptivo es un concepto relacional**. ¿Cómo ese hecho traumático va a jugar con los recursos -tanto internos como externos- del niño para metabolizar situaciones disruptivas?

La vivencia de desamparo es central en la clínica de lo traumático. En los casos de abuso hay intención de producir intencionalmente una subjetividad desamparada, de atacar la matriz relacional. Tengo asegurado el secreto, el chico no pide ayuda. El abusador no sólo se apropia del cuerpo sino arma muchas otras cosas. Arma desamparo, destruye a los otros, destruye el poder pedir ayuda, destruye la matriz de confianza en el otro.

En ese sentido, el abusador no sólo capta el cuerpo de un chico sino la mente a partir de lo cual, en cada caso, nos tenemos que preguntar cómo ese psiquismo batalla y metaboliza aquello que se le impuso. **Los niños abusados introyectan la culpa que tendría que sentir el abusador.** La culpabilización es una defensa, una forma de dar sentido al sin sentido. Asimismo, siempre hay retracción porque los chicos empiezan a dudar de sus propias sensaciones.

En la vivencia traumática lo fáctico reduce al psiquismo a la pasividad. Falla la articulación entre afecto y representación, la experiencia se arma de forma desarticulada. Ante esto, más que relatos acabados hay **relatos pro-articuladores** desde los cuales se intenta dar sentido al sin sentido. Discordancia entre lo que dice y el afecto porque lo que se dice no está elaborado. Exceso.

Los abusos, en tanto situación traumática, no son relatables o, en todo caso, **el relato de la situación de abuso es algo a lo que hay que llegar.** En ese sentido podemos decir que *“el trabajo en el trauma es justamente que se pueda llegar a narrar lo acontecido, porque esto va a implicar narrarse y narrarlo para otros; va a implicar que algo se procese en esa generación y en las siguientes, que no quede como un **introducido**, como un islote en la subjetividad, pasando así como cripta en las generaciones diversas”* (Punta Rodulfo 2016:153).

Hay una **escisión de la experiencia** no vivida conscientemente y por lo tanto no recordable. Escisión de la experiencia, *“yo no estaba ahí...”*. Hay escisión y “olvido” ante los hechos traumáticos. Esto es lo que se llama el **teratoma**, un elemento de características heterogéneas que queda separado, como en otra trama y que vuelve como **introducido** en las “voces”, por ejemplo, o en ciertos intentos de agredirse o agredir a otros, etc. Los chicos desmienten la percepción y por eso es muy importante decirle al niño *“yo te creo, lo que vos me estás contando es cierto”* en función de restablecer la confianza en las percepciones...”. Decirle *“vos estás contando esto para que alguien te ayude”*. **No es recordable porque no es evocable.** No obstante, hay también **recuerdos corporales**.

Aquí vale la pena introducir la **distinción** que propone Marisa Punta Rodulfo (2016:153) **entre introyecto e introducido**. *“El introyecto compone el registro mnémico de lo articulado, la introyección; es un proceso activo y de ligazón que despoja lo fáctico de su carga perceptual. El introducido es, en cambio, un proceso pasivo que se internaliza sin perder la carga perceptual, repitiendo la misma escena sin transfiguración, y en este sentido se inscribe pero en forma negativa”*.

En la vivencia traumática lo que hay es **angustia automática**, no angustia señal. Cuando uno como terapeuta dice *“los que tienen que saber que esto no se hace son los adultos”* —o trabaja para que las madres/padres se lo digan al niño— el chico sigue trayendo el material. *“No estás contando esto para dañar, vos no tenés la culpa”*. Hay que poder hacer que lo ocurrido sea pensable. Uno como terapeuta tiene que poder alojar psíquicamente esto para darle representación.

4.3. CUESTIONES TÉCNICAS EN EL TRABAJO PSICOANALÍTICO CON NIÑ@S

Un concepto que se nos torna relevante en el dispositivo en el que trabajamos y que tiene que ver sobre todo con las Cuestiones Técnicas del Trabajo Psicoanalítico con niños es el de **juego** y el de **técnica lúdica**. Melani Klein *“sustituye la técnica asociativa del adulto por una técnica lúdica en el niño, basándose en la hipótesis de que al niño pequeño le es más afín la acción que el lenguaje. Así, pone a su disposición una cantidad de pequeños juguetes, es decir, un verdadero mundo en miniatura, ofreciéndole la posibilidad de actuar en ese mundo de juegos. Todos los actos que el niño realiza en estas condiciones son equiparadas a las asociaciones verbales del adulto y complementados con interpretaciones, como solemos hacerlo con éste”* (Freud, A. 1927:45).

Por su parte Anna Freud, aunque cuestiona la posibilidad de equiparar las asociaciones lúdicas infantiles con las intelectuales del adulto, reconoce el valor que tiene la técnica del juego elaborada por Klein para la observación. En ese

sentido ella dice: *“en lugar de seguirlo a su ambiente familiar, dilapidando tiempo y esfuerzos, trasladamos todo su mundo al gabinete analítico y dejamos que el niño se mueva en él bajo los ojos vigilantes de la analista, aunque al principio ésta apenas intervenga. Tenemos oportunidad de reconocer así sus distintas reacciones, la intensidad de sus inclinaciones agresivas, de sus sentimientos compasivos y de su actitud ante los diferentes objetos y personas representados por los juguetes. [...] Sin embargo, al aplicar su técnica Melanie Klein aun da un importante paso más. Pretende que todas estas asociaciones lúdicas del niño equivalen exactamente a las asociaciones libres del adulto y, en consecuencia, traslada continuamente cada uno de esos actos infantiles a la idea que le corresponde, es decir, procura averiguar la significación simbólica oculta tras cada acto del juego [...] Su intervención consiste primordialmente en traducir e interpretar los actos del niño a medida que se producen, fijando así el curso de sus procesos sucesivos, como ocurre al interpretar las asociaciones libres del adulto”* (Freud, A. 1927:50).

El juego implica un trabajo. Norma Bruner habla del trabajo del juego para referirse a *“los caminos psíquicos para la formación del juego y sus funciones”* (2012:18). *“El juego no surge de manera espontánea, no es innato, no se hereda genéticamente y su advenimiento no depende de la dotación orgánico-biológica con la que se nace”* (Bruner, 2012:17). Así, esta autora sostiene que la clínica nos enfrenta a la pregunta *“por las condiciones de posibilidad o imposibilidad para el advenimiento y desarrollo del deseo de jugar en un niño”* (Bruner 2012:18). *“La capacidad simbolizante con arreglo a la cual cierto objeto o cierta situación pueden hacer las veces de otro objeto o de otra situación con los que guarda alguna analogía es, en efecto, un prerrequisito del juego”* (Tustin, 2006:124).

El juego no es reflejo de una realidad interna sino un proceso de constitución del espacio subjetivo. *“Muchas veces, juego, dibujo, modelado no son el ‘reflejo’ exterior de una representación mental ‘interna’. Se podría hablar mejor de un tanteo representativo. Es en el acto mismo que se va construyendo, con el otro, la actividad de representar. Y el analista debe transformar un material no representable, restituyéndolo a la dimensión representativa. Es decir, el juego implica el armado de un espacio psíquico. Y en el jugar mismo se construye ese espacio. También supone la separación del otro, el registro de la ausencia y la posibilidad de recrearla. Es por eso que introducir secuencias lúdicas y sostener la conexión son fundamentales”* (Janín, 2011:207).

El juego posibilita la estructuración del psiquismo. *“El playing winnicottiano es ese eje de transformaciones que permite la estructuración del psiquismo”* (Pelento en Rodulfo, 1989:13). Pero ¿qué pasa cuando un niño no juega? Algo de la patología, de la dificultad, del sufrimiento psíquico nos está diciendo. *“La repetición es una tendencia intrínsecamente pulsional que en el juego de los niños se pone al servicio de la transformación de las experiencias dolorosas en acontecimientos libidinales representables. Cuando el juego es creativo, la repetición consolida el desarrollo simbólico. Perturbaciones en la construcción de la subjetividad se detectan clínicamente por la aparición de juegos caracterizados por una repetición vacía de carga afectiva, o por una repetición traumática, intento fallido de ligazón pulsional”* (Sanmartino Rovirosa, s/d).

El juego es un signo de salud en los niños: *“es clara la diferencia entre la producción de un niño que juega y que se resiste a las modificaciones impuestas por otro, pero que va modificando el juego, siguiendo la línea de una repetición creativa y la de un niño que no soporta la más mínima diferencia por terror frente a todo cambio [...] Nos enfrentamos así a la repetición de lo idéntico y a partir de allí tratamos de abrir el camino a la repetición simbolizadora”* (Janín, 2011:202). Así, la presencia o no de juego y sus características se constituyen en una pieza clave en el trabajo con niños.

El juego dentro del dispositivo que analizamos adquiere un sentido específico: *“el juego en transferencia y durante un tratamiento analítico con un niño, no es un juego cualquiera, el analista forma parte de él y de sus condiciones de construcción y constitución”* (Bruner, 2012:42).

En el marco de esta conceptualización del juego se entenderá el trabajo a partir del uso del dibujo, el agua, los títeres, etc. que va desplegando cada niño dentro del dispositivo que estamos investigando.

4.4. INTERVENCIONES SUBJETIVANTES Y ESTRUCTURANTES

Incorporaremos también el **concepto de intervenciones subjetivantes y estructurantes** propuesto por Beatriz Janín (2013:14) siguiendo la propuesta de esta autora cuando sostiene que *“tenemos que pensar dos tipos de acciones simultáneas: que sean subjetivantes y que posibiliten la construcción del aparato psíquico”*.

Aunque algunos autores como Moreno Olmedo (2008) hacen una crítica al concepto de intervención por su carácter disruptivo sobre “el otro”, en este trabajo vamos a proponer el uso de dicho concepto para pensar nuestra tarea como analistas de niñ@s, *“porque alude a involucrarse, a tomar posición, a tener un lugar activo frente al sufrimiento”* (Janín 2013:13).

¿En qué sentido hablamos de **intervenciones subjetivantes**? “*entiendo subjetivar como ubicar al otro como otro, como ser humano y no como parte de una maquinaria al servicio de intereses ajenos a él*” (Janín 2013:13). Esto es sumamente importante en el trabajo con cualquier persona pero especialmente con los niños porque ellos están en proceso de constituirse como sujetos y porque, en nuestra sociedad, estamos más habituados a tratar a los niños como objetos que como sujetos.

¿En qué sentido hablamos de **intervenciones estructurantes**? Se trata de intervenciones dirigidas a posibilitar y motorizar la estructuración de un aparato psíquico en constitución más que a levantar represiones. Como sostiene Janín (s/d), “*nuestras intervenciones se realizan con alguien que está construyendo una historia libidinal, una historia de identificaciones,con quien muchas veces no “desarmamos” sino que destrabamos y posibilitamos la estructuración [...] Ser el disparador de un armado: de la represión primaria y de la diferenciación intersistémica, del registro y la expresión de afectos, de la ligazón como freno a la pura descarga pulsional, estableciendo redes de pensamiento, de la puesta en juego de filtros para el exceso pulsional (de sí mismo y de los otros) es una meta diferente a: “que donde era Ello advenga el Yo” [...] “para poder pensarlas, es fundamental conocer los momentos de la constitución psíquica”.*

“*Deberemos hacer consciente lo inconsciente en algunos casos, pero también, posibilitar inscripciones, representaciones de diferente tipo, constitución del yo, armado de fantasías, estructuración del pensamiento secundario, diferenciación del yo-no yo, relibidinización de la imagen corporal o construcción de la misma, narcisización del sujeto, consolidación de la represión primaria...*” (Janín, 2013:86).

Algunas de estas intervenciones posibles son: contención y sostén-armado de envoltura; conexión empática; creación de un ritmo compartido; pasar del impulso al pensamiento; deshacer desmentidas y desestimaciones; diferenciar yo-no yo; historizar; pasar del afecto al sentimiento y del grito al llamado: verbalizar y significar; etc. (Janín, 2013:89-102).

Si bien las intervenciones subjetivantes y estructurantes pueden diferenciarse entre sí y pensarse como complementarias, hay puntos en que ambas se superponen. Como sostiene Janín (2013:14) “*la diferencia entre subjetivación y armado del aparato psíquico no es tan clara, porque cuando se desubjetiviza a otro se ataca el entramado psíquico y esto puede empujar al otro a la locura, dejándolo a merced de sus pulsiones auto destructivas*”.

5. OBJETIVOS

5.1. OBJETIVO GENERAL

- ✓ Caracterizar las intervenciones subjetivantes y estructurantes desplegadas en Espacio Arco Iris (enero 2011-abril 2013) y Casita Parque Industrial (octubre 2013-mayo 2016)¹⁴;
- ✓ Analizar cómo operan dichas intervenciones en la estructuración de la subjetividad de los niñ@s pequeñ@s de los casos que se analicen.

5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Identificar y describir las situaciones de los niñ@s pequeñ@s y las familias que participan en el dispositivo en relación a las cuales se interviene
- ✓ Identificar y describir las intervenciones desplegadas en el dispositivo
- ✓ Caracterizar dichas intervenciones a partir de los objetivos que persiguen y analizar los modos en que dichas intervenciones operan
- ✓ Analizar el rol del analista de niñ@s dentro de este dispositivo psicoanalítico.

¹⁴ Denominaremos de manera genérica a estos dos espacios como Casita Arco Iris que es el nombre con el que inicialmente se abre la experiencia en Neuquén.

6. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

6.1. TIPO DE TRABAJO

Se trata de un **estudio de caso** en el sentido en que lo plantean Neiman y Quaranta (2006)¹⁵, “el abordaje de lo particular priorizando el caso único, en donde el estudio del mismo es definido por el interés que éste inspira [...] no es la elección de un método sino más bien la elección de un objeto a ser estudiado”. En la presente investigación dicho objeto es el dispositivo Casita Arco Iris en dos momentos y espacios distintos de su desarrollo –Espacio Arco Iris y Casita Parque Industrial- y las intervenciones subjetivantes y estructurantes en él desplegadas.

Se realizó un **estudio de corte descriptivo-analítico que incluyó las características generales de la investigación cualitativa**: un diseño de investigación emergente y flexible; un contexto teórico compuesto por conceptos orientadores; un trabajo de campo realizado en los contextos cotidianos de vida y trabajo, guiado conceptualmente y centrado en la perspectiva del actor; un análisis de datos realizado de manera conjunta a la recolección de los mismos; y una búsqueda de resultados que, si bien no son universalizables, sí posibilitan, a partir de la comprensión de contextos peculiares, inferencias que puedan ser transferibles a otros contextos.

Se partió de una primera descripción del tipo de intervenciones desarrolladas para avanzar en la caracterización y análisis de la dimensión clínica de este dispositivo a partir del análisis de situaciones concretas.

6.2. UNIDADES DE ANÁLISIS

Como dijimos anteriormente, Casita Arco Iris puede ser entendida como un dispositivo colectivo preventivo-asistencial en salud mental destinado a los niñ@s pequeñ@s, sus familias y familias gestantes. Espacio psicoterapéutico y experiencia de “acompañamiento a la crianza para el ser en libertad” que puede definirse como una buena práctica de asistencia y prevención en salud mental que articula el trabajo clínico con la perspectiva comunitaria a la vez que como una estrategia de asistencia y prevención de la violencia donde.

Las unidades de análisis son complejas y pueden poseer distintos niveles de análisis. En ese marco, por tratarse de un estudio de caso, la unidad de análisis es el dispositivo mismo. Al tiempo que, constituirán también unidades de análisis, las situaciones clínicas que se seleccionarán entre los niñ@s y las familias que participaron del dispositivo mencionado en el período elegido.

6.3. VARIABLES E HIPÓTESIS

Las **variables en estudio** son:

- ✓ **Las situaciones de los niñ@s pequeñ@s y las familias** que participan en el dispositivo en relación a las cuales se interviene
- ✓ **las intervenciones subjetivantes y estructurantes desarrolladas** por el equipo terapéutico en el dispositivo que se analiza
- ✓ **el rol del analista**

No se ha formulado ninguna **hipótesis** relacionada a la pregunta de investigación.

6.4. CRITERIOS DE SELECCIÓN DE CASOS

En relación al dispositivo que se analiza, por tratarse de un estudio de caso, no se considera pertinente establecer criterios de inclusión y exclusión.

Respecto a la selección de las situaciones clínicas que constituirán la muestra del presente estudio se realizará un **muestreo intencional** según los siguientes criterios de inclusión: la participación del niñ@ y su familia en un mínimo de siete encuentros; la diversidad motivos de consulta o situaciones a partir de las cuales se intervino entre las distintas situaciones clínicas; la diversidad de intervenciones subjetivantes desarrolladas y la diversidad de resultados terapéuticos

¹⁵ Citado por Kazez (2009).

alcanzados¹⁶. Se excluirán aquellas situaciones de niñ@s y familias cuya participación en el dispositivo haya sido menor a la de siete encuentros.

El número de situaciones clínicas con los que se trabajará será inicialmente tres siguiendo el criterio de casos generadores de hipótesis (Lijphart en Kazez, 2009).

6.5. DISPOSITIVOS DE PRODUCCIÓN DE DATOS

Se apeló a la utilización de **fuentes secundarias** (historias clínicas, registros de reuniones de equipo, fotografías, filmaciones, etc.) que han sido generadas a partir de la atención psicoterapéutica brindada a los niñ@s y sus familias en el marco del dispositivo que se analiza así como también a fuentes secundarias que se han generado a partir de las investigaciones de la autora que mencionamos en el apartado de antecedentes.

Dichas fuentes son:

- ✓ **entrevistas semi-estructuradas a los miembros del equipo** (psicólogos, enfermeras de pediatría, agente sanitaria) y otros agentes de salud que eventualmente han participado del dispositivo (médico general, residente medicina general, acompañante terapéutico, odontóloga, administrativa, etc.);
- ✓ **entrevistas semi-estructuradas a las familias y observaciones en contexto domiciliario;**
- ✓ **historias clínicas de los niñ@s** en las cuales, desde el área de psicología, se registran los motivos de consulta iniciales y la evolución de los niños y familias que participan en el dispositivo; dichas historias clínicas incluyen los informes de las instituciones y/o profesionales derivadores y las producciones gráficas de los niños/as;
- ✓ **fotografías** del dispositivo tomadas durante los años 2011 a 2016;
- ✓ **filmaciones** del dispositivo realizadas durante los años 2011 a 2016;
- ✓ **registros** de las **reuniones de equipo** realizadas durante los años 2011 a 2016;
- ✓ **documentación producida en torno del dispositivo:** planificaciones, folletos, invitaciones a actividades especiales, etc.

¹⁶ Estos tres últimos criterios pueden entenderse, siguiendo a Kazez (2009), como casos de máxima variación, es decir, aquellos que se estudian cuando el objetivo es obtener información acerca de la importancia de las diversas circunstancias en los casos en los que se estudia el proceso y/o el resultado.

7. ¿CÓMO HACEMOS ARCO IRIS?

7.1. OBJETIVOS

Siguiendo los lineamientos de la Casa Verde Buenos Aires, podemos decir que los objetivos principales de este dispositivo son: **a) Humanización – Intermediación de la Palabra; b) Prevención de la Violencia; c) Reforzamiento de la Identidad; d) Internalización de los Límites; y e) Socialización**

Específicamente, para el caso de Espacio Arco Iris y Casita Parque Industrial, los objetivos planteados son los siguientes:

- ✓ ofrecer un **abordaje psicoterapéutico colectivo que favorezca vínculos tempranos saludables** desde el desarrollo de intervenciones subjetivantes y estructurantes;
- ✓ generar un **espacio de humanización y subjetivación de los niñ@s** reconociéndolos como un otr@ válid@ de ser escuchad@, con una historia e identidad propias;
- ✓ generar un **espacio de confianza y escucha** donde puedan ser expresados los sentimientos tanto de l@s niñ@s como de l@s adult@s;
- ✓ **fomentar una maternidad y una paternidad bientratantes** desde la escucha y la comprensión de las dificultades de los adultos cuidadores, que los padres puedan “ocuparse mejor de su hijo” a la vez que ayuda “a los niños a vivir un desprendimiento progresivo”¹⁷;
- ✓ generar un **espacio psíquico y social de bienvenida hacia los seres por nacer**;
- ✓ **abordar y prevenir situaciones de violencia hacia los niñ@s.**

7.2. CONTEXTO TEÓRICO ORIENTADOR DEL DISPOSITIVO

Los ejes teóricos que guían el dispositivo fueron descritos en el contexto teórico de este trabajo de investigación y están constituidos principalmente por **La Perspectiva Psicoanalítica de Françoise Doltó** y su experiencia de “Casa Verde”; los desarrollos de su discípula la Lic. Aída Ch. de Saks en relación a “Casa Verde” Buenos Aires; y lo conceptualizado en torno al dispositivo “Casa Arco Iris”, adaptación neuquina de “Casa Verde”.

En ese marco, resultan fundamentales los siguientes conceptos: reforzamiento de la identidad, intimidación-prevención de la violencia, intermediación por la palabra – humanización, internalización de los límites y socialización antes desarrollados. Asimismo, resultan aquí fundamentales algunos conceptos teóricos que se han ido tomando desde Françoise Doltó (imagen inconsciente del cuerpo, castraciones simbólicas, etc.) y desde otros autores que no estaban tan desarrollados dentro del marco inicial de Casa Verde pero que fueron apareciendo como centrales en nuestra práctica.

También constituyen parte de los fundamentos teóricos del dispositivo **las acciones de humanización de la gestación y el parto** tal como han sido conceptualizadas por Marcus, Pedraza y Sanchez (2006) y que se desarrollaron en el contexto teórico del presente trabajo. Por último, y en relación al trabajo con los bebés, sus mamás y familias gestantes, se han incorporado los aportes de otros autores, principalmente los aportes de Donald Winnicott.

Por último, el **encuadre normativo** legal de la experiencia está dado por la Declaración Universal de los Derechos del niño; la Ley 2302 de la Provincia del Neuquén que establece la protección integral del niño y del adolescente y la Nueva guía para la atención y el cuidado en salud de la salud de los niños y niñas de 0 a 6 años.

7.3. METODOLOGÍA DE TRABAJO

7.3.1. Destinatarios

Niñ@s pequeñ@s, sus familias y embarazadas y/o familias gestantes que se atienden en el Centro de Atención Primaria de la Salud donde funciona el dispositivo. Inicialmente la edad prevista de los niños era de 0 a 6 años. Sin embargo, a pesar de esta delimitación en la edad de los niños, a veces nos encontramos con niños más grande (hasta 9 años) que son admitidos y que asisten al dispositivo.

¹⁷ Doltó, 2004:354-355.

7.3.2. Equipo de trabajo



En el caso de Espacio Arco Iris que funcionaba en el CAPS Almafuerte el abordaje fue realizado por un **equipo interdisciplinario** (psicólogos, enfermeras de pediatría y agentes sanitarios) **y mixto** (hombres y mujeres)

En el caso de Casita Parque Industrial el equipo de trabajo está conformado por profesionales psicólogos del centro de salud (psicóloga de planta y psicóloga del Programa Médicos Comunitarios) con apoyatura de profesionales psicólogos y estudiantes avanzados de psicología de otras instituciones (Universidad Nacional del Comahue, Universidad de Flores; etc.) o del ámbito privado que colaboran en la zona.

En ambos espacios, siempre estuvo prevista la **participación puntual de distintos miembros del equipo de salud** que quisieran conocer y/o colaborar con la experiencia (residentes de pediatría, enfermeros, trabajadora social, odontólogos, nutricionista, médicos generales, etc.) así como también la realización de **pasantías y/o visitas puntuales** de personas externas que quisieran conocer esta modalidad de atención (profesionales de otros centros sanitarios, residentes de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental Comunitaria de Río Negro, estudiantes avanzados de psicología de la UNComahue, estudiantes avanzados de psicología en prácticas pre-profesionales de la Universidad de Flores, sede Comahue, etc.).

7.3.3. Elementos materiales



Los materiales con los que se trabaja son **diversos**: juguetes (muñecas, autitos, trenes, avioncitos, elementos de cocina, animalitos, peluches, etc.); ladrillitos de distintos tamaños (grandes, medianos y pequeños), dakis, tubix, qubic, etc.; juegos de mesa (dominó, memotest, cartas, cuatro en línea, lotería de animales, etc.); lápices de colores (comunes y acuarelables) y hojas blancas; témperas y pinceles; masa de modelar; fuentón, protectores y juguetes especiales para trabajar con agua (vasitos, molino, barquitos, etc.); disfraces, carteras, máscaras, sombreros, lentes y telas; títeres y teatrillo; libros de cuento; colchoneta, manta y objetos de juego pertinentes para el rincón bebés (sonajeros, aros de tela, etc.)¹⁸; cinta de papel; papel afiche y fibrones; etc.



¹⁸ Para el armado del rincón de los bebés se tomaron en cuenta las sugerencias dadas por el enfoque de la Atención Temprana del Desarrollo basado en las teorizaciones de Emmi Pikler sobre los objetos pertinentes.

Algunos de estos elementos han sido donados por distintos miembros de la comunidad o personas que trabajan en diferentes organizaciones de la zona (Asociación Sol de Primavera, docentes del Centro de Formación Profesional n° 2, etc.); otros han sido adquiridos con fondos del centro de salud o con el aporte personal de algunos de los miembros del equipo; y otros son facilitados, en calidad de préstamo, por el Taller Didáctico dependiente del Consejo Provincial de Educación.



7.3.4. Espacios y momentos

Este dispositivo, si bien tiene un momento central que es el encuentro semanal con las familias, implica también otros momentos y espacios de trabajo. En ese sentido, podemos decir que los distintos **momentos y espacios de trabajo** son los siguientes: **entrevistas de primera vez del área de psicología**; **encuentro semanal con las familias**: preparación (organización del espacio) – momento de encuentro con la familia (bienvenida, pre-nominación, juego y despedida) donde a veces se organizan algunas jornadas especiales (festejo del día del niño, cierre a mitad de año antes de las vacaciones de julio y cierre a fin de año, etc.) – desarme del espacio; **reunión de equipo semanal** después de cada encuentro semanal (registro de lo observado y de las intervenciones realizadas en relación a cada familia, evaluación del proceso y planificación de las próximas intervenciones) **y mensual**; **entrevistas psicoterapéuticas**: individuales, vinculares o familiares; **interconsultas o derivaciones**; **articulaciones interinstitucionales** (con jardines, escuelas, juzgados, defensoría, etc.); **y visitas domiciliarias**.

En el caso de **Espacio Arco Iris** (CAPS Almafuerte), el encuentro semanal con las familias era los **miércoles a la mañana** (de 10 a 11.15). En algunos períodos, cuando había muchos niñ@s y familias, se hacían dos turnos (uno más temprano y otro más tarde) el mismo día miércoles.

En el caso de **Casita Parque Industrial** los encuentros con las familias se desarrollan los días **lunes de 14 a 15:15 hs.** en la Biblioteca Julio Cortázar de Parque Industrial y los días **martes de 10 a 11:15 hs** en el aula de primaria del Centro de Formación Profesional n° 2 de Parque Industrial.

En ambos casos, el trabajo del equipo coordinador abarca aproximadamente una hora antes y una hora después de cada encuentro con las familias. En la hora anterior al encuentro se prepara el espacio (ubicación de mesas, sillas, material para dibujar, juguetes, cuentos, papelógrafo, línea en el piso, etc.) y se retoma lo trabajado con cada familia la última vez y/o durante la semana; en el horario del encuentro con las familias se recibe a familias l@s niños y sus familias; y en la hora posterior se ordena el espacio y los materiales de trabajo y se realiza la reunión de equipo donde se conversa sobre lo observado y lo intervenido ese día planificándose las futuras intervenciones.

El dispositivo da comienzos generalmente a mediados de febrero/inicios de marzo, teniendo un corte/evaluación en julio y finalizando con una actividad especial de cierre y evaluación a inicios o mediados de diciembre.

Se trata de **un abordaje psicoterapéutico colectivo donde niñ@s y padres/referentes adultos acuden de manera conjunta y donde el equipo profesional actúa observando e interviniendo en el “aquí y ahora” de las interacciones que se dan entre los sujetos** que forman parte de la experiencia. **“En este lugar de recreación y encuentro en que los bebés son tratados como sujetos [...] solo cuenta la presencia humana: el padre que acompaña al niño y no se marcha mientras el niño esté en él, también descansa y se ocupa. Se encuentra con semejantes. El equipo de tres adultos de acogida [...] están, sencillamente, disponibles, a la escucha, y se dirigen a los niños delante de los padres”** (Doltó, 1985:344-345).

No es un taller psicoeducativo sino un espacio donde, lo que se busca, es realizar intervenciones que apunten más a generar interrogantes sobre la relación niñ@-adulto que a transmitir un contenido concreto a través de formas directivas. Es un **espacio de juego y de intercambio de la palabra** donde los niños son los que proponen y los adultos somos quienes vamos acompañando.

“En la Casa Verde, que no tiene equivalente en el mundo, **se practica cada día [...] el hablar verdadero a todo niño de lo que allí le concierne, sea en lo que sus padres dicen, sea en lo que él hace y que significa una contrariedad en su éxito o una difícil prueba en su relación con otro**” (Doltó, 1985:344-345). “Aquello que el niño percibe es puesto en palabras. Hablándole de aquello que la cuidadora, la madre o el padre relatan, de las dificultades con la que se encuentra, o de aquello que observamos como conducta alterada” (Saks, s/d:62).

Al trabajar con niñ@s pequeñ@s, **las intervenciones que se realizan no se dirigen tanto a desarmar sino a destrabar y posibilitar la estructuración psíquica**. En ese sentido, se trata de intervenciones subjetivantes y estructurantes que apuntan a la constitución del sujeto (Janín, s/d). Intervenciones que responden sobre todo a la humanización y subjetivación de los niñ@s, que los reconocen como un otr@ válido a ser escuchad@, con una historia e identidad propia al mismo tiempo que están orientadas a **comprender y escuchar las dificultades de sus cuidadores** (Robles, 2014).

Como dijimos anteriormente, este dispositivo consta de **distintos momentos y espacios**:

✓ **Admisiones de psicología:**

Entrevistas de primera vez donde se recibe la demanda de las familias con niñ@s pequeñ@s, sus familias y/o embarazadas/familias gestantes y donde se evalúa las posibilidades y la conveniencia de cada niñ@ y famili@ para ser incluido en este espacio colectivo contándole cómo funciona el dispositivo, estableciendo el contrato terapéutico, etc. Estas admisiones se realizan en el centro de salud.

✓ **Encuentro semanal con las familias:**



- **Preparación del espacio:** afiche pre-nominación; organización de los distintos espacios y rincones (el espacio para los bebés; el rincón del agua; el espejo con la escalerita; mesas para dibujar, pintar y modelar; el teatrillo con los títeres; los distintos juguetes, etc.). También se incluirá un equipo o una computadora que permita pasar música suave. Se cuenta con cámara fotográfica y/o filmadora que posibilitan el registro visual del encuentro. Esta preparación del espacio se realiza la hora anterior al encuentro.

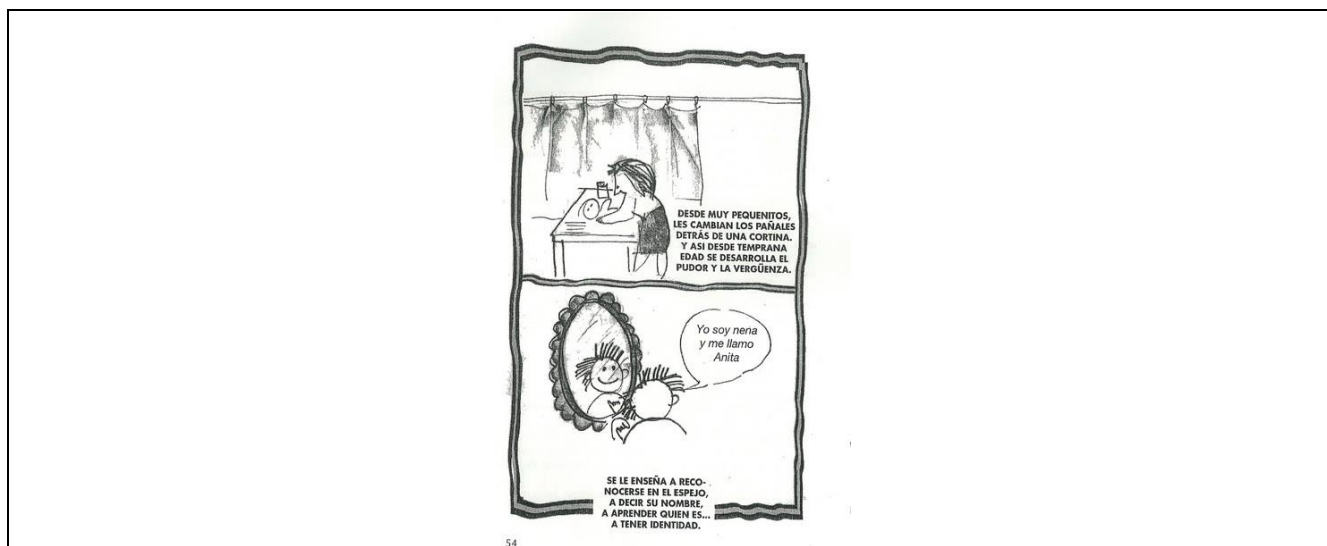


Imagen publicación Fundación La Causa de los Niños, Unicef, Argentina.

- **Encuentro con los niñ@s y las familias:** el abordaje se realiza a través de encuentros con las familias donde la observación e intervención serán en el “aquí y ahora” de la interacción niñ@ – adulto; los momentos de dicho encuentro son: **pre-nominación y bienvenida; desarrollo** (juego, conversación, etc.) **y despedida**. En esta última se realiza un ejercicio con los límites donde, con un pedacito de cinta de la que se usa en el suelo para delimitar los espacios, se le solicita tanto al niñ@ como al adulto que piensen para qué sirven los límites (para orientarse en lo que se puede hacer y en lo que no, para cuidarse, para crecer, para no hacer lo que no debemos, para hacer mejor lo que está bueno que realicemos, etc.) y elija un lugar de su propio cuerpo y del cuerpo del otro lo pondrían y por qué/para qué.



Imagen publicación Fundación La Causa de los Niños, Unicef, Argentina.

- **Reunión de equipo:** se guardan los elementos de trabajo y se ordena el espacio; se realiza el registro de lo sucedido, la evaluación de lo observado en los niñ@s y las familias y de las intervenciones realizadas por el equipo; y se planifican próximas intervenciones (para el próximo encuentro o durante la semana). En función de ser más minuciosos en el registro del trabajo con los niñ@s y las familias, y previa autorización de los mismos, se toman fotografías y se realizan filmaciones.

✓ **Entrevistas individuales y/o vinculares:**

Acompañan permanentemente la participación de los niñ@s y familias en el espacio colectivo, sobre todo en los momentos donde se evalúa desde el equipo que dichas entrevistas son necesarias para reforzar el trabajo psicoterapéutico que se viene realizando desde el espacio de encuentro semanal o cuando las familias así lo solicitan.

✓ **Articulaciones interdisciplinarias e interinstitucionales:**

Con profesionales de otras disciplinas que trabajan en el centro/sistema de salud o con profesionales o miembros de otras instituciones (escuelas, jardines, juzgados, etc.) cuando dichas articulaciones se consideren convenientes. Aquí cabe mencionar las articulaciones que se realizan con las instituciones que facilitan tanto los espacios físicos donde funciona la experiencia –en el caso de Casita Parque Industrial, la Biblioteca Julio Cortazar y el Centro de Formación Profesional n° 2- como también con aquellos que facilitan algunos de los materiales con los que se trabaja –Taller Didáctico dependiente del Consejo de Educación de Neuquén-.



Reuniones mensuales del equipo y super/co-visiones¹⁹:

El equipo de trabajo mantiene una reunión mensual de lectura de material teórico y co-visión colectiva y realiza super-visiones con profesionales externos.

- ✓ **Encuentros entre distintos equipos que desarrollan la experiencia de Casa Verde y Casa Arco Iris** (dentro y fuera de la Provincia del Neuquén):

En octubre de 2013 y en noviembre de 2016 se hicieron jornadas de trabajo entre los distintos equipos de Casas Arco Iris de Neuquén.



En 2011, 2014 y 2015 se concretaron también encuentros y espacios de supervisión entre los integrantes de Casa Verde Pergamino (Provincia de Buenos Aires), Casa de las Palabras (Santiago de Chile) y Casa Arco Iris (Neuquén).



¹⁹ Preferimos usar este término antes que el de supervisión porque implica una relación más horizontal entre el equipo de trabajo y el profesional externo que ayuda a reflexionar sobre los distintos casos y situaciones.

8. PRESENTACIÓN DE SITUACIONES CLÍNICAS Y ARTICULACIONES TEÓRICAS

A continuación, presentamos tres grandes apartados:

1. Motivos de consulta y/o situaciones en relación a las cuales se interviene en el dispositivo que analizamos
2. Análisis de Situaciones Clínicas:
 - Humanización de la gestación y el nacimiento: la historia de Marcos
 - El juego como estructurante del psiquismo: la historia de Lucía
 - El Abuso Sexual Infantil como situación traumática: las historias de Lucas y Federico
3. Intervenciones subjetivantes y estructurante con niñ@s y sus familias

8.1. MOTIVOS DE CONSULTA Y/O SITUACIONES EN RELACIÓN A LAS CUALES SE INTERVIENE²⁰

A partir de un seguimiento sistemático de lo registrado en las historias clínicas de los distintos niñ@s y familias, podemos decir que los motivos de consulta y/o situaciones en relación a los cuales fueron incorporados dichos niños y sus familias a Espacio Arco Iris y Casita Parque Industrial fueron los siguientes: trastornos de la conducta, situaciones de violencia familiar (física y psíquica), dificultades en la puesta de límites, retraso madurativo, dificultades en el lenguaje, enuresis secundaria, dificultades en la ingestión de alimentos, trastornos del desarrollo, regresiones ante el nacimiento de hermanitos, signos de falta de estructuración subjetiva, duelos por la muerte de algún familiar cercano, dificultades para realizar tareas escolares (concentración, iniciar y terminar una tarea, etc.), separación de los padres, miedos y fobias, dificultades de los niños para separarse de los papás, celos y rivalidades entre hermanos, situaciones de migración familiar, trastornos en el lenguaje de origen emocional, agresividad, co-lecho, situaciones de migración (desde otras provincias y desde países limítrofes), retraso madurativo, hiperactividad, sobreprotección situaciones de violencia familiar y abuso sexual infantil.

Esta clasificación inevitablemente arbitraria –porque, como dice Mannoni (2003:93), “*el lamento paterno recubre a menudo síntomas más serios, o al menos, diferentes a los que motivan la consulta*”- muestra una **multiplicidad de motivos de consulta y/o situaciones**. No obstante, **lo que está presente y se repite en la mayoría de las situaciones familiares** en relación a las cuales se interviene **es la presencia de algún tipo de violencia en los vínculos**, ya sea física, psíquica o de ambos tipos: “*muchas situaciones de violencia donde los niños son víctimas o testigos de la misma; situaciones de abuso*” -decía una de las responsables del equipo- (Parra, 2013). Resultado de esta situación que se volvió a repetir en la experiencia de Casita Parque Industrial fue que surgió el Proyecto de Investigación “Casita Parque Industrial: para que la existencia de los hijos sea bonita. Evaluación Comprensiva de una Estrategia de Asistencia y Prevención de la Violencia. Período 2013-2015”²¹.

Una **distinción clave** aquí será aquella entre “*el síntoma que tiene valor de mensaje (y que debe ser escuchado en el transcurso de un psicoanálisis); y el síntoma que no tiene valor de mensaje y que puede ser re-educado sin perturbar al sujeto en su relación con el mundo*” (Mannoni, 2003:118).

8.1.2. Presentación de situaciones clínicas²²

8.1.2.1. Malena

El **motivo inicial de consulta** fue su enuresis secundaria, la fobia a un tío y su “mal carácter” (berrinches, manipulación, etc.). La **familia** de M. estaba compuesta por la mamá, el papá, un hermano de 6 años y ella que tenía 3 años al momento de iniciar el tratamiento.

Una **apreciación general de la situación** mostraba un papá muy ausente que dejaba toda la responsabilidad de la crianza a su esposa y que no le daba tanta importancia a “*los miedos*” de su hija; una mamá que se pasaba todo el día con los niños (¿de allí la fobia como un llamado al padre?); una relación de la madre hacia M. que seguía una lógica de

²⁰ Apartado basado en el trabajo final individual de la Asignatura Psicopatología II de la Carrera de Especialización en Psicoanálisis con Niños y Adolescentes (UCES). Docentes: Felisa L. de Widder y Claudia A. de Rabinovich

²¹ Financiado con una Beca Ramón Carrillo- Arturo Oñativia. Comisión Nacional Salud Investiga.

²² Siguiendo a Marisa Punta Rodulfo, preferimos utilizar la terminología “situaciones clínicas” en lugar de viñetas clínicas.

"todo" (pegoteo) "o nada" (de contención); y una rotulación desde la madre de M. como "la niña mala" y de su hijo como "el hijo perfecto con el que nunca habían tenido problemas".

En la etapa anal "se asocian a la madre emociones contradictorias: es el primer descubrimiento de una situación de ambivalencia" (Doltó, 1974: 29). En este marco, el mal carácter de M. podría pensarse desde las características mismas de la etapa anal: "por la conquista de la disciplina de los esfínteres el niño descubre también la noción de su poder y de su propiedad privada: sus heces, que puede dar o no, según quiera. Poder autoerótico por lo que se refiere a su tránsito intraintestinal y poder efectivo sobre su madre, a la que puede recompensar o no" (Doltó, 1974:30). En esta etapa, el control de esfínteres, equivale al control de los instintos (Sperling, 1993:13) y "si se investigan más de cerca estos miedos se revelan como una proyección de los propios impulsos sexuales y agresivos dirigidos contra el padre o los hermanos rivales" (Sperling, 1993:100).

Asimismo Sperling agrega (1993:188), "llegué a considerar las fobias como una neurosis relacionada con la etapa anal del desarrollo instintivo y, aún más específicamente, de la tapa sádico-anal. Una nueva versión de los primitivos conflictos acerca de la separación se presenta en la etapa anal del desarrollo (aproximadamente entre el año y medio y los tres años). El equipo motor necesario para la separación activa –la posibilidad de alejarse andando de la madre- se desarrolla durante esta etapa, cuando el conflicto de ambivalencia acerca del instinto anal se encuentra en su punto culminante". Así, la fobia de M. puede entenderse en el marco de una ansiedad de separación respecto a su madre, separación que es posible en esta etapa ya que, hasta ese momento, durante la etapa oral, la niña tenía una dependencia pasiva respecto a su madre.

En suma dirá Sperling (1993:123) "la significación más profunda de la relación fóbica [...] es mantener el vínculo infantil con la madre por siempre". Y agrega: "parece probable que la angustia de separación sea tan intensa en las fobias infantiles porque la separación significa inconscientemente la muerte de la madre y, a su vez, también la del niño" (1993:144).

Sperling (1993:277): "el control voluntario de la micturición es una costumbre sancionada por la ley y no una necesidad orgánica. [...] la formación de la conciencia se basa en la aceptación y la interiorización de los deseos de los padres, como también, de sus prohibiciones e interdicciones. [...] En todo caso de enuresis, pues, debemos preguntarnos más bien qué ha salido mal en el entrenamiento y el desarrollo emocional del niño en el momento en que se aprende el control de los instintos, que cuál sea el daño orgánico que padezca". Y agrega, "la enuresis es en realidad el (mal) uso de una función fisiológica normal por motivos psicológicos, es decir, para lograr satisfacción de necesidades instintivas de naturaleza sexual y agresiva" (1993:285). Asimismo, desde la perspectiva doltoniana, podemos decir que "toda fobia corresponde a imágenes parciales arcaicas que utilizan pulsiones del sujeto actual que él no conoce como suyas, y que se proyectan en el mundo circundante" (Gelbert, 2014).

Las intervenciones psicoterapéuticas desarrolladas estuvieron orientadas a: ayudar a que M. y su mamá pudieran separarse a la vez que la mamá pudiera acompañar y contener más a la niña en algunas situaciones en que ésta se desbordaba (apuntalar el proceso de separación/individuación); promover el sostén de esta mamá hacia su hija en función de que pudiera acompañarla/contenerla más en sus miedos, en sus enojos, en sus berrinches, etc. sin dejar, por ello, de poner límites a ciertas conductas de manipulación de M.; promover que M. y su mamá pudieran jugar juntas; contribuir a que la mamá comprendiera lo que significaba para los niños en general y para M. en particular algunos cambios (que ella empezara, por ejemplo, a trabajar) y la necesidad de acompañar y "poner palabras" a estas vivencias; poner en cuestión la dicotomía "nena mala" (M.) y "nene bueno" (su hermano) a partir de ir marcando las dificultades que también se observaban en E., hermano de M. con quien la mamá insistía que "nunca había tenido problemas" y de destacar "lo que M. sí podía hacer bien"; contribuir al establecimiento de límites claros y firmes de parte de la mamá hacia la niña y ayudar a que todos los miembros de la familia pudieran sostener los límites sin estar cambiándolos todo el tiempo de sitio (que era lo que sucedía al final de cada encuentro semanal cuando se proponía el ejercicio de los límites); destacar el carácter de sujeto de la niña y la importancia de la palabra, de hablarle, de explicarle las cosas; incentivar a que la mamá intercambiara más con otras mamás algunas vivencias y motivar a la mamá a que tenga momentos y actividades propios en los que no esté a cargo del cuidado de los niños (proceso de separación/individuación). En relación a esto último es importante señalar que, para Doltó, la madre no debería estar consagrada a su hijo, sino más bien orientada hacia (y por) el sujeto deseante que es él.

Prosiguiendo con la descripción de nuestra intervención, la misma estuvo orientada a ayudar a M. a despegarse de su mamá, animarla a que ella pueda hacer cosas sin su mamá aunque siempre o generalmente le pidiera ayuda; trabajar con la mamá la idea de que los chicos "son" (de determinadas maneras) en función también del ambiente y las personas

significativas que están a cargo de su crianza; señalar al papá la importancia de su rol en la crianza de los hijos y en el logro de la separación entre la mamá y los niños.

Respecto a la intervención a descentrar a M. como "la paciente designada" podemos mencionar una metáfora que usaba Pichón Riviere cuando decía que "cuando en una familia hay un epiléptico, todos tienen que tomar anticonvulsivantes". En ese sentido, en esta familia fue necesario operar un trabajo modificador en función de repartir la enfermedad y que no fuera uno el que se llevara todo el paquete. Así, podemos decir que cuando una familia consulta, siempre hay una escisión entre sanos y enfermos, una organización dualista donde el "paciente designado" queda del lado de los enfermos. Cuanto más grave es la familia y el paciente, más grave es la escisión la cual, si se rigidiza, es muy complicado.

Es pertinente también aquí la observación que hace Sperling (1993:69) acerca de que, en la etapa anal, "es necesario procurar gratificaciones sustitutas y desahogos a los impulsos erótico-anales y sádico-anales estimulando la actividad física y juegos adecuados tales como manchar, amasar con barro, desgarrar, cortar, colorear, etcétera. Es también necesario aconsejar a las madres que no sean demasiado perentorias en sus exigencias de limpieza y orden". Esto porque, si bien no estaba demasiado explicitado, la mamá parecía como poco permisiva a este tipo de actividades de la niña y como poco requerida, desde su hijo mayor, de haber tenido necesidad de permitir las.

A partir de estas intervenciones, **los cambios** que pudimos observar fueron los siguientes: M. dejó de hacerse pis; aunque con vaivenes, la niña tenía menos "miedos" o éstos eran menos frecuentes o exagerados (se pudo, por ejemplo, empezar a hablar frente a ella de algunas personas sin que empezara a llorar y a decir "no, no..."); M. había empezado a reírse más (al principio estaba seria todo el tiempo); la mamá podía sostener un poco más a M. en sus enojos y berrinches; la mamá había empezado a incorporar con más firmeza que era ella quien debía poner los límites en lugar de preguntarle a los chicos dónde ponérselos; dichos límites, además, pudieron ser más firmes y no cambiar todo el tiempo de lugar; se fortaleció el proceso de separación mamá-niña; la mamá pudo visualizar que M. no era la única hija que tenía problemas ni que era "todo problema" sino que E. también tenía algunas dificultades (descentrar al paciente identificado); M. pudo ir internalizando algunos límites y explicitando dónde y para qué quería ponerse algunos límites (en la boca para no decir malas palabras, por ejemplo).

Sperling (1993:270) dice que, "en tanto la enuresis continúa, los impulsos sexuales y agresivos hallan alivio de ese modo y no surgen en el análisis". A partir de esto, podríamos pensar que la inclusión en el dispositivo terapéutico posibilitó algo de esto. Como sostiene la mencionada autora (1993:270): "El rasgo común de todos los enuréticos y los caracteres impulsivos es su escasa tolerancia a la tensión de los instintos y la urgencia con que tienen que liberar esta tensión en la realidad". Y agrega, "el objetivo del tratamiento es lograr que el niño pueda disponer de esas energías (impulsos sexuales y agresivos) para que pueda utilizarlas de modo socialmente aceptable y constructivo para sí en el curso de las actividades de la vida" [...]. En ese sentido el tratamiento "debe centrarse en el entrenamiento del control de los instintos" (1993:286).

Quizás los berrinches de M. puedan entenderse desde las siguientes ideas: "el niño alcanza ahora un desarrollo neuromuscular muy satisfactorio, que crea en él la necesidad de la libre disposición de sus grupos musculares agonistas y antagonistas y le da en adelante la posibilidad de imitar al adulto no solamente en sus palabras sino en todos sus gestos. Es activo, gritón, brutal, agresivo con objetos y no sólo con los que están a su alcance, como en la etapa oral, sino aquellos que agarra y que desgarrar, golpea, tira por tierra, como si encontrara un placer malicioso en ello, acentuado por lo demás desde que se da cuenta de que esto puede molestar al adulto en mayor o menor medida. Se ha logrado la identificación. Si le complace molestar y golpear es porque ama al adulto. La ambivalencia aparecida al final de la etapa oral se consolida" (Dolto, 1974:31). Me pregunto cuánto de todo esto la mamá podía soportar/acompañar/contener en M.

8.1.2.2. Leonardo



El **motivo inicial de consulta**: retraso madurativo y retraso motriz; enuresis; dificultades en el lenguaje; emisión de sonidos guturales en el jardín; babeo; y dificultades para comer (había muchos tipos de comidas que no comía). La familia estaba compuesta por la mamá, el papá (más joven que la mamá), un hermano adolescente y L.

Una **apreciación general de la situación familiar** mostraba: una mamá que había iniciado un proceso psicoterapéutico individual y que fue haciendo un cambio muy grande, dándose más espacio ella como mujer; una mamá muy preocupada por el "desarrollo normal" de L.; una mamá que fue dejando de sobreproteger tanto a su hijo L.; y un papá más joven un tanto ausente.

Las **intervenciones psicoterapéuticas desarrolladas** estuvieron orientadas a: relacionar las conductas y actitudes de L. con las conductas y actitudes de los adultos; favorecer que L. pudiera hablar (y no que la mamá hablara por L.) y que los adultos lo pudieran escuchar; hacer hincapié en los avances positivos de L.; habilitar la expresión de sentimientos por parte del niño; ayudar a unificar criterios entre los adultos respecto a la crianza de L. (ya que había ciertos desacuerdos entre el papá y la mamá); cuestionar ciertas etiquetas y rótulos que se le habían puesto a L. (en la infancia los diagnósticos se escribe con lápiz); ayudar a que la mamá y el papá pudieran acompañar más a L. en algunas cosas sin sobreprotegerlo; aumentar la capacidad de espera de L. y la capacidad de tolerancia a la frustración; bajar el nivel de exigencia hacia L. desde la idea de que cada chico tiene sus tiempos, sus potencialidades y sus dificultades; apuntalar la autonomía de L. (no que la mamá haga por él las cosas que él ya puede hacer por sí mismo) aunque esto implique más paciencia de los adultos hacia él y un desprendimiento mayor de la mamá hacia L.; poner palabras, en lugar de golpes, a las situaciones conflictivas (intermediación de la palabra); señalar/diferenciar que algunas "descargas" hechas con L. (gritos, retos, etc.) tenían más que ver con los conflictos entre los adultos que con él (discriminar lo que tiene que ver con el niño de lo que se relaciona con los adultos); ayudar a la mamá a que sostenga los límites; y ayudar a discriminar al niño de su mamá (proceso de separación-individuación).

A partir de las intervenciones anteriores, **los cambios** que pudimos observar fueron los siguientes: L. empezó a estar más desenvuelto en su vida cotidiana (visitar amigos, conversar, etc.); hubo más palabras para comunicarse y menos golpe; y dejó de hacerse pis. El niño fue adquiriendo entonces su lugar en las conversaciones que se daban en el hogar, fue adquiriendo un lugar.

"La palabra se inscribe en ese universo mágico en el que el niño se va diferenciando y a la vez intenta anular las diferencias. En ese sentido, la palabra separa y liga. Nombrando a la madre, la tiene mágicamente, a la vez que la posibilidad de nombrarla supone el establecimiento de una distancia" (Janín, s/d). En la situación de L. parecía, al principio, que no había separación entre él y su mamá. Yo le preguntaba algo al niño, él miraba a su madre y contestaba la madre por él. Una mamá muy apegada a su hijo, muy sobreprotectora, muy asustada por enfermedades que había padecido en su embarazo y que tenían un antecedente genético-familiar. Fuimos trabajando este punto a través de las sesiones. A medida que fuimos avanzando en el proceso terapéutico, esta situación se fue modificando.

Al inicio del tratamiento, esta mamá parecía no estar nunca ausente. No posibilitaba así la ausencia que hubiera permitido a su hijo recuperarla a través de la palabra. *"Para que un niño hable tiene que haber alguien con quien se identifique y cuyos sonidos repita. Pero ese alguien tiene que poder estar ausente para que el niño intente recuperarlo con la palabra"* (Janín, s/d).

"Aquella que le dá el lenguaje como don, como le da caricias, besos...denuncia la falla de ese lenguaje infantil y posibilita entonces la adquisición del lenguaje como sistema de normas regladas, leyes que preexisten al niño. Esto supone una apertura de ese vínculo narcisista"(Janín, s/d). En este caso el vínculo narcisista entre madre e hijo parecía ser muy fuerte. La presencia del padre –al cual la mamá calificaba como un niño más- era más bien débil.

Como mencionamos en el caso de Malena, Sperling (1993:270) sostiene que, *"en tanto la enuresis continúa, los impulsos sexuales y agresivos hallan alivio de ese modo y no surgen en el análisis"* De lo contrario, *"la persistencia de la enuresis es un impedimento para la tarea terapéutica"* (Sperling, 1993:270). A partir de esto, podríamos pensar al igual que en el caso anterior que la inclusión en el dispositivo terapéutico posibilitó algo de esto.

8.1.2.3. Tiziana

El **motivo inicial de consulta**: derivada del jardín 44 porque *"no iba al mismo ritmo que los otros nenes"*; ¿retraso en el desarrollo?; falta de concentración; imposibilidad de iniciar y terminar una tarea; babeo; se chupaba el dedo; la mamá decía que se enojaba mucho en algunas situaciones (¿rigidez?) y que no podía esperar.

La **familia** estaba compuesta por su mamá, su papá y un hermanito menor que tenía dos años. En el transcurso del tratamiento la mamá queda embarazada y nace otro hermanito varón. La mamá estaba todo el tiempo en el hogar a

cargo del cuidado de los niños y el papá trabajaba casi todo el día fuera como ayudante de albañil compartiendo poco tiempo con los niños.

Una **apreciación general de la situación familiar** mostraba: una mamá que miraba mucho al hermanito menor de T. y prestaba poca atención a la niña; una niña que, además de las dificultades mencionadas, no sabía defender su espacio ni expresaba en ningún momento agresividad; una niña que, durante el tratamiento, quedó en parte capturada en el mirarse y reconocerse en el espejo.

Las **intervenciones psicoterapéuticas desarrolladas** estuvieron orientadas a: ayudar a que la mamá mirara más y "estimulara" más a T. (leyéndole cuentos, haciéndole masa con sal como en el jardín para que modelara, sacándola a la plaza y acompañándola a subir a los distintos juegos, ayudándola a comenzar y terminar una actividad, etc.); sugerir algunas interconsultas médicas para descartar dificultades físico-orgánicas (oculista, por ejemplo, ya que T. se acercaba mucho los objetos a la cara para poder mirarlos); pedirle a la mamá que hablara correctamente delante de T. para ayudar a que ella pronunciara bien las palabras en lugar de hacerlo de manera infantilizada; trabajar para que la mamá pudiera escuchar más a T. (a ella le gustaba que le dijeran T..., por ejemplo, pero la mamá le decía por su nombre completo); ayudar a T. a que pidiera las cosas (los juguetes, por ejemplo) utilizando la palabra en lugar de sacarlas de la mano de los otros nenes (pura acción); señalar las cosas que T. sí podía hacer reforzando así sus potencialidades; contribuir a que cada uno de los hijos de esta mamá fuera pensado y sentido con sus características propias (eje identidad); acompañar a la mamá en lo que implicó que la escuela especial evaluara a T. para ver si necesitaba algún tipo de apoyo específico (sostener a los que sostienen); poner palabras a la ausencia del padre que, aunque vivía con ellos, no compartía casi momentos ni se hacía cargo de la crianza de sus hijos; poner palabras a la soledad en la que se encontraba la mamá en la crianza de sus hijos; legitimar su "pedido de ayuda". En relación al bebé que la mamá estuvo esperando en el transcurso del tratamiento: hablar con la verdad del bebé que viene; incluir al bebé desde la panza dándole la bienvenida sobre todo por que R., el hermanito menor de T. sentía celos por la llegada del bebé; ayudar a que la mamá se cuidara e hiciera todos los controles durante el embarazo (el odontológico, por ejemplo).

"La mala organización temporo-espacial, la incoordinación psicomotora del sujeto no exigen en forma automática una re-educación. Puede suceder que ese sea el único modo de expresión del niño: vea –parece decirnos- este cuerpo que no me pertenece. Yo no lo controlo y poco me importa entonces mi posición en un punto dado el espacio. Vivo sin puntos de referencia. La brújula, la tiene mi mamá. ¿Qué desea mi madre? Esa es la pregunta que parece plantear, pero la responde prohibiéndose la motricidad" (Mannoni, 2003). En este caso, consideramos que -al menos en parte- las dificultades de T. respondían a una falta de mirada y de acompañamiento por parte de la madre.

En el mismo sentido podemos citar las palabras de Janín (s/d) cuando sostiene que es *"el vínculo con otros, que son los que van a posibilitar la constitución de circuitos cada vez más complejos [...] es en el vínculo con el semejante que el niño aprende a discernir, comienza a armar juicios, puede ir diferenciándose del otro y a la vez reconociéndose como un otro humano. Es en la medida en que el prójimo lo trate como tal, como alguien a cuidar, amar, educar, es decir, como a una persona, que no es simplemente un cuerpo, que tiene un nombre y ocupa un lugar en las fantasías e ilusiones de los otros, que él va a poder reconocerse como alguien (ya no sólo una boca, o una mano) y va a representarse a sí mismo como totalidad"*.

Si bien T. parecía tener algunas dificultades de base, había también una falta de mirada desde la mamá hacia ella que acentuaba dichas dificultades. Esa falta de mirada de la madre fue lo que intentamos trabajar en el proceso terapéutico y es la dimensión psicoanalítica de la situación que intentamos abordar.

"La adquisición del lenguaje es fundamental, ya que es aquello que, siendo un don materno-paterno, le posibilita al niño conectarse con el resto del mundo, socializarse y separarse de sus padres" (Janín, s/d). En el caso de T., al inicio, la adquisición del lenguaje era rudimentaria, mínima. Luego fue aclarándose, organizándose.

A partir de las intervenciones anteriores, **los cambios** que se fueron observando en T. fueron los siguientes: pudo concentrarse más para realizar algunas actividades (dibujar, modelar, armar rompecabezas); pudo comenzar y terminar este tipo de actividades; pudo empezar a hacer más cosas en general si se la acompañaba y su mamá pudo acompañarla; pudo empezar a defender su espacio mostrando cierta agresividad; sus dibujos empezaron a aparecer como más estructurados; la mamá pudo empezar a mirar más a sus dos hijos y a ser "más justa" con los dos porque al principio sólo defendía al hermano menor de T. por ser el más pequeño.

En relación a estos cambios podemos decir que, al inicio del tratamiento, las acciones de T. eran muy simples y un tanto rígidas. Luego, las mismas se fueron complejizando y flexibilizando, abriéndose a otras posibilidades y opciones. Pero... ¿cómo saber si hay un retraso en el desarrollo? ¿cómo se mide el retraso? Doltó sostiene que *"...no hay mejor criterio objetivo del desarrollo humano que el criterio afectivo, es decir, el comportamiento del individuo en relación con*

los objetos de su amor. Para dar un nombre a esas épocas sucesivas del desarrollo individual, Freud escogió el que evoca la parte del cuerpo sobre la que se centra electivamente el hedonismo del momento" (Doltó 1974:24). Definió así la etapa oral, la anal, la fálica (estadios pregenitales) y luego la latencia y la etapa genital.

En este caso, el chupeteo como un placer autoerótico de la eta oral, etapa por la cual según la edad cronológica de T., ésta ya no debería encontrarse -aunque las etapas libidinales sean lógicas y no cronológicas- aún persistía. Sin embargo, "si un destete brusco priva al niño del seno materno, sin que haya desplazado todavía su catexis o interés libidinal sobre otros objetos, arriesga quedar fijado a una modalidad oral pasiva (tal como les sucede a los que se chupan el dedo hasta muy tardíamente). En todo caso, esto refuerza su autoerotismo y, al perder su interés en el mundo exterior, se concentra en sus fantasías, arabescos imaginativos, sucesión de imágenes representativas de emociones" (Doltó, 1974:27).

8.1.2.4. Kitty



El **motivo inicial de consulta** fue una derivación del jardín por la hiperactividad de la niña y la preocupación de los padres porque K. era asmática y alérgica.

Su **familia** estaba compuesta por la mamá, el papá y ella. Ambos padres trabajaban en la policía. Una **apreciación general de la situación familiar** mostraba que: ¿había demasiado amor? (a veces el límite en el ejercicio final del dispositivo, K. se lo ha puesto a su mamá o a su papá en el corazón); había una relación muy pegoteada de la niña con su papá donde la mamá no tenía lugar; muchos celos de K. hacia su mamá y muchas agresividad; mucha interferencia de K. en la vida de la pareja, la pareja parental parecía no tener vida más allá de K. (¿o con la excusa de K.?); diferencias importantes entre los padres acerca de cómo manejar los límites respecto de la niña; la nena "no para" (de andar, de moverse, etc.) pero parece que la mamá tampoco para (de comprar cosas, por ejemplo).

Doltó (1974:44), en relación a la etapa fálica dice, "la niña se comporta frente a su padre como una pequeña amante, coqueta, seductora, afectuosa y centrando todo su interés libidinal en él. Se muestra celosa de él, no tiene mayor alegría que la de salir sola con él, la de acaparar su atención y afecto. Ella le confiesa sus maravillosos proyectos, él será su marido, la llevará a una bonita casa y tendrán muchos niños. Pero la triste realidad está ahí, el padre y la madre son el uno para el otro, y aun cuando traten con ternura a su hijo, lo frustran muchas veces mandándolo a jugar con sus juguetes; y el niño se siente impotente para suplantar a su rival". K. estaba en esta etapa pero sus papás no parecían dejar muy en claro que eran el uno para el otro.

Las **intervenciones psicoterapéuticas desarrolladas** estuvieron orientadas a: "ayudarla a parar" a K. cuando parecía no poder; ponerle palabras a las cosas que la enojaban (explicitarle que ya no es un bebé; decirle que los papás "son los que mandan", plantearle que sería conveniente que pudiera dormir sola, etc.); con los papás se fue trabajando la importancia de que fueran ellos quienes organizaran el ambiente y las cosas de K, y no la niña; se insistió en que no durmiera con ellos; trabajar que los papás pudieran ser más firmes y estuvieran cuando pedían o exigían algo a K. (lo que les costaba porque decían que estaban poco tiempo con ella y porque la mamá, en su infancia, "no había tenido nada" y ahora "quería darle todo" a esta hija); señalarles las incoherencias que tenían como papás cuando ponían límites y ayudarles a achicar las diferencias que tenían entre ellos respecto a este punto; trabajar también con ello que K. no era un bebé; "no rotular" a la niña ya que a veces el papá relacionada su hiperactividad con el trastorno bipolar de su hermana (tía de K.) ubicando las dificultades de la niña como destino inmodificable; señalarles que no es (sólo) que la niña "los manda" sino que ellos, como papás, se dejan mandar.

Si bien las dificultades para dormir sola no aparecieron como motivo de consulta inicial de K., el papá solía referirlo con frecuencia en los encuentros. Como dice Sperling (1993:52), "la ansiedad es la causa más frecuente del insomnio en los niños" y creemos que en K. había mucha ansiedad que se manifestaba de diferentes modos, entre ellas en las dificultades para conciliar el sueño en su propia cama. Asimismo, agrega Sperling (1993:62) "la costumbre de llevar a un

niño al lecho parental como modo de restaurar el sueño [...] sirve sólo para procurar una nueva fuente de estimulación excesiva a un niño cuyo sueño alterado de por sí ya indica su incapacidad para manejar sus impulsos agresivos y sexuales. Tiene por efecto agregar leña al fuego. El remedio consiste habitualmente en eliminar la fuente de estimulación excesiva, que a menudo emana de una mezcla de prohibición y seducción parental”.

A partir de estas intervenciones, **los cambios** que se pudieron observar fueron los siguientes: K. pudo empezar a "parar" más; a compartir (los juguetes, los colores, etc.) con los otros chicos y a pedir permiso para realizar determinadas acciones; a no enojarse tanto cuando se le señalaba o se le ponía algún límite y a internalizar de poco dichos límites; ; K. pudo mostrarse "más suave" con su mamá, no tan agresiva o celosa; los distintos miembros de esta familia pudieron diferenciarse más entre ellos en contraposición al inicio del tratamiento en que se los veía a todos muy aglutinados (lo que aparecía, por ejemplo, en cómo K. escribía los nombres de los tres –mamá, papá y hermano...- o en como su mamá describía a la niña hablando de las características que había sacado de cada uno de ellos); los papás pudieron ir poniendo más límites en lugar de ser ella quien les indicara dónde ponerlos.

8.1.2.5. Luana

El **motivo inicial de consulta** fue: distracción y falta de concentración; dificultades en la pronunciación de algunas palabras; agresividad en su comportamiento; y dudas de la mamá acerca de cómo manejar frente a la niña la situación de enfermedad terminal del papá biológico de la niña. Su **familia** estaba compuesta por su mamá, un medio hermano bebé recién nacido (hijo de su mamá y su padrastro), la pareja de su mamá (padre del bebé) y ella. El papá biológico estaba muy enfermo y se había separado hacía tiempo de su mamá.

Una **apreciación general de la situación familiar** mostraba que: era a la mamá a quien le estaba costando elaborar la enfermedad de su ex – pareja al cual consideraba como “el amor de su vida” aunque depositaba este problema en su hija, “¿cómo le digo a mi hija que su papá está enfermo y se va a morir?”; y una niña que expresaba mucho de lo que le pasaba a su mamá dibujando, por ejemplo, un nene y una nena que se estaban casando como si estuviera dramatizando el sueño imposible de su mamá de casarse y vivir con el papá biológico de la niña.

Las **intervenciones psicoterapéuticas desarrolladas** fueron las siguientes: ayudar a diferenciar lo que le pasaba a la mamá con la enfermedad y posible muerte de su ex pareja de lo que le pasaba a la niña (eje identidad) y poniéndole palabras a la situación; dar espacio para que la mamá pudiera ir elaborando su propio duelo; ayudar a que esta mamá pudiera escuchar más a su hija en cosas muy simples: que a veces se quería llevar los dibujos que hacía a su casa, por ejemplo; ayudar a L. y a esta mamá a ver "lo bueno" y "lo positivo" en L. y no todo “lo que no podía” o “hacía mal”; habilitar a la mamá a que pudiera sentirse triste delante de su hija poniendo palabras a esa tristeza en lugar de tratar de disimular lo que le pasaba; ayudara esta mamá a que pudiera ser menos exigente con su hija y a que pudiera respetar sus propios tiempos; contribuir a que la mamá pudiera admitir cierta ambivalencia en relación a su hija a quien, por momentos, parecía reclamarle/exigirle aquello que no había logrado en relación al papá de la niña; contribuir a que L. pudiera seguir teniendo su lugar de hija más allá del nacimiento de su hermanito (ya que por momentos la mamá parecía estar mirando sólo al bebé sin poder mirar también a L.); acompañar a L. y ayudara a que su mamá la acompañe.

A partir de estas intervenciones **los cambios** que se pudieron observar fueron los siguientes: se pudo ir diferenciando "lo que le pasaba a la mamá" de "lo que le pasaba a la hija" (eje identidad); asimismo, se pudo sostener a la mamá en su propio duelo para que, desde allí, ella pudiera sostener a la niña en su propio proceso; se pudo ayudar a esta mamá a darle un lugar a L. más allá de la relación estrecha que mantenía con su bebé.

Como sostiene Mannoni (2003:94), “lo traumatizante no es tanto la confrontación del niño con una verdad penosa, sino su confrontación con la “mentira” del adulto (es decir su fantasía). En su síntoma, lo que él hace presente es precisamente esa mentira. Lo que lo perjudica no es tanto la situación real, como aquello de esa situación que no ha sido verbalizado con claridad. Aquí asume un cierto relieve lo no dicho”. Y agrega, “lo que es peligroso para el niño es la mentira de la madre a sí misma. [...] El niño siempre es sensible a este tipo de mentira. Por otra parte es sensible a todo lo que no se dice” (Mannoni, 2003:125).

8.1.2.6. Fabián

El **motivo inicial de consulta** fueron episodios de autoagresión en el marco de una situación de violencia familiar. La **familia** estaba conformada por la mamá, el hermanito de 10 meses y él. Todos vivían en la casa del abuelo materno y

su esposa. El papá de los niños vivía en otra provincia de donde la mamá con F. y su hermanito habían salido huyendo de la violencia.

Una **apreciación general de la situación familiar** mostraba que F. se había ubicado en un lugar muy protector respecto a su hermanito como si de algún modo se hiciera cargo del cuidado que no podían poner los adultos y que entonces el niño encarnaba; que el niño “hablaba mucho” pero en un lenguaje casi inentendible y que la mamá traducía lo que el niño decía casi todo el tiempo.

“*Los síntomas de estos niños representaban una respuesta a los deseos inconscientes de sus madres*” [...] sabemos que entre madre e hijo existe una especie de comunicación preverbal y que los niños pequeños advierten los cambios de expresión fácil, los matices del tono de voz de las madres, etcétera” (Sperling, 1993:39). En ese sentido consideramos que probablemente, la posición en que se ubicaba F. respecto a su hermano, tenía que ver con el deseo de la madre de proteger a ambos y la imposibilidad –seguramente perceptible por el niño a nivel pre-verbal- de no poder/o tener muchas dificultades para hacerlo

Las **intervenciones psicoterapéuticas desarrolladas** estuvieron orientadas a: orientar a la mamá en relación a la situación de violencia familiar que en la casa paterna estaban volviendo a vivir y a ubicar a F. como niño y no como adulto que protege a su hermanito. Respecto a los episodios de autoagresión podríamos decir, siguiendo a Sperling (1993:74) que “*el niño debe percibir que el analista, a la vez que comprende sus impulsos y la necesidad que tiene de liberarlos, permanecerá a su lado y no permitirá que lo abrumen*”. Aquí adquiere importancia también la palabra como intermediación simbólica, uno de los ejes principales del dispositivo donde estos niños y su madre estaban incluidos.

A partir de estas intervenciones, **los cambios** que se pudieron observar fueron los siguientes: la incorporación de la idea de la “no violencia” – al menos desde lo discursivo - de parte de la madre hacia él disminuyendo las situaciones de violencia (samarreo, por ejemplo). Quizás en este caso, más que en los anteriores, cobra sentido la frase de Diatkine (1990:113) cuando sostiene que “*el entorno familiar es la vez estructurante y vulnerante*”.

8.2. ANÁLISIS DE SITUACIONES CLÍNICAS

8.2.1. HUMANIZACIÓN DEL PARTO Y EL NACIMIENTO: LA HISTORIA DE MARCOS²³

8.2.1.1. La espera y el nacimiento de marcos



Retomaremos aquí la historia de **la familia de Tiziana** introducida en el apartado anterior, **pero para trabajar específicamente las acciones de humanización de la gestación y el parto en torno a la espera de su hermanito y el acompañamiento de todo el primer tiempo del bebé y su mamá** que podemos conceptualizar desde los aportes de Donald Winnicott. T., una niña de cinco años diagnosticada con retraso madurativo que fue derivada a Espacio Arco Iris (Centro de Atención Primaria de la Salud Almafuerte, Zona Sanitaria Metropolitana Neuquén) donde acudía acompañada de su mamá y de su hermanito de 2 años, Ricardo. Ellos asistieron antes y durante el embarazo del segundo hermanito de T. y continuaron yendo durante todo el primer tiempo después del nacimiento de Marcos.

En ese contexto, el trabajo que fuimos realizando desde el equipo tuvo que ver con **empezar a nombrar al bebino²⁴ en el momento de la bienvenida inicial** que se hace en Arco Iris a cada niño: nombrábamos al bebino que venía en el vientre de su mamá no sólo como alguien que acompañaba a T. y a R. sino directamente dándole a él la bienvenida como

²³ El texto original de donde surge este apartado fue presentado como Trabajo Final de la asignatura Problemas Centrales del Psicoanálisis de Niños I de la Carrera de Especialización en Psiconálisis de Niños (UCES). Título: Prácticas comunitarias y subjetivantes en atención primaria de la salud. Intervenciones con niños pequeños, sus familias y familias gestantes.

²⁴ Bebé intrauterino (Pedraza, Marcus y Sanchez, 2006).

a un pequeño más; **preguntábamos también si ya tenía un nombre** -y el por qué de la elección del nombre²⁵- y, **una vez nacido el bebé, lo empezamos a llamar por su nombre.**

Todo esto dio la posibilidad de **ir creando un espacio simbólico para el bebé por nacer**, un espacio simbólico en sus hermanos y en su mamá quienes al principio, la mayoría de las veces, cuando preguntábamos “¿quiénes los acompañan?” se olvidaban de mencionar a este bebé por nacer. Incluso la mamá, cuando apenas supo que estaba embarazada, hablaba en voz baja de esto como no queriendo que sus hijos más grandes se enteraran a pesar de que ella decía estar contenta con su panza. De a poco, el nuevo bebé fue siendo incorporado en la bienvenida, sobre todo por T. y con más dificultad por R. **Fuimos trabajando también la aceptación del nuevo bebé** sobre todo con R. para quien **Marcos**, sobre todo por ser varón, se convertía en una especie de “competidor”.

Trabajamos esto desde la inclusión de M. en la bienvenida y **desde el hablar y el jugar** (haciendo activo lo pasivo) lo que la presencia de este bebé y su espera implicaba para cada uno de los miembros de la familia. En algún momento, por ejemplo, T. eligió un cuento para que le leyéramos donde en sus gráficos había una mamá embarazada con su hijito y donde después aparece el hermanito recién nacido y otros integrantes de la familia. También hablamos con la mamá de qué había pasado con T. cuando nació R. y ella nos dijo que T. se había puesto un poco celosa. En uno de los encuentros R. hizo muchos juegos que tenían que ver con la “caída”, ¿la caída del trono su majestad el bebé ante la venida del hermanito?

Una vez nacido el nuevo bebé, esta familia siguió acudiendo a los encuentros semanales y **allí acompañamos sobre todo a la mamá a poder ir re-organizándose para atender no sólo al bebé recién nacido sino también a sus otros dos hijos.** Esto desde el poner palabras la nueva realidad familiar –y a la difícil situación de la mamá de “tener que repartirse” entre sus tres hijos- y desde acciones concretas como que alguno de los miembros del equipo tomara en brazos al bebé durante los encuentros semanales de Arco Iris para **que la mamá pudiera estar más disponible para sus otros hijos.**

8.2.1.2. Preocupación maternal primaria

En este punto podemos pensar en una mamá tomada por la **preocupación maternal primaria** tal como la describe Winnicott (1956) y una preocupación desde el equipo por combinar este estado normal de locura con cierto grado de atención hacia sus otros hijos. Quizás, en ese momento, nosotros no terminábamos de comprender lo que Winnicott (1956) apunta en la siguiente frase: *“no creo que sea posible comprender el funcionamiento de la madre durante el mismo principio de la vida del pequeño sin ver que la madre debe ser capaz de alcanzar este estado de sensibilidad exaltada, casi de enfermedad, y recobrase luego del mismo”* (Winnicott, 1956).

¿Cómo combinar el estado de locura con la necesidad de disponibilidad de esta mamá hacia su otros hijos teniendo en cuenta no sólo lo que le sucede a la mamá que tiene un bebé sino la intensidad de los sentimientos durante la infancia de los otros niños? Como dice Winnicott (1931:137) -en el escrito *Ejemplo clínico de la sintomatología posterior al nacimiento de un hermano-* *“esos sentimientos son muy intensos, quizás más de lo que puedan experimentar los adultos [...] quizás jamás habiéramos sabido lo difícil que era la vida para este niño en particular si no fuera que el nacimiento de un nuevo bebé provocó un reconocimiento casi inevitable de la realidad”*.

Nuestra preocupación pasó muchas veces por cómo esta mamá de un bebé recién nacido podía, además de atender a su bebé, continuar ocupándose de sus otros hijos, sin comprender quizás del todo este estado especial de la mujer recién parida. Nos surgía entonces la inquietud acerca de cómo puede una mamá garantizar la **continuidad existencial** que procura la **madre suficientemente buena a su bebé** recién nacido cuando también tiene que estar atenta a las necesidades de sus otros hijos los cuales si bien no tienen una **dependencia absoluta** como el bebé tienen aún una **dependencia relativa**²⁶.

En este punto entonces vale mencionar el concepto de **continuidad existencial** y la función de **barrera antiestímulos** que cumple la madre en relación a su bebé. En términos de Melani Klein podríamos decir que, en la vida intrauterina, la

²⁵ El equipo de Zapala, desde su trabajo de humanización del parto y el nacimiento, habla de “propiciar la elección responsable del nombre”.

²⁶ “En el proceso normal, el sostén materno intenta prolongar para el bebé una experiencia del devenir temporal similar al que acontece en la vida intrauterina. En aquel primer hábitat reina un espacio carente de los rigores de la ley de gravedad, e impera un devenir que no posee los apremios del discurrir temporal (sucesión de: “día-noche”, “hambre-espera-saciedad”, “dormir-despertar”, etc.). Al nacer, la madre intenta prolongar para su bebé una existencia consistente en un tiempo sin fisuras ni desniveles. Winnicott llamará a ese discurrir “continuidad existencial”, que es –según sus propias palabras- un “estar siendo”. El carácter inalterado de ese devenir [...] es posible gracias a las funciones maternas que operan como “barrera antiestímulos” que facilita una adecuada constancia en el nivel de excitaciones de su hijo. (Smalinsky y otros, 2009).

pulsión de vida y de muerte están fusionadas y que se defusionan en el parto. La sensación de ahogo y la sensación a la que quede expuesto el niño, hacen que el yo del bebé experimente esto como un ataque de sensaciones que no puede decodificar sino a partir de la función que cumplirá la madre. En ese sentido, Cena (1988) refiere que para Klein el conflicto es inherente a todo ser humano. El yo emerge en medio del conflicto, en la batalla entre las pulsiones de vida y de muerte.

Asimismo, aquí podemos hacer mención a la **relación “continente-contenido”** que la madre establece en respecto a su bebé recién nacido de la que habla Bion. Según este autor, *“el lactante proyecta una parte de su psiquismo, en especial sus emociones incontrolables que funcionan como contenido, en el pecho bueno-continente para recibir las de vuelta desintoxicadas y poder tolerarlas”* (Grinberg, 1973:43). De este modo, *“la función materna tendrá que ver con esta función de recibir, contener y modificar las violentas emociones proyectadas por el niño”* (Grinberg, 1973:44). **Función alfa** de la madre capaz de metabolizar los **elementos betas** del bebé.

“La madre funciona como un continente efectivo de las sensaciones del lactante, y con sus madurez logra transformar exitosamente el hambre en satisfacción, el dolor en placer, la soledad en compañía, el miedo de estar muriendo en tranquilidad” (Grinberg, 1973:65). Es decir, la madre logra transformar los elementos beta en elementos alfa. *“Esta capacidad de la madre –dirá Grinberg (1973:65) tomando los aportes de Bion- de estar abierta a las proyecciones-necesidades del bebé es lo que se denomina **capacidad de reverie** (ensoñación)”*.

Apuntalar la capacidad de reverie de la mamá, el establecimiento de la relación continente-contenido respecto a su bebé, su posibilidad de ofrecerle al niño la continuidad existencial que dona una madre suficientemente buena, etc. fue lo que fuimos realizando desde Espacio Arco Iris. Asimismo, desde este dispositivo, fuimos acompañando a T. y R. a elaborar el nacimiento de su hermanito tanto desde el juego como desde la palabra. Para ello nos basamos en la posibilidad que tienen los niños de proyectarse en todos y cada uno de los juguetes, favorecimos de algún modo la aparición de la escena traumática en función de poder elaborarla y tuvimos presente los signos de angustia sobre los que tanto llamaba la atención Melani Klein como guía de nuestro trabajo. Recordemos que el dolor en Klein enriquece el psiquismo, ayuda a que se realicen una serie de transformaciones, por medio de un trabajo interno de elaboración.



Se hablaba también con la mamá de cómo había sido el parto y de cómo estaban siendo estos primeros tiempos con el bebé (sueño, alimentación, cuidados corporales, etc.). Luego, en algunos momentos, **M. era puesto en el rincón de los bebés** desde donde miraba cómo nos movíamos los que estábamos a su alrededor. La mamá a veces le daba el pecho durante los encuentros. En una ocasión R., el hermanito de 2 años, dice *“tengo hambre”* ¿como queriéndose poner en lugar del bebé al que le estaban dando de comer? En otros momentos, cuando R. se enojaba porque, por ejemplo, no quería que terminara el encuentro, se metía al rincón de los bebés que es un lugar donde él sabe no se pueden meter los niños más grandecitos ¿metiéndose en el rincón de los bebés como si fuera un niño pequeñito como su hermano? Con el transcurrir del tiempo, R. podría empezar a pedir permiso para sacar alguno de los juguetes del rincón de los bebés como reconociendo ese espacio diferenciado y pudiendo ubicarse en el espacio preparado para los niños más grandes.

La mamá comenta que, durante el último tiempo de embarazo no se encontraba muy bien porque la panza le pesaba mucho y que, tras el nacimiento del bebé y después de ver que los hermanos, sobre todo R., *“no le hacían nada”* al peque, estaba mejor. Los primeros días después del nacimiento había estado todo el tiempo cerca del bebé porque tenía miedo que sus hermanos le hicieran algo. Después ya se había quedado más tranquila.

8.2.1.3. Madre suficientemente buena y ambiente facilitador

En este punto toma relevancia nuevamente el concepto de **continuidad existencial** que procura la **madre suficientemente buena a su bebé**. *“En el proceso normal, el sostén materno intenta prolongar para el bebé una experiencia del devenir temporal similar al que acontece en la vida intrauterina. En aquel primer hábitat reina un espacio carente de los rigores de la ley de gravedad, e impera un devenir que no posee los apremios del discurrir temporal (sucesión*

de: “día-noche”, “hambre-espera-saciedad”, “dormir-despertar”, etc.). Al nacer, la madre intenta prolongar para su bebé una existencia consistente en un tiempo sin fisuras ni desniveles. Winnicott llamará a ese discurrir “continuidad existencial”, que es –según sus propias palabras- un “estar siendo”. El carácter inalterado de ese devenir [...] es posible gracias a las funciones maternas que operan como “**barrera antiestímulos**” que facilita una adecuada constancia en el nivel de excitaciones de su hijo” (Smalinsky y otros, 2009).

En ese marco también nos preguntamos con Winnicott (1993:189) “¿qué se entiende por **madre suficientemente buena**? La madre suficientemente buena da satisfacción a la omnipotencia del infante, y en alguna medida también le da sentido”. Una madre suficientemente buena es la que satisface el **gesto espontáneo** del bebé y que, con ello, hace posible la omnipotencia/ilusión del niño pequeño tan necesaria para luego, de a poco, ir viviendo el proceso de desilusión que lo acercará al principio de realidad. Una madre también que, al recibir el gesto espontáneo de su bebé, hace posible el desarrollo del **self verdadero** potencial que está en el niño. Aceptación del gesto espontáneo por parte de la madre que llevará al bebé a desarrollar su self verdadero potencial -“el gesto espontáneo es el self verdadero en acción” (Winnicott, 1993: 193)- así como también a desarrollar su **proceso de integración/personalización** y el sentimiento real de estar vivo.



Se trabajaron también con esta mamá algunas sugerencias provenientes del marco de la Atención Temprana del Desarrollo (ATD) –enfoque muy presente en el centro de salud donde se desarrollaba Espacio Arco Iris- acerca de cómo crear para el bebé un **ambiente facilitador** de su desarrollo en términos de la provisión de un lugar físico adecuado y de objeto pertinentes. Esto último, sobre todo, porque el bebé aparecía un tanto hipotónico y bastante “quieto” a la mirada de las enfermeras, como si pasara mucho tiempo en el carrito o en los brazos de la mamá. Una de las enfermeras decía, “tiene la postura como de estar mucho tiempo en el carrito”.

La **sugerencia** hacia la mamá fue **que pudiera preparar en la casa un espacio en el suelo para que el bebé pudiera moverse de manera autónoma** ya que eso era lo más indicado en esta etapa del desarrollo según el enfoque de la ATD. Un rincón que, por las condiciones habitacionales de la casa, puede ser armado con un cartón en el suelo y una colcha sujeta por los extremos. Incluso se pensó la posibilidad de hacer una visita domiciliaria donde acercarle el cartón a la casa. Según Winnicott (1993:313) el **proceso de maduración** “sólo se produce en el infante individual en la medida que exista un **ambiente facilitador**”. En términos de Aída Sacks (1997) podríamos hablar también de un **ambiente humanizador**, donde circula la palabra como un ambiente apropiado para el niño.

Asimismo, desde Winnicott podemos complejizar el concepto de autonomía que plantea el enfoque de la ATD pensando este **paso desde la dependencia absoluta a la dependencia relativa y luego a la autonomía**: “en un ambiente que lo sostiene suficientemente bien, el bebé puede desarrollarse de acuerdo con las tendencias heredadas. El resultado es una continuidad de existencia que se convierte en un sentido de existir, en un sentido del self, y a su debido tiempo conduce a la **autonomía**” (Winnicott, 1967a).

En ese sentido podemos pensar que “la **dependencia** de la criatura humana es tan grande que ya no puede soslayarse la conducta de quienes representan al ambiente” (Winnicott, 1969:300) y hablar de la dependencia absoluta que tiene el bebé respecto a su mamá/ambiente implica entrar de lleno al campo de las “**influencias mutuas muy tempranas**” (Winnicott, 1969:300).

Procuramos que el ambiente fuera lo más facilitador del desarrollo posible –dentro de las circunstancias que esta familia vivía- de modo que contribuyera a desarrollar una **continuidad existencial** en el bebé. Ambiente facilitador que podemos equiparar a **madre suficientemente buena**.

8.2.1.4. Funciones maternas: el paso desde la dependencia absoluta a la dependencia relativa y a la autonomía

Asimismo, desde Winnicott, podríamos decir que las **funciones maternas** se encuentran relacionadas con un ambiente facilitador que será el escenario donde se propiciarán los **movimientos de sostén, manipulación y mostración**

de objetos en dirección a posibilitar **el paso desde la omnipotencia/ilusión/objeto subjetivo a la desilusión gradual/objeto transicional primero y a , la independencia/objeto objetivo y el establecimiento de un self verdadero después**. En ese sentido, “para estudiar cómo adquiere el bebé humano la capacidad de objetivar, es necesario aceptar que al principio tal capacidad no existe” (Winnicott, 1969:301), aceptar que al principio el objeto es subjetivo.



Asimismo, podemos pensar a partir de los aportes de Winnicott, la importancia de trabajar en este momento del bebé -en el cual éste tiene una **dependencia absoluta**- la **función materna** como posibilitadora del proceso de **omnipotencia/ilusión** y **desilusión** gradual del bebé.

En ese sentido, con esta mamá fuimos trabajando algunas cuestiones relacionadas al **sostén** y al proceso de **personalización**. Winnicott dice que adoptó el término “personalización” como una especie de versión positiva de “despersonalización” entendiendo por esto último “la pérdida de contacto de un niño o paciente con su cuerpo y el funcionamiento de éste”. Unidad de cuerpo y psiquismo como algo no dado sino como una adquisición del proceso de desarrollo.

En relación al **desarrollo del self verdadero**, al buscar la etiología del self falso, Winnicott (1993:188-189) examina la etapa de las primeras relaciones objetales y dice que, “en ella, el infante está casi permanentemente no –integrado, y nunca integrado totalmente; la cohesión de los diversos elementos sensorio-motores corresponde al hecho de que la madre sostiene al infante, a veces físicamente, y de modo permanente en términos figurados. Periódicamente el gesto del infante expresa un impulso espontáneo; la fuente del gesto es el self verdadero y ese gesto indica la existencia de un self verdadero potencial. Tenemos que examinar el modo como la madre satisface esta omnipotencia infantil revelada en un gesto (o agrupamiento sensoriomotor). He vinculado la idea del self verdadero con el gesto espontáneo. La fusión de la motilidad y los elementos eróticos están en proceso de hacerse real en este período del desarrollo del individuo”.

En algunos momentos veíamos que la mamá se ponía como muy exigente con el bebé en términos de los logros que este debía ir alcanzando en su desarrollo. Quizás, el miedo por el cierto “retraso madurativo” de la hermana mayor del bebé, hacía estar a esta mamá mucho más alerta. En este punto, **trabajamos desde el eje de identidad** marcando que cada niño tiene sus tiempos y que, si bien está bueno estar atentos, no es bueno mirar a este bebé desde el miedo por lo que pasó con su otra hija.

En ese sentido cabe mencionar algo que señala Winnicott (1967:74) y que es “el enorme problema que enfrenta toda madre para adaptarse a las necesidades de su criatura. Tiene que hacerlo por su cuenta, porque no hay dos bebés que sean iguales, y en todo caso tampoco hay dos madres iguales, y una misma madre no es la misma con cada uno de sus hijos”. La tarea de ser madre debe ser algo que cada mujer conozca desde un nivel más profundo e implica un alto grado de identificación con el bebé.

Así, **apuntalar este sostén materno no desde una postura educativa de “dar buenos consejos” sino desde un análisis más profundo de las potencialidades -y de las eventuales dificultades- de la mamá, también fue parte de nuestro trabajo.** De este modo, y a diferencia de otras orientaciones teóricas y de intervención, creemos que de lo que se trata, es de pensar el sostén no como una técnica de puericultura o de Atención Temprana del Desarrollo, etc. sino como la función materna que hace posible –o no- el sentimiento de existencia del bebé, su continuidad existencial y la emergencia del self verdadero.

En relación a este punto, si bien Anna Freud en su texto “Psicoanálisis del Niño” menciona repetidas veces la **actitud pedagógica** del analista de niño (1927:100) y habla de una labor analítica pero también pedagógica (1927:98-97) sosteniendo que “el analista reúne en su persona dos misiones difíciles y, en realidad, diametralmente opuestas: la de analizar y educar a la vez, es decir, permitir y prohibir al mismo tiempo, librar y volver a coartar simultáneamente” (Freud, A. 1927:80), nosotros preferimos diferenciar estas dos labores en nuestras intervenciones y **apostar por un trabajo que profundice la dimensión terapéutica de lo que hacemos.**

8.2.1.5. Sostén y trauma

Más adelante, se acompañó a esta mamá y a sus hijos en el proceso de separación que había decidido concretar en relación al papá de los niños. Su esposo era el papá de los tres niños pero los dos primeros años después del nacimiento de T. no había vivido con ellas. La mamá fue preguntando/preguntándose cómo contarle a sus hijos esta situación y preguntando/preguntándose si les afectaba. Fuimos pensando con ella estos interrogantes que se hacía. Se la veía atenta e interesada en escuchar a sus hijos y con actitud de hablarles y explicarle las cosas aunque, al mismo tiempo, siempre reconocía la necesidad de tener más paciencia con ellos explicitando que a veces les gritaba demasiado.



Podemos pensar a esta situación familiar de separación de los padres como un ambiente traumatizante para los pequeños. El **trauma** es entendido, desde Winnicott (1969:308), como *“aquello ante lo cual el individuo carece de defensas organizadas, y por ello le produce un estado confusional, seguido quizás por una reorganización de las defensas –defensas más primitivas que aquellas que fueron suficientemente buenas antes de que se produjera el trauma–”*. Acompañar este momento, sostener a la mamá por ella y en función de que ella pudiera sostener a sus hijos, fue parte de nuestra intervención.

Trabajar la función de sostén de esta mamá en relación a sus hijos para que ellos pudieran vivir una continuidad existencial que aparecía amenazada, de que no se sintieran al borde de una caída infinita y de que pudieran desarrollar algún grado de confiabilidad en el ambiente. Asimismo se trabajó para que esta mamá pudiera funcionar como yo auxiliar de su bebé y para que pudiera dar lugar a su experiencia de **mutualidad**: *“yo auxiliar de la madre que (según mi teorización) fortalece el yo del infante si y sólo si ella es capaz de desempeñar su parte especial en ese momento. Esa parte es temporaria y corresponde a una fase especial”* (Winnicott, 1993:219).

8.2.1.6. El trabajo con los bebés y sus mamás como un aporte a la prevención y promoción en salud mental

Lo primero que quiero decir es que, al analizar esta situación clínica, me quedé impactada por **el carácter preventivo y de promoción de la salud** que tiene Casa Arco Iris a nivel de salud mental. En ese sentido Winnicott (1993:306) señala que *“la salud mental del individuo en cuanto ausencia de enfermedad psicótica reposa sobre los cimientos tendidos conjuntamente por el infante y la madre en las etapas muy tempranas del crecimiento y cuidado del infante”*. Y agrega, *“en el curso de esas primeras semanas, meses o años, el infante también adquiere capacidad para relacionarse con objetos, pasa a habitar su propio cuerpo y su propio funcionamiento corporal, experimenta un sentimiento de ‘yo soy’, y se prepara para enfrentar todo lo que llegue”* (Winnicott, 1993:313).

Lo segundo es que, analizar esta situación, me permitió reflexionar sobre la importancia de que Arco Iris sea un **espacio vincular-familiar**. *“El bebé no existe”* –dice Winnicott desde una de sus paradojas- y precisamente Arco Iris está pensado no sólo desde el sentido de que los bebés no existen ni pueden ser entendidos como una individualidad sino desde la idea de que los niños pequeños tampoco pueden ser pensados –ni intervenidos- por fuera de las relaciones más significativas de las cuales dependen no ya quizás en términos absolutos –como en el caso de los bebés- sino desde un estado de dependencia relativa.

Como dice Winnicott (1969:301) *“la idea de un individuo relativamente independiente del medio (una de las mayores contribuciones psicoanalíticas) habrá de ser modificada, e incluso abandonada. Cuando se dice que un bebé es dependiente –y al comienzo lo es absolutamente- se deduce que el ambiente no puede ser sino significativo, ya que constituye una parte del bebé. Un bebé no es simplemente lo que uno puede postular evaluando el potencial del bebé. Un bebé es un fenómeno complejo, que incluye ese potencial pero también el ambiente”*. De allí la importancia de que tanto la observación como la intervención sean pensadas en término de bebé/mamá-ambiente. En las etapas muy tempranas –dirá Winnicott (1969:302)- *“no podemos describir al bebé si no describimos el ambiente”*. En esos momentos iniciales

“no es posible hablar del infante sin hablar al mismo tiempo de la madre y del cuidado del infante”(Winnicott, 1993:306). Y agrega *“desconfío de todo enunciado sobre los mecanismos mentales tempranos que no tome en cuenta al infante atrapado en la conducta y la actitud de la madre”* (Winnicott, 1993:312).

Lo tercero es decir que Arco Iris puede pensarse desde Winnicott como un **espacio de sostén de las mamás** en tanto ambiente facilitador del bebé. La mamá, para sostener a su bebé, necesita también de un ambiente facilitador que la sostenga a ella. Allí cobra sentido nuestra tarea de acompañar a las madres en esta función de sostén y en este trabajo de adaptación total inicial que necesita el bebé y al retiro gradual de dicha adaptación.

Lo cuarto es poder pensar a Arco Iris como **análisis modificado**. Winnicott (1993:217) dice, *“analizo porque es lo que el paciente necesita y le conviene. Si el paciente no necesita análisis, hago otra cosa”*. Si bien entiendo al dispositivo Arco Iris como un espacio analítico, esta frase de Winnicott me hace sentido porque implica mucha flexibilidad y apertura de parte de quienes hacemos análisis de forma no tradicional en función de poder seguir al paciente y eso es lo que intentamos hacer desde Arco Iris.

En quinto lugar, podemos pensar a Arco Iris como **un espacio a ser usado** –en el sentido winnicottiano- por los niñ@s y las familias donde lo que buscamos es, en cada encuentro semanal, alcanzar algún efecto terapéutico. En ese sentido, siguiendo a Ruiz (s/d) podemos decir que *“el término ‘consulta terapéutica’ fue acuñado por Winnicott (1941), quien planteaba realizar en las entrevistas de evaluación, intervenciones que apuntaran a una modificación del paciente a fin de obtener un efecto terapéutico desde la primera entrevista”*.

En sexto lugar, los aportes de Winnicott nos permiten **profundizar los conceptos de sostén, manipulación y presentación de objetos** que, si bien estaban presentes desde el enfoque de la ATD en uno de los centros de salud en el que estábamos, lo estaban –aun basándose en los aportes de Winnicott- desde una postura más de brindar “consejos” y “recetas” –la cual nos causaba mucha incomodidad- más que desde la profundidad que dichos conceptos implican.

Por último decir que, *“como profesionales de la salud mental y psicoanalistas, estamos siempre “tomando decisiones”, como lo confesara Winnicott”* (Morici, s/d). En ese sentido, **hablar de intervención**, intentar analizar nuestras intervenciones dentro de un dispositivo terapéutico tiene que ver con proponernos reflexionar sobre nuestras propias decisiones como analistas. De allí el énfasis en nuestro trabajo en narrar no sólo lo que observamos y escuchamos sino también las intervenciones que fuimos teniendo.

En relación a dichas intervenciones y a la particularidad de las mismas cuando trabajamos con bebés, Ruiz (s/d) nos hace algunos aportes cuando dice que *“lo que define el campo no es el espacio físico sino la escucha y observación participativa dirigida a las interacciones que se juegan entre madre-padre-bebé”*. Para Ruiz (s/d), *“el analista deberá escuchar con sus dos partes, de adulto y niño, comprendiendo lo que los padres despliegan a través de su discurso y lo que el bebé le expresa a través de su cuerpo a través de estímulos sensoriales, perceptivos intensos, que le exigen un verdadero trabajo psíquico para ‘escuchar’ lo que éste dice, para comprender las proyecciones de las cuales él es objeto y para comenzar a hacer enlaces que le permiten dar sentido, brindando un “comentario interpretativo”. Este cumple una función de ‘ligazón continente’, comentario más cercano a los afectos y generalmente dirigido al bebé, envolviendo a la madre y padre ya sea en su presencia o ausencia. Otros recursos que empleamos en esta escucha son señalamientos que van dirigidos a los adultos o al bebé y así semantizamos gestos, actitudes, enlazamos con palabras pero también con acciones que permiten desentrañar ‘malos entendidos’. Muchas veces nos desplazamos en el espacio o estamos junto con el bebé en el suelo, si es un niño que gatea, o en la silla y escuchamos a la madre, al padre y en este recorrido espacial creamos un espacio conjunto para este bebé, esta mamá y este papá. El psicoanalista se identifica empáticamente con los padres que se identifican con su hijo y también con el cuerpo del bebé y de esta manera sus contraidentificaciones le otorgan un poder de ‘empatía metaforizante’ y ‘una enacción’, es decir, un sentir en el cuerpo que le permiten co-pensar, co-sentir y co-crear con los integrantes de la interacción”* (Lebovici, 1998).

Asimismo, repensando **nuestras intervenciones como analistas** también cabe acotar, como dice Winnicott (1993:217), que en la clínica *“el lema es hacer lo mínimo necesario”*. Esto también es importante porque de lo que se trata nuestro trabajo es de estar a mano y disponible para los niños y sus familias pero no interferir en sus vidas cotidianas sino sólo lo mínimo necesario para que puedan estar mejor. En ese sentido, se trata de que nuestras intervenciones no interrumpan aquellos *“momento sagrados –de los que habla Winnicott- que surgen [...] y que son terapéuticos por la emoción constructiva que generan (1941)”* (Ruiz, s/d).

8.2.2. EL JUEGO COMO ESTRUCTURANTE DEL PSIQUISMO: LA HISTORIA DE LUCÍA

“...la función lúdica, verdadero organizador de la actividad psíquica”

Gutton, 1976:17

8.2.2.1. Acerca de Lucía²⁷

En agosto de 2010 llega F. (33 años), mamá de Lucía (3 años), solicitando tratamiento psicológico al servicio psicosocial del centro de salud. F. padece de una discapacidad motora y crisis convulsivas post-traumáticas a un intento de suicidio ocurrido años anteriores, momento desde el cual refiere estar medicada con anti-convulsivantes. F. dice haberse disparado con un arma de fuego en la cabeza cuando tenía 15 años, *“estaba deprimida y con problemas alimentarios”*. Cobra una pensión que constituye su principal y único ingreso.

Motivó su consulta la relación conflictiva que F. mantiene con su hijo mayor, L., de 18 años de edad quien vive con sus abuelos paternos y explica que estuvo en terapia y rehabilitación neurológica durante más de un año a causa del intento de suicidio, quedando el hijo al cuidado de los abuelos: *“a él no lo pude atender más porque tuve a la nena (...) no es que no me quiera hacer cargo sino que el cuerpo no me da”*. Vive actualmente con su hija. F. comenta que cuando ella tenía ocho años fue víctima de abuso por parte de un tío que vivía con ellos y que ahora *“ni siquiera puedo tener pareja por L., porque es nena y tengo miedo que le pase lo mismo que me pasó a mí (...) estoy traumada y no quiero que ni el padre de ella se acerque a ella”*.

Desde el inicio se observaron algunas dificultades respecto al proceso de separación de F. en relación a su hija - imposibilidad de concretar el destete, dificultades para dar continuidad a la de asistencia de L. a la guardería, co-lecho, uso de pañales, etc.- que se incluyeron en la estrategia psicoterapéutica. En relación al destete, comenta *“hace escándalo y me busca para que le de la teta y para que se la de me dice que me ama mucho”*. Asimismo, F. comenta que, a diferencia de lo que le sucedió con su hijo mayor, ahora ella quiere estar sola con L. para poder ocuparse plenamente de ella.

Con algunas discontinuidades, L. asiste a la guardería aunque F. reconoce que, cuando está ella sola en la casa, *“se desespera”* por ir a buscar la nena. Igualmente dice: *“me cuesta también despegarme los fines de semana, me cuesta dejarla en la casa de mi mamá; tampoco puedo dormir si no estoy con ella”*. A veces, cuando está nerviosa, se desquita con L.: *“ayer incluso le pegué un sopapo”*. En el período que fue de octubre a diciembre de 2010, F. no asistió a las entrevistas programadas ni realizó ninguna otra consulta en el Centro de Salud. Durante este lapso de tiempo, se realizaron algunas visitas domiciliarias no lográndose dar ni con ella ni con su pequeña hija.

En enero de 2011, F. reaparece en el Centro de Salud muy angustiada y manifestando algunas ideas de daño y perjuicio. Asimismo, en esa oportunidad, se observa a L. bastante inquieta y con conductas desorganizadas –va y viene por el consultorio, habla sola, emite gritos, pronuncia algunas palabras que se entienden y otras que resultan inentendibles, arroja algunos juguetes, a todas las personas les dice “mami”, etc.- ante lo cual la mamá de la pequeña manifiesta preocupación por lo que ella denomina *“mala conducta”* de su hija. A partir de allí se inicia un trabajo terapéutico no sólo con F. sino también con L. buscando poner énfasis en el vínculo que mantienen ambas.

L. –que ya tiene 3 años y 3 meses de edad- continúa tomando la teta aunque su mamá dice que ya le pudo sacar los pañales. F. relata algunas ideas que aparecen como delirantes. Dice que *“alguien”* entra a su casa de noche y *“le hace de todo”* delante de su hija razón por la cual al otro día amanece con muchos dolores en el cuerpo. F. manifiesta temor por lo que esta situación pueda ocasionar a la niña: *“creo que es mi ex marido, espera que sea de noche y entra a violarme”*.

A causa de eso, se encierra en la casa con su hija. No permite el ingreso ni de su familia. Ha asistido a la guardia del Hospital para ser revisada sin encontrar *“según los médicos”* ningún indicio de violación. Dice también que el otro día *“la nena jugaba con los muñecos como si tuvieran relaciones”*. No obstante, este tipo de juego no es observado en ningún momento en el consultorio ni detectado en la guardería a la que asiste L.

Durante las consultas –en las que siempre está presente su madre por la dificultad en la separación de la niña – L. grita, emite sonidos, tira los juguetes, pasa de un juego a otro, etc. En general, al final de las sesiones, L. se aferra a los juguetes, no los quiere dejar y, cuando se le insiste en que debemos guardarlos en la caja, se sienta en un rincón y llora a los gritos. Sólo se calma si una se acerca y la abraza. Mientras tanto, ante todo ese despliegue, F. mira a su hija sin hacer mayores intervenciones: *“yo sé que está mal porque no le pongo límites”* –dice-. En las consultas siguientes L. aparece

²⁷ Apartado basado en el Trabajo Final individual de la asignatura Cuestiones Técnicas del Psicoanálisis con Niños y Adolescentes I Carrera de Especialización en Psicoanálisis con Niños. Docentes: Lic. Mabel Maffezzoli - Lic. Gabriel Donzino y en el Trabajo del Taller Clínico (AÑO 2011) de la Carrera de Especialización en Psicoanálisis con Niños y Adolescentes (UCES) realizado con la compañera Tatiana Ross. Docente: Ruth Kazez.

por momentos un poco más organizada a nivel del lenguaje, especialmente cuando ya ha transcurrido un rato de estar en sesión, puede separarse mejor de los juguetes cuando se va y se despide contenta.

En una de las sesiones L. trae una muñeca y pide jugar con la cocinita que hay en el consultorio. Juega sola. Habla. Por momentos se le entiende, por momentos no. F. comenta que a la noche Lucy se duerme muy tarde mirando tele – *“le cuesta dormirse”*– y que, al otro día, le cuesta levantarse para ir a la guardería. Continúan durmiendo en la misma cama aunque F. comenta que su sueño es poder construirle una habitación a su hija donde tenga su propio espacio.

Se empiezan a combinar las entrevistas vinculares de L. con su mamá con la participación en Arco Iris, un dispositivo psicoterapéutico colectivo destinado a niños de 0 a 6 años y sus familias. La asistencia a las sesiones es discontinua así como también la asistencia de L. a la guardería. Se realiza también interconsulta psiquiátrica para F. A la entrevista psiquiátrica F. asiste con su propia madre y con L. Se le indica una medicación que, en principio, no está dispuesta a tomar al principio, tampoco permite que su madre la visite o mudarse por un tiempo con ella. Quiere afrontar lo que le pasa y vivir con su hija sola: *“si me quitan a Lucía no lo voy a soportar”*. Siempre con ideas delirantes de que alguien quiere hacerle daño o perjudicarla en su integridad.

Luego se realiza una entrevista individual con F. Durante la misma, L. permanece en la sala de espera con la abuela. A los pocos minutos la niña comienza a gritar, llorar y patear la puerta para entrar a la consulta. Pasa y se calma al ver a la madre y cuando F. comienza a hablar de L., la niña sale del consultorio y puede quedarse afuera con la abuela. En este punto, L. pareciera tener la necesidad de saber que su mamá la tiene presente, que habla de ella. Relata que todavía le da la teta pero que no tiene leche y que le cuesta ponerle límites: *“hace lo que quiere, yo solo me siento a tomar mate y la miro”*. A esta altura acepta la medicación y las sugerencias anteriores.

En entrevistas posteriores F. dice que L. a veces pregunta por su papá –lo cual la sorprende porque su hijo nunca hizo este tipo de preguntas siendo tan chico– y que cuando lo hace, ella le dice que se ha ido a trabajar. F. también cuenta que, cuando quedó embarazada de L., su mamá le pidió que abortara y el papá de la niña también. Ella compró pastillas para abortar, empezó a tomarlas, pero después se dijo: *“si no lo hice con mi hijo, ¿por qué lo voy a hacer ahora?”*. Ella estaba sola, lloraba. En algún momento su hijo mayor –que en ese período tenía unos 14 años– le dijo: *“si querés tenerla, tenela”*. Y la tuvo. Todo el embarazado estuvo sola, encerrada, por temor a que se la quiten. *“A los controles fui sola. Recién cuando nació Lucía, su papá apareció”*. El padre nunca se hizo cargo de su hija: *“yo lo que hago es lavarme las manos todos los días”* –decía el papá a F.–. F. comenta que L. *“está activa todo el día, quiere que jugar...pero yo, como me levanto temprano, me canso”*

L. empieza a preguntar por su papá y su mamá dice que en la casa todo el tiempo nombra *“papá, papá”*. L. pide jugar con el bebé –un muñeco que hay en el consultorio– y en un momento se ubica en mi regazo como si ella misma fuera un bebé. Hacia el final parece que va enojarse por tener que despedirse de los juguetes pero, ante un abrazo, puede irse tranquila, dejando los juguetes con los que había estado jugando. En otras sesiones, por momentos, pregunte lo que se pregunte, lo único que contesta L. es *“mamá o papá”*.

En los encuentros colectivos L. se muestra contenta de llegar y ansiosa por empezar a jugar. Por momentos, se la observa bastante desorganizada. Una de las primeras veces entra al espacio corriendo, sin mucho registro del “otro” y se pone a jugar sola. Está callada y se la ve muy concentrada. Agarra los ladrillos, luego explora los animalitos y cada objeto que agarra dice *“es mío”, “es mío”*. Luego toma un cuento, lo empieza a mirar y se acomoda en el regazo de uno de los miembros del equipo llorando como si fuera un bebé. La mamá comenta que le preocupan las malas palabras que a veces L. dice. Por lo demás, han empezado a asistir al horario de adaptación de la guardería. A los pañales los usa sólo de noche y L. se baña prácticamente sola.

En general, cuando llegan al encuentro semanal, L. no puede entablar un diálogo con nosotros, pero a medida que va transcurriendo el momento grupal, se la ve más organizada y con posibilidades de dialogar y establecer un cierto ritmo en el juego. Hacia el final de cada encuentro suele costarle despedirse de los juguetes pero, a través de la palabra y del juego, logra hacerlo sin necesariamente llorar.

En varias ocasiones L. toma el cuento del bebé, lo mira y se queda observando particularmente una escena en la que están bañando al bebé. F. en general se mantiene sentada en una silla, observando a su hija pero sin jugar con ella. L. suele traspasar repetidamente la “línea” (límite) y su mamá expresa que muchas veces es la niña la que *“la manda a ella”*.

En uno de los encuentros en el que tenemos una máquina de fotos, L. empieza a jugar con la máquina, a sacarle fotos a su mamá, a pedirnos que le saquemos fotos. Durante mucho rato mira a su mamá a través de la cámara, acerca y aleja la imagen. F. comenta que a veces ella, en lugar de llamarle la atención o retarla, cuando hace algo que no debe

hacer, abraza a L. Se angustia porque dice que no es a L. a quien debe ponerle límites sino que es ella misma quien los necesita.

En la última entrevista realizada con psicología y psiquiatría F. comenta que está más tranquila y aliviada con la medicación, ya no se angustia tanto. No obstante ellos, el núcleo delirante sigue presente. Ha empezado a concurrir a la Iglesia evangélica y recibe visitas de su familia. La medicación la retira del centro de salud mensualmente.

En general L. juega sola, quita los juguetes a los demás niños y nos es fácil entrar en interacción con ella. En los últimos encuentros L. busca mucho unos animalitos y busca formar familias o formar parejas de “papá” con su “hijito”. Continúa mencionando mucho al “papá” y las últimas veces se la ha observado más organizada en el lenguaje y con la posibilidad de comenzar a llamarnos por nuestro propio nombre.

Durante una supervisión se habló de la posibilidad de poder armar una red social de acompañamiento para F. y L. considerando la posibilidad de incluir a F. en alguna actividad barrial (taller, curso, etc.). A partir de esta sugerencia fue que se pensó en la posibilidad de incluir un acompañante terapéutico.

En la última semana se ha concretado la incorporación de un acompañante terapéutico que se había solicitado hace ya unos meses en función de que pueda ayudar a F. a no encerrarse tanto en su casa y en el vínculo con L. y con el objetivo de contribuir con F. en el proceso de crianza de L.; asegurar la asistencia de ambas a los espacios terapéuticos pautados y concretar el tratamiento psicofarmacológico indicado desde psiquiatría para F.

8.2.2.2. La búsqueda de envolturas



El concepto de Imagen Inconsciente del Cuerpo propuesto por Doltó permite pensar las etapas pre-especulares, arcaicas del desarrollo del niño. “Cuando ya es, por esencia, sujeto –pero un sujeto no reflexivo-; que está inscripto, según la evidencia, en un cuerpo –pero cuyos límites reales todavía no percibe-; que es ya presa de sus fantasmas, pero a los que no puede identificar como tales” (Yannick, 1990:79). Según Doltó (1984), “la imagen del cuerpo es aquello en lo cual se inscriben las experiencias relacionales de la necesidad y del deseo, valorizantes y/o desvalorizantes, es decir, narcisizantes y/o desnarcisizantes. Estas sensaciones valorizantes o desvalorizantes se manifiestan como una simbolización de las variaciones de percepción del esquema corporal, y más particularmente de aquellas que inducen los encuentros interhumanos, entre las cuales el contacto y los decires de la madre son predominantes”.

Lo que más llama la atención en L. y que puede irse articulando con el concepto de IIC **es, sobre todo, la búsqueda de envolturas** que la ayuden a construir una diferenciación interno-externo a través del contacto con el cuerpo del otro (abrazo, ubicación en nuestro regazo, etc.); el disfrute en el contacto con el agua; la fascinación por el espejo y la búsqueda de la mirada del otro y hacia el otro a través del uso de la máquina fotográfica. Juegos que, más que expresar, inscriben bordes, juegos que más que ser interpretados deben ser sostenidos. Esto se relaciona muy estrechamente a una **imagen de base** y a un sentimiento de existencia que ha estado en peligro desde el inicio de la vida por los intentos de abortos (y ahora quizás por la fusión casi total con la madre) y donde la fantasía es de fragmentación (o, actualmente, de re-absorción en el cuerpo de la madre).

En relación a la madre, podemos visualizar una falla importante –y una enorme tarea de parte del equipo terapéutico- por ayudar a concretar la **castración primaria** ya que lo que se observa en L. es un pre-yo, un pre-sujeto ubicado aún en una relación simbiótica con la madre. Una niña que sostiene ella con sus síntomas a su mamá. Una madre que no puede garantizar la cohesión narcisística de su hija.

Es interesante ver como L. se va aliviando cuando recupera la cohesión de su imagen a través de las diversas manifestaciones que podríamos pensar como **pre-simbólicas**. Aún está en proceso de tramitar sin lograr la castración primaria: el reconocimiento de los nombres, el juego con el espejo, la cámara fotográfica, los abrazos, el juego con el agua y la necesidad de convocar a la madre con gritos y patadas.

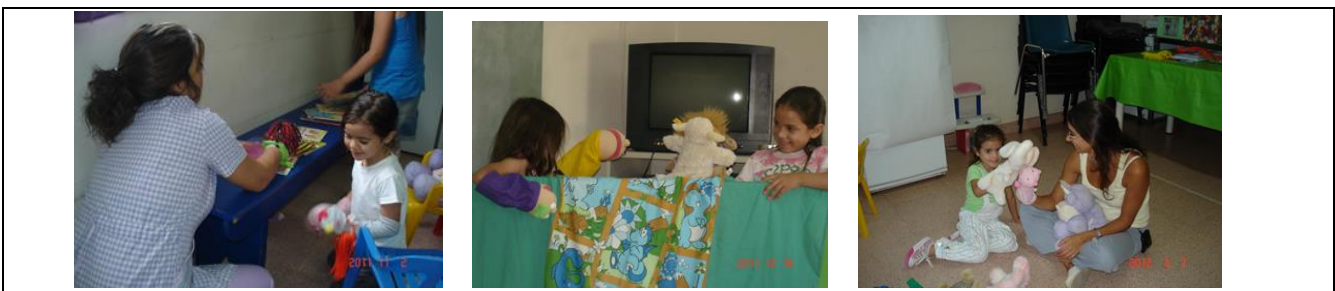


8.2.2.3. Los títeres: re-codificación de un código funesto y protección yoica

Según Fernández (1995:28), *“las técnicas expresivas serán, entonces, las ‘patrullas’ encargadas de ‘rescatar’, con escaleras, sogas y todo otro tipo de recursos, las vivencias que han quedado ‘atrapadas’ sin posibilidad de código para expresar”*. En ese sentido, *“los títeres son un modo de plasmar los miedos y los ‘mounstruos en un afuera que los torna menos terroríficos y mucho más dominables en la medida en que pueden ser vistos y manipulados [...] Las personas y los argumentos que se despliegan, reproducen la propia historia y recrean en nuevas versiones los eternos mitos universales”* (Fernández, 1995:37). Así, *“el títere funciona como un protector yoico que resguarda y permite expresar aún aquellas cosas más difíciles de decir. No es el paciente el que las dice sino el títere quien se hace cargo de poner en palabras lo que al paciente tanto le cuesta expresar”* (Fernández, 1995:49).

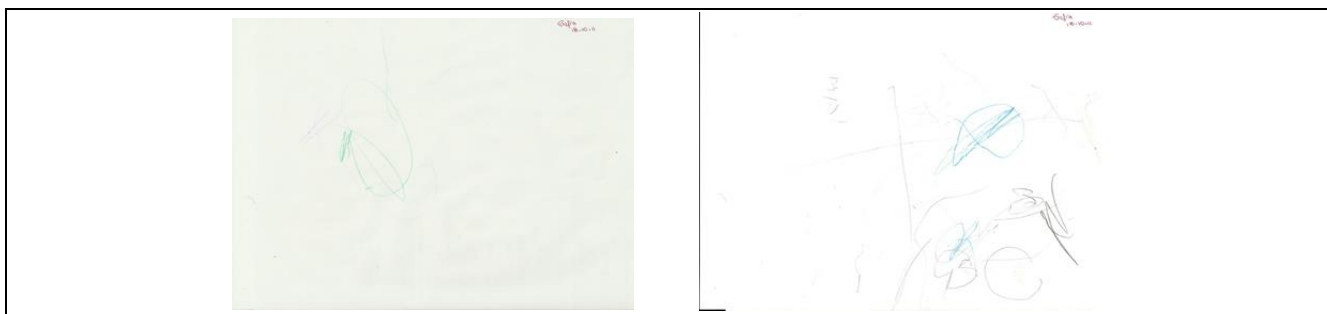
En el caso de L. podemos pensar que, a pesar de su regresión, la niña tiene recursos. “Papa” en este contexto -y en el juego con los títeres en el que aparece repetidamente- sería “no mama”, un modo de separación dentro de la lógica en la que aún se encuentra esta niña de proceso de discriminación. Un “no mamá” que le permite protegerse de la simbiosis con sus madre, de la no diferenciación con ella.

El trabajo con los títeres a los que L. recurre muchas veces, puede pensarse también como *“un proceso de codificación/recodificación, capaz de poner en código lo que ha quedado sin él o de recodificar aquello que ha quedado con código fallido y, por lo tanto, generando perturbaciones”* (Fernández, 1995:81). Codificación/recodificación que vuelve menos peligroso el código funesto que implementa la madre de L. cuando no puede diferenciar a la niña de ella misma -en el excesivo miedo de que a L. también la violen, por ejemplo- o cuando no puede diferenciar a la niña de su hijo mayor -cuando intenta reparar con ella todo lo que no pudo hacer con él-. Código funesto que, a nivel de mito familiar, podemos pensar desde el lugar al que L. adviene, el de la reparación: la madre quiere hacer con ella todo lo que no pudo con su hijo mayor. L. no es ella sino lo que en ella se puede reparar de o que su mamá no hizo en su hermano. L. a tampoco es ella sino lo que en ella la madre puede reparar respecto a lo que ella misma no tuvo o no pudo. En términos de Piera Auglanier (1975) podríamos hablar del ejercicio de una **violencia secundaria**.



El sujeto se constituye siempre a partir del deseo del Otro. **Aulagnier** (1975), habla de una **“violencia primaria”** para señalar que el bebé, niño o niña, necesita que el deseo de la madre se le imponga, para constituir su propia subjetividad. Son sus relatos, ideales y deseos, que incluyen las pautas culturales, los que permiten iniciar el proceso de subjetivación del niño o niña. Le llama violencia, porque es el otro el que impone, pero dice que es necesaria. También habla de una **“violencia secundaria”**, esta vez innecesaria y perjudicial, para referirse a un exceso de ese mecanismo que obstaculiza cualquier cambio que el sujeto quiera plantear en relación con esos modelos instituidos. Es la imposición, pero extendida hasta obstaculizar el proceso de separación.

8.2.2.4. El niñ@ cuando dibuja se dibuja



Doltó (citada por Yannick, 1990) sostiene: *“cuando un niño dibuja, es siempre un retrato lo que dibuja; sin esto no dibujaría. Uno no dibuja, uno se dibuja”*. Así, para que un niño pueda dibujar, tiene que haber sido dibujado antes... L. dibuja trazos, trazos que entrarían en lo **pre-lúdico**. En ese sentido, pareciera que la niña no hubiese sido dibujada antes y por eso no puede dibujar (o dibuja trazos). Lo que dibuja L. es su falta de estructuración psíquica. Estructuración psíquica que, a pesar de su falla, a través del juego de esconder-mostrar, da cuenta que L. *“no confunde [...] percepción y alucinación”* (Gutton, 1976:12), que algo estructura.



8.2.2.5. El juguete como protector yoico

En algún momento, a sugerencia de una de las supervisiones realizadas por esta situación, entregamos a L. al final de una de las sesiones un juguete para que pudiera llevarlo a su casa a modo de protección de sí misma ante una madre muy invasiva y simbiótica. “Objeto protector” de la niña frente a esa mamá que, de algún modo, la desproteje al realizar sobre la niña una transferencia masiva. ¿Qué estará evocando en F. el crecimiento de esta hija mujer a la que –según explicita- *“quiere proteger hasta los 14 para que no la violen como a ella”*?

En ese sentido, como dice Gutton (1976:7), *“el niño se defiende de la hiper-ansiedad maternal, cuando está presente, situando el juguete como una pantalla entre ella y él, como si prefiriera la mediana excitación procurada por el juego a la excitación psíquica propuesta por la madre (proceso de para-excitación)”*.



8.2.2.6. La función estructurante del espejo

Doltó acuerda con Lacan en otorgarle a la experiencia del espejo una función estructurante esencial en los tres registros -imaginario, simbólico y real- pero considera que es la asunción de un proceso comprometido desde la

concepción misma del sujeto en una dinámica pre-especular. Lo que para ella marca la experiencia del espejo es el descubrimiento de que “el otro” es en primer lugar “otro cuerpo”, singularmente el de su madre. Lo que se juega en ese momento no es la emergencia del sujeto sino su inscripción definitiva en un cuerpo biológico visualmente dado (Gelbert, 2011).



Como sostiene Saks (1997), “es un momento estructurante de la experiencia donde el niño va dejando de ser aquel que creía ser o quería ser para su madre, sino que él es él. Termina la etapa del imaginario para entrar en la etapa de lo real y esto ocurre desde que el sistema nervioso central, terminando ya su desarrollo, permite al niño subir y bajar de la escalerita. Es el momento de la cohesión motriz como integración de la imagen del espejo, organiza al sujeto niño y lo apuntala en el fortalecimiento del yo”. Una identidad que se trabaja desde la relación a la vez que desde la diferenciación con el otro. Para Doltó, lo que marca “la prueba del espejo no es la irrupción de un sujeto en el mundo, sino el descubrimiento de que ‘el otro’ es en primer lugar “otro cuerpo”; singularmente, el de su madre. Lo que se juega en ese momento, no es entonces la emergencia del sujeto –como en Lacán- sino su inscripción definitiva en un cuerpo biológica y visualmente dado” (Yannick, 1990).

En una de las paredes en el que funciona el dispositivo está ubicado un espejo debajo del cual se coloca una escalerita de dos peldaños elementos desde los cuales se va trabajando el eje de identidad. L solía mirarse mucho en el espejo aunque no era tan pequeña, como buscando alcanzar esa cohesión motriz que le permitiera diferenciarse de ese otro que era su madre.

8.2.2.7. Lucía: entre la caricia y el rasgo

El juego que se posibilita en las sesiones (con el agua, con los títeres, con la cámara fotográfica, etc.) estructura y organiza, delimita bordes, expresa miedos, recodifica lo codificado funestamente. Por eso L., a medida que transcurre la sesión, puede comenzar a registrar al otro, puede establecer un cierto diálogo, puede despedirse sin llorar, sin desarmarse, sin dejar de existir, etc. El juego le permite a L. ir generando una cierta escritura psíquica, una cierta estructuración.

Un juego que, al inicio de las sesiones, aparece muchas veces como solitario, sin posibilidad de registro del otro y “sin dejarnos entrar” ni a nosotros ni a los demás. De a poco, a medida que avanza la sesión, va pudiendo transformarse para ingresar a lo que Winnicott (1942) llama “un área de transición de la experiencia, es decir, transición respecto a la realidad interna y la externa”.

¿En qué lugar del **apostamiento subjetivo** se encuentra L.? **Cuerpo materno** (caricia/inscripciones tempranas), **espejo** (rasgo/individuación) **u hoja** (trazo/escritura)? Nos parece que L. se encuentra más entre la caricia y el rasgo. Entonces deberemos buscarla allí, donde está, aunque no sea el lugar en el que “debería” estar.

Muchas veces, quizás sin ser muy conscientes de ello -sobre todo al principio-, lo que fuimos creando fueron bordes (con el abrazo, con el agua, con la cámara fotográfica, etc.) y lo que fuimos haciendo fue inscribir psiquismo al sostener el juego de L. y al recodificar aquello que, funestamente, muchas veces su madre había codificado –y continuaba codificando- desde un lugar de fusión, de no discriminación, de no diferenciación. Muchas veces lo que fuimos haciendo fue operar desde una función alfa.

¿L. juega? Casi juega... cuando ella juega a los muñecos, la cocinita, etc. y casi no deja entrar al otro pareciera que casi no jugara o que no hubiera registro del otro en dicho juego; cuando arma escena con los títeres o juega con los animalitos a la familia, o que es el papá caballo y el hijo caballito, si pareciera que juega... que elabora... “El juego, en la situación específica del tratamiento, debe ser conceptualizado en relación al grado de estructuración del aparato psíquico” (Janín, 1982). En L., no hay –en términos de Gutton (1976)- pre-juego, no hay tampoco pre-juguetes sino todo va encaminado a constituirse en juego, en llegar a ser juguetes, pero aún va encaminado....

En ese sentido, podemos decir que el juego en las sesiones fue operando como vehículo de escritura psíquica en una niña cuya madre *“no juega, sólo la mira jugar”*. Esa fue quizás nuestra principal función como analistas.... generar intervenciones estructurantes desde el juego, intervenciones que motorizaron el armado psíquico desde el jugar.

8.3.2. EL ABUSO SEXUAL INFANTIL COMO SITUACIÓN TRAUMÁTICA: LAS HISTORIAS DE LUCAS Y FEDERICO²⁸

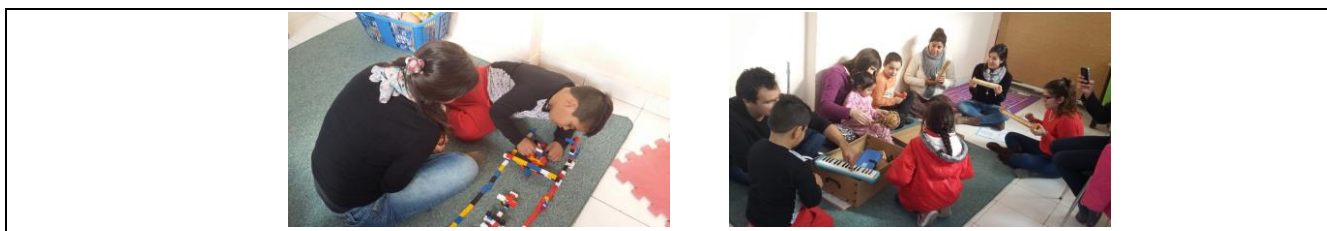
8.3.2.1. La historia de Lucas

Lucas está siendo atendido desde el área de psicología del Centro de Atención Primaria de la Salud de Parque Industrial (Zona Sanitaria Metropolitana, Provincia del Neuquén) desde inicios de julio del corriente año y hasta la fecha. El **motivo de derivación/consulta**: Z61.5 Problemas relacionados con el abuso sexual del niño por persona ajena al grupo de apoyo primario (CIE-10).

Los **síntomas más significativos que L. presentaba inicialmente** eran: dificultades en el sueño y pesadillas durante la noche; encopresis y dificultades para ir al baño; excesiva ansiedad e inquietud; poca tolerancia a la frustración; fuertes sentimientos de culpa *–“soy malo, todo me sale mal”–* y necesidad constante de reparación; angustia frente a ciertos contactos corporales; etc. Asimismo, otros signos que presentaba el mencionado niño eran: agresividad en los juegos y manejo agresivo de los juguetes; alta sensibilidad ante eventuales dificultades en la relación con otros niños o el rechazo de éstos a jugar con él; actitud de estar permanentemente pendiente de la aceptación y el cariño de sus padres y de los demás en general, etc. Algunos de estos síntomas y signos han ido remitiendo a partir del tratamiento psicoterapéutico mientras que otros han tenido tanto avances como retrocesos. No obstante, en una perspectiva global, se evalúa que ha habido una mejoría general a nivel terapéutico y una disminución/remisión de los síntomas.

La **estrategia de intervención desarrollada** ha incluido la realización de entrevistas vinculares del niño y su madre; sesiones individuales con L.; y la inclusión del niño, su madre y eventualmente su padre –quien por razones laborales ha podido asistir en una sola ocasión- en el espacio de *“La Casita Parque Industrial: para que la existencia de los hijos sea bonita”*. Desde el mes de julio y hasta la fecha, la asistencia por parte de L. y su familia ha sido continua lo que ha posibilitado un conocimiento en profundidad del niño y su familia y un acompañamiento psicoterapéutico con continuidad.

Al inicio los juegos de L. estaban relacionados fundamentalmente con animales y con el armado de familias de animales; escenas de matar y morir; dibujos y figuras en plastilina que simbolizaban agujeros que eran atravesados; dibujo de volcanes; juego con títeres/payasos a los que se refería diciendo que *“antes lo asustaban”*; armado de cárceles con ladrillitos; etc. En el transcurso del proceso terapéutico L. ha ido desarrollando, además de los enunciados, otros tipos de juego (de mesa, ladrillitos, rompecabezas, qubics, dakis, tubixs, etc.); pidiendo que le lean cuentos; jugando con otros personajes/títeres y escenificando, por ejemplo, situaciones donde monstruos/fantasmas matan a otros; relatando parte de sueños donde aparecen personajes que lo vienen a buscar y lo matan, etc. Asimismo, ha realizado dibujos -muchos de ellos con figuras fálicas²⁹- relatando, a partir de los mismos, situaciones donde *“fantasmas adultos se llevan a algunos fantasmitas niños y les hacen daño”*.



Si bien L. es un niño que prefiere no hablar directamente de las situaciones que lo angustian sino expresarlas vía el juego, el dibujo, las figuras con plastilina, etc. -situación ésta que se ha respetado no sólo porque se está trabajando

²⁸ Apartado basado en el Trabajo Final individual del Programa de Actualización de Postgrado. Clínica Psicoanalítica con niños y adolescentes. Aspectos técnicos, clínicos y teóricos. Coordinado por el Lic. Daniel Perez Sucunza. Facultad de Ciencias de la Educación, Universidad Nacional del Comahue. Año 2016.

²⁹ El dibujo figuras fálicas es uno de los indicadores que aparecen en los niños víctimas de abuso sexual. Si bien no en todas, en muchas oportunidades los niños abusados realizan distintas figuras fálicas. Cuando dicha figuras aparecen, es necesario corroborar si esto es simple curiosidad o está reflejando algo que al niño le angustia y se le impone desde su entorno. Ver Müller, M.B. y López M.C. (2011). Los dibujos en el abuso sexual infantil Buenos Aires: Maipue.

desde un espacio psicoterapéutico sino porque entendemos que los dibujos y los juegos, más que las palabras, son la vía privilegiada de expresión de los niños-, a lo largo del proceso terapéutico, L. ha podido ir haciendo algunas referencias verbales acerca de lo sucedido en el jardín al cual asistía a inicios de año.

En relación a esto último, L. ha mencionado situaciones de amenazas, de castigos (encierro en el baño, por ejemplo) que sucedían en el lugar donde los llevaban desde el jardín. En dichos relatos, el niño cuenta que los llevaban a una granja donde había distintos lugares (una caja mágica, un lugar secreto, un lugar donde había arañas, una pileta, etc.) y hace referencia a cuchillos y a amenazas con cuchillos. Habla también de otra granja donde dice había caballos, vacas y gallinas. Expresa también temor de que *“el hombre malo se lo lleve”*. A veces, cuando realiza estos relatos, L. se interrumpe, como si se arrepintiera o le diera miedo seguir con el contenido y mostrando signos de angustia.

En este último tiempo, L. se encuentra más tranquilo, con menor ansiedad, con menos pesadillas, durmiendo, pudiendo ir al baño sin tantas dificultades, pudiendo jugar más, aceptando de mejor manera los límites, con mayor capacidad de espera y tolerancia a las frustración, con una actitud menos demandante, durmiendo mejor y al menos algunas veces solos, etc. Estas mejorías en su sintomatología, sin embargo, suelen tener avances y retrocesos que se relacionan generalmente con hechos que van sucediendo en la vida del pequeño. En relación a esto último, por ejemplo, cuando en octubre pasado L. tuvo viajar a Santa Rosa para ser nuevamente entrevistado en el ámbito judicial, se angustió mucho, se largó a llorar, y expresó claramente que no quería ir a hablar. Luego de la entrevista realizada en Santa Rosa, el niño hizo algunos retrocesos a nivel sintomatológico (se agudizaron, sobre todo, las dificultades para ir al baño y las pesadillas, etc.) -producto probablemente de la tensión sufrida- que luego fueron remitiendo lentamente aunque sin desaparecer del todo. En este sentido, vale aclarar que las intervenciones judiciales y las pericias, si bien son sumamente necesarias, muchas veces replican la situación abusiva dado que presionan a los niños a recordar lo sucedido por lo cual estos vuelven a angustiarse agudizando sus síntomas.

En el mes de septiembre de 2015, L. había comenzado a ir de nuevo al jardín al que había asistido desde inicios de año pero, cuando iba, se ponía nervioso, se angustiaba, empezaba a tener más pesadillas, decía que no quería ir, etc. A partir del mes de noviembre, los padres de L. lo cambiaron de jardín enviándolo a un nuevo establecimiento donde el próximo año iniciará primer grado. Este cambio hizo que L. ahora tenga ganas de ir todos los días al jardín mostrándose contento de estar allí, habiendo desaparecido la inquietud e intranquilidad cotidianas que los papás observaban en el niño en el período en que éste había retornado al jardín anterior y estando muy entusiasmado por cumplir 6 años y poder comenzar su primer grado.

Durante todo este tiempo, **el proceso terapéutico ha estado orientado a:** a) en relación a la mamá -y eventualmente al papá cuando ha podido asistir-, al sostén de su rol materno/paterno de modo de que ella/os pueda/n sostener a su hijo en esta situación tan difícil y traumática no sólo para el niño sino también para los adultos responsables de este niño; b) en relación al niño, en la expresión/habilitación de sentimientos a partir de sus relatos espontáneos; ofreciéndole a L. un espacio de seguridad frente a los temores que constantemente expresa angustiándolo (miedo a que aparezca el hombre malo, miedo a que maten a sus papás, etc.); y, acompañando la elaboración de la situación traumática sufrida a través del juego, el dibujo, el trabajo con plastilina, etc.

Sintetizando algunas apreciaciones en relación a lo hasta aquí expresado, podemos decir que los signos y síntomas que indican la existencia del abuso sexual infantil son múltiples y variados y, como en cualquier otra sintomatología, los efectos dependen de cada niño/a. Sin embargo, existen indicadores específicos asociados al abuso sexual infantil (Müller, M.B. y López M.C., 2011 y Giberti, E. 2015) que están presentes en la sintomatología que presenta L: pérdida del control de esfínteres (encopresis), síntoma asociado al descontrol que resulta el haber atravesado situaciones de inseguridad; miedos y terrores intensos (a la oscuridad, a quedarse y/o dormir solo); trastornos del sueño (pesadillas, terrores nocturnos, etc.) habituales cuando se han padecido vivencias donde ha habido un exceso de estímulos tornándose por esta razón traumáticas, vivencias a las cuales se intenta dar sentido; conductas regresivas (volver a hablar como bebé en algunas ocasiones); baja autoestima (que aparece en la excesiva culpa) y sentimientos de estigmatización.

Asimismo, podemos constatar que en los dibujos de L están presentes algunos indicadores asociados al abuso sexual infantil; que en sus juegos (con animales, títeres, etc.) y en los relatos que acompañan dichos juegos, aparecen a través de un lenguaje simbólico referencias concretas a situaciones donde personas adultas hacen daño a algunos niños; y que en sus sueños aparecen miedos específicos a que lo maten o a que maten a sus papás. De igual modo, destacamos como un hecho sumamente significativo el malestar y rechazo vivenciados por el niño al volver al jardín donde a inicios de año y el bienestar y alegría expresados al ingresar al nuevo jardín.

Por todas las razones antes expuestas, aunque haciendo la salvedad de que nuestro trabajo es realizado desde un ámbito y desde una intencionalidad netamente terapéutica y no en función de recabar pruebas a nivel judicial, podemos

afirmar que L. presenta síntomas y signos que son compatibles con una situación de abuso sexual infantil y, por ende, compatibles con la vivencia de una situación traumática³⁰.

8.3.2.2. La historia de Federico

Federico está siendo atendido desde el área de psicología del Centro de Atención Primaria de la Salud de Parque Industrial (Zona Sanitaria Metropolitana, Provincia del Neuquén) desde finales de junio del corriente año y hasta la fecha. Motivo de derivación/consulta: Z61.5 Problemas relacionados con el abuso sexual del niño por persona ajena al grupo de apoyo primario (CIE-10).

Los **síntomas y signos más significativos que F presentaba inicialmente** eran: pesadillas durante la noche (sobre todo una referida a una hamburguesa que lo quería comer) de las cuales se despertaba llorando y con mucha angustia, situación en la se hacía muy difícil calmarlo; episodios de autoagresión donde se lastimaba la piel y/o se golpeaba la cabeza contra la pared; dificultades para hacer caca en relación a las cuales hacía referencia a *“cuando le tocaban la cola en el jardín”*; dificultades en la alimentación (al principio comía poco, luego empezó a hacerlo con mucha ansiedad); escasos momentos de juego en la casa y muchas horas de televisión; trato agresivo hacia los juguetes (los tiraba, los rompía); agresividad con sus hermanas; dificultades en la modulación de los afectos (pasaba de *“ser muy correcto”* a emitir insultos); el escuchar voces que le dicen *“vení, vení”*; etc. Asimismo la familia refirió la existencia de convulsiones a partir de las cuales el niño se encuentra medicado con Logical por médico del Hospital Castro Rendón (Neuquén Capital). Algunos de los síntomas y signos mencionados han ido remitiendo a partir del tratamiento psicoterapéutico mientras que otros han tenido tanto avances como retrocesos. No obstante, desde una perspectiva global, se evalúa que ha habido una mejoría general a nivel terapéutico y una disminución/remisión de los síntomas.

La **estrategia de intervención desarrollada** ha incluido la realización de entrevistas vinculares del niño y su madre; sesiones individuales con F; y la inclusión del niño, su madre, sus hermanas de 1 y 7 años respectivamente y, eventualmente de su padre –quien por razones laborales ha podido asistir sólo en algunas ocasiones-, en el espacio de *“La Casita Parque Industrial: para que la existencia de los hijos sea bonita”*. Dicho espacio es un dispositivo colectivo de salud mental orientado a niños pequeños, sus familias y familias gestantes desde el que se realiza un abordaje preventivo-asistencial de la situación vincular-familiar de cada niño y familia a la vez que es una estrategia de asistencia y prevención de la violencia. Desde finales de junio y hasta la fecha, la asistencia por parte de F y su familia ha sido continua lo que ha posibilitado un conocimiento en profundidad del niño y su familia y un acompañamiento psicoterapéutico con continuidad.

Desde el inicio F se mostró muy integrado al espacio, cómodo y desenvuelto. Se muestra contento y dice que le gusta venir al dispositivo. Igual expresión tiene su hermana B. quien se ha mostrado muy contenta de venir al espacio. Los juegos de F. han siempre muy variados: dakis, ladrillos, cuentos, armatrones, títeres (con escenas donde hay por ejemplo dos payasos y también aparecen personajes feroces como lobos o dragones comiéndose y mordiéndose, etc.), animalitos, juegos reglados (aunque a veces es muy pequeño para determinados tipos de juego), disfraces, autitos, etc.

En el contexto terapéutico, F es un niño que prefiere no hablar directamente de las situaciones que lo angustian sino expresarlas vía el juego, el dibujo, las figuras con plastilina, etc. situación ésta que se ha respetado no sólo porque se está trabajando desde un espacio psicoterapéutico sino porque entendemos que los dibujos y los juegos, más que las palabras, son la vía privilegiada de expresión de los niños. En algunos momentos de dichos juegos han aparecido signos de angustia (por ejemplo, cuando un dinosaurio se lleva al otro como si lo estuviera raptando; cuando aparecieron títeres/payasos y él mencionó hizo referencia a *“un payaso bueno y a un payaso malo”*; ante algunos muñecos de sexo masculino; etc.) que parecen conectarse con algunos recuerdos de hechos sucedidos en el jardín y vivenciados como traumáticos.

En el último tiempo, F está relatando más a su mamá algunos hechos de los hechos sucedidos en el jardín luego de lo cual, generalmente, se queda más tranquilo y duerme mejor. Asimismo, en este momento, el niño se encuentra un poco más tranquilo, habiendo disminuido también las peleas con sus hermanas; con menor ansiedad; con menos pesadillas; pudiendo ir al baño sin tantas dificultades; pudiendo jugar más; pudiendo dar expresión a sus sentimientos; etc. No obstante ello, en los momentos en que aparecen algunos recuerdos y/o se encuentra frente a alguna persona que reconoce como vinculada a los hechos sucedidos en el jardín, F. se pone muy mal, empieza con dolores de cabeza,

³⁰ Estos tres últimos párrafos fueron escritos en el marco de un informe presentado a la justicia y a pedido del fiscal que interviene en la causa.

no quiere ir a los lugares donde dice reconoce a algunas personas que vinculadas a los hechos sucedidos en el jardín, no quiere ver a esas personas, se golpea la cabeza contra la pared, etc.

Durante todo este tiempo se ha venido trabajando fundamentalmente: a) en relación a la mamá y al papá: en el sostén de modo de que ellos puedan escuchar/sostener a su hijo; b) en relación al niño: en la expresión/habilitación de sentimientos a partir de los relatos espontáneos que hace; en la confianza y seguridad de que pueda contar a sus papás y en el espacio terapéutico lo que piensa, lo que teme, lo que se pregunta, etc.; en la modulación de sus emociones; y acompañando la elaboración a través del juego, el dibujo, el trabajo con plastilina, etc. de las situaciones que lo angustian; c) en relación a sus hermanas, sobre todo a B., en la reacomodación de los vínculos familiares (B. ha reclamado algunas veces mayor atención por parte de sus padres quienes, en el último tiempo, han estado pendientes de la situación de F) y la mejor relación con ella. Se continuará trabajando en este sentido.



Sintetizando algunas apreciaciones en relación a lo hasta aquí expresado, podemos decir que los signos y síntomas que indican la existencia del abuso sexual infantil son múltiples y variados y, como en cualquier otra sintomatología, los efectos dependen de cada niño/a. Sin embargo, existen indicadores específicos asociados al abuso sexual infantil (Müller, M.B. y López M.C., 2011 y Giberti, E. 2015) que están presentes en la sintomatología que presenta F.: pérdida del control de esfínteres (encopresis), síntoma asociado al descontrol que resulta el haber atravesado situaciones de inseguridad; trastornos del sueño (pesadillas, terrores nocturnos, etc. con una fantasmática de devoración oral) habituales cuando se han padecido vivencias donde ha habido un exceso de estímulos tornándose por esta razón traumáticas, vivencias a las cuales se intenta dar sentido; fobias; síntomas de apariencia psicopatológica propios del desarme psíquico que produce la vivencia de una situación traumática; trastornos psicósomáticos y conductas de autoagresión. Por esta razón, aunque haciendo la salvedad de que nuestro trabajo es realizado desde un ámbito y desde una intencionalidad netamente terapéutica y no en función de recabar pruebas a nivel judicial, podemos afirmar que F. presenta síntomas y signos que son compatibles con una situación de abuso sexual infantil y, por ende, compatibles con la vivencia de una situación traumática³¹.

8.3.2.3. Complejidades de este último tiempo de tratamiento

A mediados de este año, se evaluó como necesaria una **interconsulta psiquiátrica** en relación a L. porque no descansaba durante la noche, estaba muy inquieto motrizmente, se angustiaba en repetidas oportunidades, etc. También habían ocurrido algunos episodios de autoagresión y de agresión hacia su madre. A esto se sumaban las “voces/pensamientos” en las cuales el pelado le decía que matara a su madre. “Pero yo no te quiero matar” le decía angustiado L a su mamá.

Aunque siempre se trató de evitar la medicalización de la situación, lo explicitado en el párrafo anterior hizo que se pensara al tratamiento psicofarmacológico como una posibilidad y, a partir de que L. comenzó dicho tratamiento, algunos de los síntomas antes descriptos fueron remitiendo.

En este momento L. tiene muchas mayores posibilidades de jugar con otros niños –tanto dentro como fuera de la sesión- sin estar tan pendiente de si lo aceptan y sin angustiarse aun cuando, en algunos casos, ha tenido que invitar reiteradamente a algunos de sus compañeros para que jueguen con él. Actualmente también L puede invitar y jugar con su mamá a quien durante todos los primeros meses dejaba de lado para ir a jugar con alguna de las terapeutas. ¿Menos monto de angustia en la madre que permite a L acercarse a ella en lugar de alejarse ante la primera oportunidad? Mayor presencia/acompañamiento del padre y cierto corrimiento de la madre. Asimismo, en contraposición lo que ocurría durante el primer tiempo del tratamiento, L. actualmente no pide llevarse juguetes del espacio terapéutico a su casa aunque sí a veces él trae juguetes a la sesión que se lleva de nuevo a su casa al finalizar la misma.

³¹ Este último párrafo fue escrito en el marco de un informe presentado a la justicia y a pedido del fiscal que interviene en la causa.

En la situación de F. también fue necesaria una interconsulta psiquiátrica a mediados de año porque era muy marcado su estado depresivo³² y había comenzado con muchas conductas de autoagresión: tomar cuchillos y decir “matame, matame”; lastimarse con tijeras las muñecas; chupar pilas; etc. F también ha podido mejorar a partir de la continuidad del tratamiento psicoterapéutico y el inicio del tratamiento psicofarmacológico aunque hay avances y retrocesos.

En algunos momentos F. se ha angustiado ante situaciones que le recuerdan a personajes involucrados en la situación de abuso. La última vez que sucedió esto fue cuando con su familia fueron al circo y vio a un payaso “pelado” que le recordó al “pelado”, el principal implicado en la causa judicial. Al inicio del tratamiento F. buscaba siempre juegos estructurados. ¿Estructura para no desestructurarse? En contraposición, actualmente puede desarrollar –y se trabajó mucho para que ello fuera posible- juego de tipo más expresivos y dramáticos a través de los cuales puede ir elaborando sentimientos, frustraciones, enojos, etc.

8.3.2.4. Abuso sexual infantil y trauma

No hay situación que sea traumática en sí misma salvo la situación de abuso sexual infantil (ASI). Esto provoca funcionamientos traumáticos, un plus de trabajo para el psiquismo. Al inicio del tratamiento de L. y F. esto aparecía claramente sobre todo en las pesadillas que ambos niños sufrían.

¿Qué hace que algo sea disruptivo? Que sea inesperado, que interrumpa lo normal, que mine la confianza en los otros, que amenace la integridad física, distorsionar o destruir el hábitat. Todos estos elementos están presentes en el ASI y en las situaciones de estos dos niños. L., durante todo el primer tiempo de tratamiento, no podía soportar que otro niño no quisiera jugar con él: culpa, ruptura de la relación de confianza con el otro. L. tampoco podía soportar los “no”: lloraba, se empacaba, hacía berrinches.

La **vivencia de desamparo** es central en la clínica de lo traumático. En los casos de abuso hay intención producir intencionalmente una subjetividad desamparada, de atacar la matriz relacional. **Falla la articulación entre afecto y representación.** Más que relatos acabados hay relatos pro-articuladores. En las situaciones de los dos niños que estamos analizando hay vivencias angustiosas ante ciertos juegos o palabras, palabras –como la de “robadores” o “secreto”- que aluden a la situación traumática. En el caso de F. hubo un relato primero explícito de la situación de abuso y otro relato en cámara Gesell pero en los cuales aparecía cierta distonía entre el contenido y la afectividad que lo acompañaba. Discordancia entre lo que dice y el afecto porque lo que se dice no está elaborado. Exceso. Luego hubo relatos pero más fragmentarios o proto-relatos que se fueron presentando espontáneamente en su vida cotidiana y en la medida en que su mamá/papá pudieron ir escuchando.

Los abusos, en tanto situación traumática, no son relatables o, en todo caso, **el relato de la situación de abuso es algo a lo que hay que llegar.** En este caso F. pudo hacer un primer relato y también relatarlo en la cámara Gesell pero, probablemente, debido probablemente dichos relatos fueron posibles en el marco del proceso de escisión que de alguna manera operaba en él y que aparecía en esta disonancia entre el contenido del relato y los afectos que lo acompañaban (risas). En el caso de L. no hay relato a través del discurso. En ese sentido podemos decir que **“el trabajo en el trauma es justamente que se pueda llegar a narrar lo acontecido”** (Punta Rodulfo 2016:153).

El abuso sexual infantil es un **acontecimiento distónico** que exige ser procesado, metabolizado. Nos preguntamos entonces cómo ese psiquismo batalla y metaboliza aquello que se le impuso. De esa batalla por dar sentido al sin sentido creemos surgen “las voces”, la culpa, las risas inmotivadas, los recuerdos angustiosos que aparecen como imágenes o como “memoria corporal”, etc.

En los niños que han padecido ASI encontramos introducto, angustia traumática, vivencia de vacío, pesadillos, vivencias de desvalimiento psíquico. **“Ningún trauma es justificado solamente por los traumas anteriores”** (Punta Rodulfo, 2016:150). Esta frase me hace volver a mis primeros pensamientos cuando conocí a F. y en relación a quien me preguntaba si era un niño que, previamente a la situación de abuso, ya tenía alguna dificultad de nivel psicopatológico o no. Claramente, aún no habiendo predisposición anterior, la situación de ASI puede explicar todos estos síntomas.

Lo disruptivo es un concepto relacional. En ese sentido, en la situación de estos dos niños, uno de los elementos “positivos” es que el abusador es externo al grupo familiar y que, desde un primer momento, el relato (discusivo, lúdico,

³² “Un grupo de investigadores centro europeas y franceses [...] logró comprobar científicamente los singulares efectos patológicos del secreto sobre la mente inmadura del niño pequeño. Por una parte estos efectos se traducen en distintos tipos de disociaciones psíquicas, depresiones y tendencias adictivas. Tienen, además, una repercusión transgeneracional que excede la persona del hijo [...], dañando el tejido psíquico más allá de él, e incluso en sucesivas generaciones” (Punta Rodulfo, 2016:154).

gráfico, etc.) de los dos niños fue creído por sus familias. Este punto también hace también al pronóstico. Así, si bien se trata de una situación traumática que dejará una herida, algo muy importante será/es el acompañamiento que las familias están haciendo a estos niños, familias que también están siendo atravesadas por esta situación traumática. Incluso, la movilización que se ha producido entre los mismos padres, el encuentro entre ellos, la acción colectiva, etc. también puede pensarse como acciones y vivencias que protegen tanto a los niños como a las familias de la situación que están viviendo.



Los niños abusados introyectan la culpa que tendría que sentir el abusador. Esto se ve claramente en L. quien, al inicio del tratamiento, estaba todo el tiempo diciendo que todo le salía mal y pendiente de la aprobación de su madre o de los otros niños. Los niños, además, sienten culpa por haber contado, aparecen “voces” que tiene que matar a su madre –“el pelado dice que te mate mamá pero yo no te quiero matar”. Amenazas de que, si contaban el “secreto”, les iba a pasar algo a sus madres/padres: “yo no quiero que te maten, yo no quiero que te maten” ha dicho muchas veces L a su mamá. Esa culpa introyectada hace también que los niños digan y luego se desdiga no que sean ellos los que se sientan malos: “yo soy malo” ha dicho repetidamente L. L también muchas veces ha relatado ciertos sucesos o identificado en el pueblo a alguna persona relacionada con los hechos traumáticos y luego ha desmentido lo dicho o visto. Recién cuando su madre le decía que a ella le parecía que lo que contaba era verdad y que había otros niños que habían contado lo mismo, él asentía y se sentía aliviado. Siempre hay retractación porque los chicos empiezan a dudar de sus propias sensaciones y cuentan lo sucedido pero después se arrepienten porque sienten culpa.

En la vivencia traumática, hay una **escisión de la experiencia** no vivida conscientemente y por lo tanto no recordable. Esto es lo que se llama el **teratoma** y que vuelve como **introducido** en las “voces”, por ejemplo, o en ciertos intentos de agredirse o agredir a otros, etc.

En este marco, a la dimensión traumática del ASI, hay que sumarle **lo siniestro**. Lo siniestro implica que lo familiar y lo no familiar, mutan. Algo familiar se vuelve no familiar. En esos casos, aunque no se trata de abusos intrafamiliares, “lo familiar de la escuela” se vuelve extraño. Las maestras, el resto del personal, etc. que debían protegerlo los exponen y producen una situación de desamparo. El cuerpo que era del niño deja de serlo. Sus sensaciones, sus zonas erógenas ya no son suyas.

En la vivencia traumática lo que hay es **angustia automática**, no angustia señal. En L. y F. lo que aparece es la angustia frente a ciertos juegos (princesitas, por ejemplo) o ante ciertas palabras “secreto”, “juguetón”, etc. Masud Kan (1980) sostiene que el trauma se constituye en el contexto de la relación con la madre que no cumple con sus funciones de barrera antiestímulo aludiendo, por tanto, a una forma patológica de funcionar el medio. En el caso de L. tenemos, al inicio del tratamiento, una madre inundada de angustia de la que su niño de alguna manera escapa. L. llega a la sesión y enseguida se pone a jugar con alguna de nosotras dejando a su madre con alguna de las otras terapeutas. Como si nos dijera, “ahora que están ustedes, aprovecho para que se hagan cargo de mi mamá y yo me pongo a jugar tranquilo”. Recién en estos últimos meses la mamá de L. se ha encontrado un poco menos angustiada y L. ha permanecido con ella invitándola a jugar y pudiéndose quedar cerca de su madre gran parte de la sesión.

Cuando uno como terapeuta dice “los que tienen que saber que esto no se hace son los adultos” –o trabaja para que las madres/padres se lo digan al niño como ha ocurrido sobre todo en las situaciones en las que hemos trabajado- el chico sigue trayendo el material. Tanto con L. como con F. hubo mucho trabajo en este sentido con las mamás/papás. Los niños en general no hablaban mucho de las situaciones de abuso en las sesiones. Sin embargo, sí lo hacían espontáneamente en sus casas. En ese marco, lo que fuimos haciendo, fue hablar con las madres/padres de esto que relataban los niños y pensar palabras, sentimientos y actitudes de parte de ellos que ayudaran a validar los relatos, las vivencias, las sensaciones y aliviaran la culpa.

Respecto a lo **transgeneracional en lo traumático** puedo decir que todo el tiempo me he preguntado por lo que el hecho significa para las madres/padres desde su propia historia. En el caso de L. aparece claramente una mamá que en algún momento de su niñez-pre-adolescencia vive una situación traumática donde, al ser relatada, no es creída por su

entorno familiar inmediato. Quizás esta situación –sumada a lo ocurrido a su hijo- explique de alguna manera la intensa angustia de la cual le costó correrse a esta mamá. Por su parte, la mamá de F., relata que su propia madre –la abuela de F.- siempre ha estado pendiente y temerosa de que les pasara “algo” en relación a su intimidad. De hecho, fue a esta abuela a la que F. le cuenta por primera vez lo sucedido en el jardín al momento en que le pregunta a su nieto “*si le habían hecho algo malo*”.

Hay escisión y “olvido” ante los hechos traumáticos. No obstante, hay también **recuerdos corporales**. En los niños cuyas situaciones estamos analizando los recuerdos corporales aparecieron, por ejemplo, en las reacciones de angustia ante situaciones en que sus mamás les querían sacar sus ropas. Ambas mamás comentaron situaciones en las que, estando los niños dormidos, quisieron sacarles el pantalón para que durmieran más cómodos y ellos empezaron a gritar y angustiarse. Hay desapropiación, pérdida de la subjetivación del cuerpo, no hay registro del cuerpo. ¿Cómo re-apropiarse del cuerpo y las sensaciones?

F. una vez se encontraba en el sector de los disfraces mientras todos los demás chicos estaban disfrazados y pidió a una de las terapeutas que le diera un traje. Lo pidió pero quería que se lo pusiera su mamá. Cuando se sacó el buzo que tenía puesto cuidaba mucho que no se le saliera la remera y miraba mucho hacia los costados. Cuando terminó de vestirse, se acercó a la terapeuta para mostrarle el disfraz y le contó que una vez se le levanto la remera y no le gusto.

Los recuerdos corporales aparecieron también en las dificultades que ambos niños presentaron durante largo tiempo para ir al baño. Zonas erógenas que quedan desapropiadas del cuerpo del niño. Desde allí quizás puedan entenderse también los intentos de autoagresión. Esto se ve más claramente en el caso de F quien en algunos momentos –en el marco de los cual se decidió hacer la consulta al área de psiquiatría- comenzó a chupar pilas, lastimarse con tijeras, comer papel, etc. L. también tuvo momentos en que, tomando un cuchillo, quería lastimarse o lastimar a su madre.

8.3.2.5. El juego y el jugar

Según Winnicott, **cuando un niño juega hace ahí un trabajo enormemente trascendente para su subjetividad y para metabolizar situaciones de sufrimiento. Sin embargo “la primera evidencia en la que Winnicott se detiene es el placer que el jugar procura”** (Rodulfo 2009: 200). El juego, como bien lo apuntó Ricardo Rodulfo, no es sólo repetición de lo displacentero sino que parte del placer y de la pura alegría de jugar. Esto último nos ayudó a pensar a los niños más allá de la situación traumática y a ayudar a las familias a que también los pudieran pensar/pensarlos/pensarse más allá del abuso. Sobre todo en el caso de la mamá de L a quien le costaba enormemente dejar de vivir a su hijo y relacionarse con él más allá del hecho traumático.

El concepto de **objeto transicional** de Winnicott y la idea de **lo transicional** como puente no sólo entre lo interno y lo externo sino entre las distintas cuestiones que hay para integrar planteada por Marisa Rodulfo en las clases nos ayudó a pensar la situación de que L necesitaba llevarse siempre un juguete al inicio del tratamiento y cómo esta necesidad fue desapareciendo en la medida en que él fue logrando avanzar en su proceso terapéutico.

Yolanda Gampel descubrió algo que llamó **objeto tesoro**: una melodía que se repetía, un olor, un cachito de chocolate, otros objetos chiquititos. Algo semejante a los **objetos transicionales** que posibilitaban la ilusión (de que se iba a volver, de que estaba viva la mamá, etc.) y que marcaban la continuidad con buenas experiencias del pasado, sustrato de seguridad y que se convertía en un elemento de esperanza. Objetos tesoros que sostienen el narcisismo y que condensan la buena vida previa.

“Se trata de objetos cotidianos vinculados con la vida familiar, y que responden a una necesidad profunda. Estos objetos representan la continuidad, y la seguridad. Puede ser un objeto concreto cualquiera, o incluso el recuerdo de una palabra, de una melodía, de un olor, puede proporcionarle al niño un apoyo vital. Ese objeto se convierte en un símbolo de amor primario, y al seguir llevando consigo a ese objeto vivo, el niño puede preservar su vida psíquica. A pesar de las brutales separaciones, las pérdidas, la muerte, cada niño encontró psíquicamente una “ilusión metaforizada”....” (Alazraki Fantoni, 2015).

Hay una **repetición** al servicio de la diferencia que es distinta a la repetición compulsiva que tiene que ver con lo traumático. Esta última es una repetición que implica re-elaboración, que es diferencia. Lo que aparece en estos niños es repetición de algunos juegos, angustia ante determinadas palabras o situaciones, etc. No hay un relato directo de lo ocurrido sino pequeñas señales que van apareciendo. En ese sentido, del lado del terapeuta, debe haber un trabajo intenso de buscar en el relato, en el dibujo, en las producciones con masa, etc. las huellas de lo ocurrido. Hace falta una lectura minuciosa. No hay que esperar relatos, lo que tengo son vivencias, develaciones parciales. Luego, si alguien los

escucha, entonces hay develaciones totales. La develación es un proceso y puede llegar sólo con el análisis profundo. Y, en cuanto al juego, éste podrá aparecer –según Winnicott- sólo bajo ciertas condiciones de seguridad.

A F. siempre le costó jugar juegos más desestructurados. Salvo el primer día que, junto a sus papás, estuvo mucho tiempo jugando con ladrillitos, dakis, títeres, etc. Luego, en general, entraba y buscaba jugar a juegos de mesa. ¿Juegos estructurados para no desestructurarse? En la casa su mamá decía que veía mucha televisión o jugaba mucho a la play. Fuimos trabajando con él y con su mamá la posibilidad de ir facilitando algún otro tipo de juego que le permitiera a F procesar de algún modo sus vivencias, sus emociones. Esto se fue logrando. En una de las últimas sesiones, cuando F había quedado especialmente angustiado porque había ido al circo y había visto un payaso pelado que le recordaba a “el pelado”, igual pudo jugar con animalitos y autitos.

8.3.2.6. Acerca de quién es el paciente y la capacidad de reverie de l@s familias

En estos dos casos, podríamos decir que mucho del trabajo que hicimos con estas familias, más que con los niños, tuvo que ver con poder **sostener y fortalecer la capacidad de reverie de las madres y padres**. Sostenerlos a ellos para que ellos pudieran sostener a sus niños.

Mucho de ese trabajo tuvo que ver con **evitar un destino patológico** donde terminara habiendo una victimización deshumanizante y un deslizamiento desde el lugar de damnificado al de víctima (fijación). La victimización congela, anula el futuro, hace que el pasado –ese pasado traumático- sea un eterno presente. De los dos casos analizados, donde aparece más patente esta dificultad, es en L. a cuya mamá le sigue costando hasta el día de hoy pensar a su hijo por fuera de la situación traumática. En ese sentido podemos decir que hubo –y sigue habiendo- todo un trabajo de correr a este niño de ser sólo niño-víctima-de-abuso-sexual-infantil. Correrlo de allí para que pueda ser pensado, sobre todo por su madre, desde otro lugar, desde lugar de niño más allá de niño-víctima.

A la pregunta de **¿quién es el paciente?**, a veces respondemos “son todos”, especialmente en las situaciones de ASI donde el trauma atraviesa no sólo al niño sino a su familia y donde las modificaciones –como ésta de evitar un destino patológico- depende de las transformaciones subjetivas no sólo del niño sino también de sus otros significativos.

8.3.2.7. El papel del analista

Como dijimos más arriba, las personas que han vivenciado hechos traumáticos suelen tener **más sensaciones que relatos**. En ese marco, **el terapeuta actúa como caja de resonancia, como metabolizador** ayudando a dar a las sensaciones sentido, devolviéndole al niño las sensaciones ya masticadas. **Dar figurabilidad a las interpretaciones vivenciales**. En estos dos casos, pero en alguna medida siempre, el **trabajo de co-metabolización** fue también dirigido fuertemente a los padres. Sostener a las familias para que ellas puedan sostener a sus hijos. Ayudarlas a entender los comportamientos que iban apareciendo, los avances y los retrocesos, cómo ir reaccionando ante lo que hacían o decían sus hijos, etc.

La **interpretación figurativa** tiene que ver con ligar sensaciones con una figura, no con una imagen, ya que una imagen ya es fantasía. “El analista (aquí coinciden Winnicott y Aulagnier) no debe limitarse a interpretar lo reprimido, sino que tiene también que interpretar en el sentido de escribir de nuevo lo nuevo” (Punta Rodolfo, 2005: 62). En la **figura** seguimos hablando de sensación. El **afecto** de lo originario es la **sensación**, la **emoción**, hay otro. El afecto secundario es el **sentimiento**, una emoción comunicable. Las sensaciones son sensoperceptivas, en cambio las emociones implican al otro. La significación implica lo originario más lo aportado por el otro.

El trabajo del análisis es un trabajo de entramado, de historización. En estas situaciones, **hay que re-construir la confianza en el otro**, la confianza que ha sido dañada. **Ofertar un lugar, construir un “entre”**: “juntos vamos a tratar de entender qué te pasa”. Muchas veces con F., y ante su vivencia de escuchar voces que le decían “vení, vení” le repetíamos hasta el cansancio que esas voces seguramente lo asustaban y que no se quedara solo con ellas; que, cuando escuchara las voces, le contara a la mamá, al papá, a quien tuviera al lado que las voces estaban, lo que le decían, que sentía miedo, que pidiera ayuda.

Trabajar con alguien traumatizado saca de las reglas del psicoanálisis más clásico: uno agarra a upa, uno no espera asociaciones en silencio, uno da imágenes, etc. En una de las últimas sesiones con L., y aunque en algún momento de nuestra formación se nos indicara que no había que intervenir en el juego de los niños salvo si aparecía angustia, ayudamos a L. a armar una escena donde “**encerrábamos a los malos**” (dinosaurios, cocodrilos, etc.) y los dejábamos allí

hasta la semana siguiente. Se acerca el juicio, “los malos” que están en la cárcel deberían quedar allí pero aún no se sabe, etc. Se creyó que ayudaría al niño dramatizar esa situación, los miedos, las expectativas, la angustia.

8.2.3.8. TODO LO QUE TE HICIERON, LO DEJASTE ACÁ...



Algo más que quisiera compartir es un mensaje enviado por los Compañeros de Casa de las Palabras el 11-03-14 a propósito de la muerte de Aída Saks y hace alusión al trabajo de Aída –referente de Casa Verde en Buenos Aires- a su trabajo en una situación de ASI:

“Estuve leyendo la dedicatoria a la querida Aida Saks, y quiero comentarle que ella trató a mi nene, Jorge, desde 2010 hasta un mes antes de fallecer. Mi nene era abusado de bebé hasta los 2 años y 7 meses por su papá y Aida permitió, con su pericia, su amabilidad y su calidez, que mi nene hablara en una de las pericias en el Cuerpo Médico Forense. Y yo diría que nos salvó la vida, porque con su testimonio en sede penal pudimos vivir en paz hasta hoy. Aída Saks era una mujer tan comprometida, que cuando ya sabía que iba a fallecer, la última vez que la vimos, nos había citado para despedirse. A Jorge le dijo "bueno, todo lo que te hizo tu papá lo dejaste acá", y Jorge se fue tranquilo, como siempre que salía de su consultorio. Gracias por el homenaje que le hicieron, la sonrisa de mi nene también es un homenaje a Aida.”

8.3.1. INTERVENCIONES SUBJETIVANTES Y ESTRUCTURANTES CON NIÑ@S PEQUEÑ@S Y SUS FAMILIAS³³

Si bien hasta aquí hemos relatado no sólo los motivos de consulta y las situaciones que abordamos sino también las intervenciones que hemos desarrollado en relación a las mismas, a continuación presentaremos dichas intervenciones según los ejes de trabajo de Casita Arco Iris y de otras categorías que han ido surgiendo de la propia práctica. Esto a partir de la revisión de los registros del equipo de trabajo, las historias clínicas y el análisis de las situaciones clínicas antes realizados y porque constituye uno de los objetivos principales de este trabajo de investigación. Cada intervención está relatada de manera simple y sencilla pero mostrando también su profundidad y va acompañada de algunos ejemplos que son re-creación de las intervenciones efectivamente realizadas.

8.3.1.1. Reforzamiento de la Identidad



Imagen publicación Fundación La Causa de los Niños, Unicef, Argentina.

³³ Una versión preliminar de este apartado ha sido presentado bajo el título Prácticas comunitarias y subjetivantes en Atención Primaria de la Salud. Intervenciones con niños pequeños, sus familias y familias gestantes en el V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional Psicología XX Jornadas de Investigación, Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. 27 al 30 de noviembre de 2013. ISSN 1667-6750.

Siguiendo a Fushimi y Giani (2009) podemos decir que la identidad se construye a través del siguiente tipo de intervenciones: dar la bienvenida a cada uno, presentándonos con nuestros nombres y funciones; ubicar al niño en su propio lugar dentro de la familia reconociendo su origen; hacerlo sentir único e importante, dueño/a de un cuerpo y una vida; y evitar rotular a las personas deshumanizándolas o identificándolas por síntomas.

En ese sentido, de las intervenciones realizadas en Casita Arco Iris, consideramos están relacionadas con este eje las que a continuación detallamos:

- ✓ **Preparar el “nido” para el bebé que está por nacer:** *“Tu hermanito está por nacer, ¿ya le eligieron un nombre? ¿sabés dónde va a dormir y si ya tiene alguna ropita que le hayan comprado o regalado?”;*
- ✓ **Ir creando el espacio psíquico/simbólico para recibir a los bebés que están por nacer:** *“Aunque a vos todavía te cueste mencionarlo, en el papelógrafo de bienvenida también vamos a anotar a M. que están en la panza de tu mamá; él ya nos escucha y siente lo que le decimos”,*
- ✓ **Cuestionar ciertas etiquetas y rótulos que se asignan a los niñ@s** y que suelen remarcar sobre todo los aspectos negativos de los mismos: *“¿Cómo es que a D. le dicen Chucky (muñeco diabólico)? ¿quiénes? ¿por qué? quizás eso no esté ayudando a que él se porte mejor...”;*
- ✓ **Llamar a cada uno por su nombre** y no por su rol: *“Hola J. ¿cómo se llama tu mamá? Porque ella tiene un nombre además de ser tu mamá y nosotros no le podemos decir mamá”;*
- ✓ **Subrayar la particularidad de cada persona** como alguien único e irrepetible: *“S. tu mamá te cuida quizás demasiado porque tiene miedo que le pasen algunas cosas que le sucedieron con tu hermano mayor, pero vos sos una personita distinta y seguramente tu historia será diferente a la de tu hermano”;*
- ✓ **Fortalecer el papel de los adultos** ayudando a **diferenciar roles y responsabilidades** de niñ@s y grandes en función de que cada uno ocupe su lugar: *“A veces pareciera que vos A. mandás a tu mamá en lugar de ser ella quien te indique las cosas. Quizás eso hace que te sientas tan responsable por tus hermanitos”;*
- ✓ **Alentar las características, acciones y avances positivos** tanto de niñ@s como de adultos, sobre todo cuando la familia enfatiza generalmente las características negativas: *“Aunque la mamá dice que E. no sabe escribir, aquí en Arco Iris parece que algunas cosas sí sabe porque puede escribir en el papelógrafo su nombre, su edad, el nombre de su mamá y cómo se siente”;*
- ✓ **Disminuir el nivel de exigencia de los padres hacia los niños** ayudando a **entender y respetar los tiempos de cada uno** de ellos: *“L. todavía va al jardín, es esperable que aún no sepa escribir, todavía tiene mucho tiempo para aprender”;*
- ✓ **Ayudar a diferenciar las necesidades y vivencias de los adultos de las necesidades y vivencias de los niños** - sobre todo en relaciones que aparecen como muy simbióticas e indiferenciadas- facilitando, por parte del adulto, la decodificación y la co-metabolización de las necesidades de los más pequeñ@s: *“Por lo que dice, probablemente usted se enojó con su esposo y en lugar de pedirle que la escuche se la agarró con su hijo”;* *“Tu mamá dice que no sos muy deportista pero yo veo que te entusiasma jugar al fútbol así que quizás, a la que no le guste el deporte, sea a ella”;*
- ✓ **Desarrollar y fortalecer la autonomía de cada niñ@** ayudando al desprendimiento progresivo de éste en relación a su madres: *“L. ya no es tan bebé y sería bueno que lo empiecen a dejar ir a jugar con sus amigos y que no haga cosas que él ya puede hacer por sí mismo como vestirse solo, limpiarse la cola cuando va al baño, etc.”;*
- ✓ **Contribuir al establecimiento y fortalecimiento de la diferenciación yo-no yo** contribuyendo al registro del “otro” y favoreciendo el establecimiento de los propios límites corporales no sólo a través de la palabra sino también a través del juego, etc.

8.3.1.2. Intimidación – Prevención de la Violencia



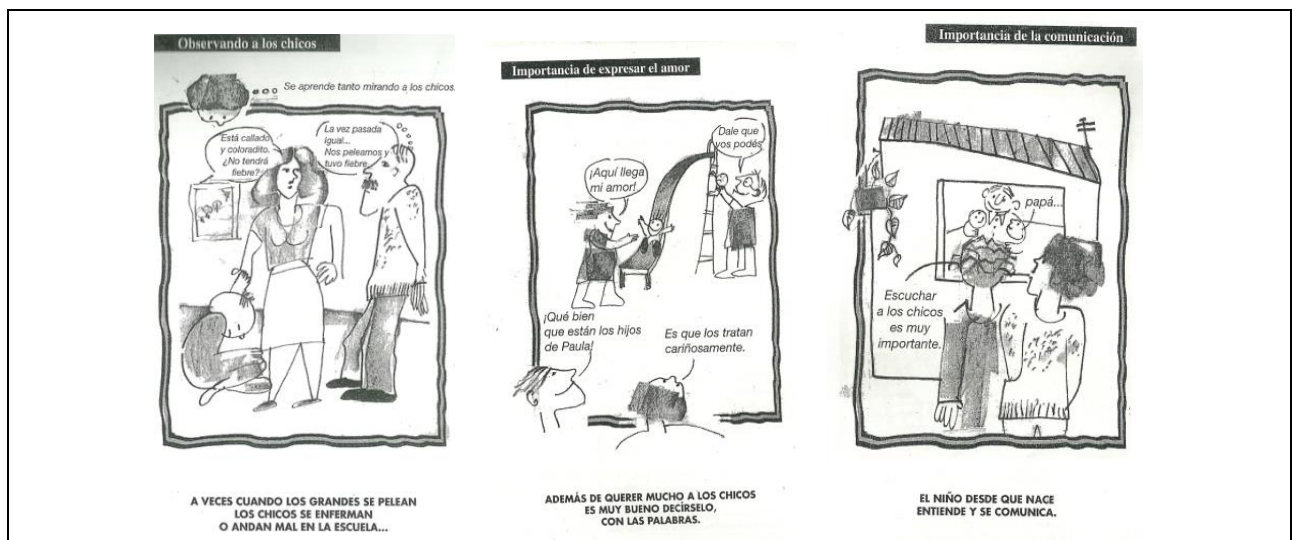
Imagen publicación Fundación La Causa de los Niños, Unicef, Argentina.

Seguindo a Fushimi y Giani (2009) podemos decir que la intimidación se construye a través del siguiente tipo de intervenciones: colaborando en la construcción del espacio propio, desde el lugar para dormir hasta el guardado de las propias pertenencias y su cuidado; diferenciando entre lo privado y lo público; e incorporando desde el inicio de la vida el cuidado del propio cuerpo a través del pudor en las relaciones cuerpo a cuerpo.

En ese sentido, de las intervenciones realizadas en Casa Arco Iris, consideramos están relacionadas con este eje las que a continuación detallamos:

- ✓ **Promover el cuidado del propio cuerpo** enunciando aquellas acciones que no deben ser permitidas sobre el cuerpo de los niños: *“Nadie tiene que hacerte cosas que no quieras, hay partes del cuerpo que nadie más que tú puede tocar”;*
- ✓ **Cuidar la propia intimidad y la de los niños** pidiendo, por ejemplo, permiso cuando se mira o revisa alguna parte del cuerpo: *“Tal vez le podamos pedir a tu mamá que la próxima vez que te mire el pañal a ver si está limpio te pueda pedir permiso”;*
- ✓ **Fomentar el que el niño, a medida que crece, tenga su propio espacio** sobre todo cuando las situaciones de co-lecho se prolongan: *“E. cuando los niños son bebés muchas veces duermen cerquita de su mamá, pero a medida que crecen es necesario que tanto la mamá como los niños se vayan despegando y cada uno vaya teniendo su lugar propio”;*
- ✓ **Escuchar al niño, creer en su relato, validar sus sensaciones y deslindar responsabilidades en las situaciones de ASI:** *“L. los que deben saber que estas cuestiones no deben ocurrir son los adultos”;*

8.3.1.3. Intermediación por la Palabra – Humanización



Imágenes publicación Fundación La Causa de los Niños, Unicef, Argentina.

Siguiendo a Fushimi y Giani (2009) podemos decir que la intermediación de la palabra – humanización se construye a través del siguiente tipo de intervenciones: habilitando la expresión de sentimientos; prestando palabras y sentidos a lo implícito o no-manifiesto; ayudando a entender lo que sucede para comunicarnos mejor; y habilitando la verdad.

En ese sentido, de las intervenciones realizadas en Casa Arco Iris, consideramos están relacionadas con este eje las que a continuación detallamos:

- ✓ **Explicitar**, a modo de hipótesis, **vivencias y sentimientos que pueden estar atravesando los niños**: “Me parece que quisieras ser tan chiquito como tu hermano recién nacido”;
- ✓ **Poner palabras a algunas actitudes o conductas**: “Pareciera que querés volver a ser chiquita porque buscás estar a upa de tu mamá”;
- ✓ **Habilitar la expresión de sentimientos y opiniones en niños y grandes** autorizando espacios donde circule la palabra: “Parece que LD quiere decir algo a su mamá pero que ella no lo está pudiendo escuchar”; “aquí estamos para ayudarte, para escuchar lo que te pasa, para que hablemos de lo que sentís”;
- ✓ **Poner palabras allí donde predominan los golpes**: “Quizás en lugar de pegar a tu hermanita para que te dé el juguete, se lo puedas pedir”;
- ✓ **Insistir en que los niños escuchan y entienden lo que los adultos dicen**, los chicos escuchan lo que decimos y ven lo que hacemos aunque muchas veces los adultos creen que no: “Vos decís que J. no sabe que su papá y su mamá se separaron pero por las situaciones que vos comentás ocurren en casa creo que él ya tiene muchos indicios para darse cuenta de cuál es la situación”;
- ✓ **Insistir en la importancia de que los adultos hablen con la verdad a los niños** aunque las situaciones sean dolorosas o muy difíciles: “A su nivel, con palabras sencillas, pero es importante que L. sepa cómo está su papá”;
- ✓ **Dirigirse al niño en tanto sujeto y no de manera infantilizada** insistiendo en la importancia de explicarles lo que hacemos y decidimos: “Quizás, si en lugar de decirle tutu le dijeras auto, él aprendería cómo se dice aunque ahora le cueste pronunciarlo”;
- ✓ **Ayudar a entender la relación entre lo que hace y siente el niño, lo que ocurre en el contexto y lo que realizan y/o les sucede a los adultos** contextualizando la conducta y encontrándole sentido en lugar de que aparezca como algo extraño: “Quizás M. no pueda aún escribir en la escuela porque no conoce a su maestra ni a sus compañeritos porque aquí, donde nos conocemos desde hace un tiempo, parece que sí puede escribir”;
- ✓ **Ayudar a que los padres puedan acompañar y sostener más a sus hijos** en las distintas situaciones de la vida cotidiana y etapas vitales: “Quizás cuando ella se asusta, estaría bueno –en lugar de irse del lugar donde hay algo que la asusta- que le pudieras decir que vos estás cerca de ella, que la acompañás, que la estás cuidando y que, si fuera necesario, también la pudieras abrazar”;
- ✓ **Acompañar y poner palabras a momentos vitales de crisis y cambio** (mudanza, nacimiento de una hermanita, el inicio del trabajo de una mamá, intervenciones judiciales, duelos, evaluación de un niño por parte de la escuela especial, etc.): “El nacimiento de tu hermanita parece que ha revolucionado todo en tu casa y a vos te han dado ganas de comer como si fueras un bebé aunque ya no lo sos”.

8.3.1.4. Internalización de los Límites



Imagen publicación Fundación La Causa de los Niños, Unicef, Argentina.

Siguiendo a Fushimi y Giani (2009) podemos decir que el límite se construye a través del siguiente tipo de intervenciones: colocando límites en el lugar de trabajo; mostrando que todo no se puede y debemos respetar algunas normas; el límite como respeto hacia uno mismo y hacia el otro; promover la ternura en la relación cuerpo a cuerpo prohibiendo el incesto, no solamente de padres e hijos, sino también entre hermanos; anteponer la palabra al uso de la violencia física; y respetar el lugar de cada uno (padre, madre, hijo, abuelo) entendiendo que el primero que vino a la vida es responsable del cuidado del que vino después y que nadie puede remplazar a otro; los grandes cuidan a los chicos.

En ese sentido, de las intervenciones realizadas en Casa Arco Iris, consideramos están relacionadas con este eje las que a continuación detallamos:

- ✓ **Ayudar a unificar los criterios entre los adultos respecto a la crianza de los niños** especialmente cuando la familia plantea dificultades en la puesta de límites: *“M. es muy caprichosa... mi marido dice que yo la malcrió mucho... con él es diferente, él se pone más firme y le hace caso”*;
- ✓ **Contribuir a que los niños desarrollen su capacidad de espera:** *“Sabemos que tenés muchas ganas de jugar con ese autito pero es necesario que no se lo quites a R. sino que se lo pidas y que puedas esperar a que ella te lo dé”*;
- ✓ **Contribuir a que la mamá y el papá sostengan los límites** recalcando siempre que los límites son tanto para los niñ@s como para los adultos: *“Capaz F. no te ayude que tus papás primero te pongan una penitencia y luego se arrepientan y te la saquen”*;
- ✓ **Señalar contradicciones entre “lo que se dice” y “lo que se hace”,** especialmente de parte de los adultos: *“M. tu mamá dice que te quiere sacar la teta pero apenas empezás a llorisquear ella te ofrece el pecho, quizás eso no te esté ayudando a vos a dejar de tomar la teta”*;
- ✓ **Realizar señalamientos respecto a las actitudes y conductas que se observan en el “aquí y ahora”** del dispositivo en relación a los límites: *“Me parece que a D. le gusta atravesar todo el tiempo los límites porque aquí permanentemente cruza las líneas que hemos trazado en el suelo”*;
- ✓ **Contribuir a que el límite sea entendido** no como algo malo o como castigo; no es el límite que todo el mundo cree es para perjudicar sino que es para crecer **sino el límite como algo bueno y necesario que ayuda a crecer** a grandes y chicos: *“Cuando tu mamá te dice que no a algo te está protegiendo también y te está diciendo que te quiere mucho”*;
- ✓ **Promover el establecimiento de ciertos ritmos cotidianos:** *“Quizás ayudaría a que F. fuera a dormirse más temprano el que se apagara la televisión y hubiera un poco más de silencio y menos luz en la casa”*;
- ✓ **Establecer los límites no sólo con la palabra sino desde la acción:** *“D. He tenido que tomarte con mis brazos porque parece que hoy no podés parar de correr por este lugar”*.

8.2.1.5. Socialización



Imagen publicación Fundación La Causa de los Niños, Unicef, Argentina.

Siguiendo a Fushimi y Giani (2009) podemos decir que esta herramienta subjetiva protectora se construye a través del siguiente tipo de intervenciones: invitando a los grandes y chicos a participar de actividades en espacios públicos; encontrando amigos y creciendo con ellos; transmitiendo pautas de cortesía y buena vecindad; compartiendo con los demás; cediendo un poco del propio interés; y enseñando a respetar el lugar y cuidar a los otros; los grandes cuidan de los chicos.

En ese sentido, de las intervenciones realizadas en Casa Arco Iris, consideramos están relacionadas con este eje las que a continuación detallamos:

- ✓ **Facilitar un espacio de socialización** sobre todo para aquellos niños más pequeños que no tienen otros espacios donde estén en contacto con otros niños: *“A I. le gusta venir acá porque juega con otros niños y aprende a compartir”;*
- ✓ **Señalando que, aunque sucedan, las situaciones de violencia hacia los niños están prohibidas:** *“aunque a veces a vos M. se te vaya la mano con tu hijo y le des un chirlo, eso no debe ocurrir y estamos aquí para ayudarla a ella a que eso no ocurra”;*
- ✓ **Promoviendo la participación de quienes asisten a La Casita a eventos comunitarios:** *“en el barrio, todos los meses, los días de jornada institucional de las escuelas hacemos una actividad dirigida a los niños, el Cineando; allí se pasa una película de manera gratuita y pueden participar tanto niños como adultos”.*

8.2.1.6. Otras intervenciones subjetivantes y estructurantes en tanto herramientas subjetivas protectoras

Aunque relacionadas con los ejes anteriormente expuestos, algunas de las intervenciones realizadas no se corresponden directamente a ellos razón por la cual las detallamos a continuación en un apartado diferenciado:

- ✓ **Sugerir consultas** (al médico, al dentista, al oculista, etc.) **que se evidencian como necesarias desde una mirada integral de la salud:** *“Sería bueno llevar a L. al dentista porque parece que alguno de sus dientes no están del todo bien”;* *“T. se acerca mucho a los libros de cuento, ¿en la casa también hace eso?, quizás convenga realizar alguna consulta al oculista”;*
- ✓ **Escuchar y legitimar las necesidades y sentimientos de los grandes** para que, sintiéndose aliviados y sostenidos ellos, puedan sostener a sus hijos: *“Desde aquí también veíamos la ausencia del papá e imaginábamos lo sola que debías sentirte en la crianza de tus tres hijos”;*
- ✓ **Favorecer el movimiento autónomo en los niños más pequeños:** *“Sería bueno que T. estuviera durante al menos algunos ratos en una colchita sobre el suelo para que se pudiera mover más libremente en lugar de estar tanto rato en el carrito; si querés aprovechamos este rato y lo ponemos en el rincón de los bebés para que pueda moverse en libertad”;*
- ✓ **Ayudar a conocer “lo esperable” en relación al niño según la etapa evolutiva que está atravesando** (control de esfínteres, lenguaje, tiempo de concentración, posibilidad de jugar con otros niños, tipo de juguetes, etc.) sin por ello desconocer la singularidad de cada uno: *“Quizás F. sea aún pequeño teniendo un año y medio para pedirle que deje los pañales”;*
- ✓ **Ayudar a diferenciar las conductas que parecen tener que ver más con caprichos de aquellas que el niño no puede manejar:** *“Me parece que cuando M. está mal, no es que no quiera reconocer los colores para pelearse sino que realmente se bloquea y no puede reconocerlos”;*
- ✓ **Promover la existencia de espacios y momentos de juego en la casa** (dibujo, agua, cuento, disfraces, etc.): *“L. se entretiene mucho aquí con las plastilinas, ¿en la casa tienen plastilinas o alguna vez hacen masa de sal? Quizás sería bueno para ella”;*
- ✓ **Fomentar que los adultos puedan jugar más con los niños** en el espacio del encuentro semanal y en la casa que estén más con ellos, **que los puedan mirar más:** *“Me parece que a tu mamá le cuesta jugar pero quizás si la invitamos, se anime”;*
- ✓ **Animar a que los adultos sigan al niño en el juego** y no tanto que el adulto proponga a qué jugar: *“¿D. A qué querés que juguemos? ¿qué quisieras que yo haga? ¿la invitamos a tu mamá”.*

Además de lo hasta aquí explicitado, podemos pensar también que las estrategias de intervención implementadas se orientan a:

- ✓ **Intervenir en el vínculo tal y como va surgiendo en el aquí y ahora:** *“V. a vos te cuesta perder pero parece que a tu mamá también le cuesta que pierdas porque, de algún modo, organiza todo para que siempre ganes en cada uno de los juegos que hacés”;*
- ✓ **Crear las condiciones para que la propia familia encuentre sus recursos saludables haciendo hincapié en lo sano y no en lo patológico:** *“Creo que en este tiempo han podido hacer muchas cosas que los ayudan como familia a pesar de las dificultades que todavía continúa habiendo”;*

- ✓ **Alentar a los adultos para que tengan sus propios espacios** desde esta idea de que para Doltó, la madre no debería estar consagrada a su hijo, sino más bien orientada hacia (y por) el sujeto deseante que es él: *“es necesario que te ocupes y mucho de tus hijos porque aún son muy pequeños pero también les hace bien a ellos y a vos que tengas algunos ratos para hacer lo que a vos más te gusta”*;
- ✓ **Promover el intercambio y las intervenciones entre los mismos padres favoreciendo la creación de un espacio comunitario donde socializar el malestar:** *“A E. con su hijo le pasaron cosas similares a las que vos estás contando, sería bueno que la escuches así no te sentís tan sola en lo que te está sucediendo”*;
- ✓ **Integrar el sufrimiento y lo placentero como parte de la vida del niño@:** *“aunque generalmente las mamás no queremos que nuestros hijos sufran, tanto lo lindo como lo triste es parte de la vida y lo más importante es que, cuando a los chicos les pasan cosas difíciles, se sientan acompañados por su familia”*.

Los distintos tipos de intervención que hasta aquí hemos descriptos se ponen en marcha no sólo desde la palabra sino **desde la misma distribución del espacio y de los elementos así como también desde las diferentes modalidades de juego**. En este marco, cabe mencionar la definición de dispositivo de Foucault cuando dice que el dispositivo es *“un conjunto resueltamente heterogéneo que incluye discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas, brevemente, lo dicho y también lo no-dicho, éstos son los elementos del dispositivo. El dispositivo mismo es la red que se establece entre estos elementos”*. En este marco también se entienden como estrategias de intervención básicas **la escucha y la observación**.

Sintetizando lo hasta aquí analizado, podemos decir respecto de **las intervenciones desplegadas** en los encuentros semanales, que **muchas de ellas pueden ser entendidas más o menos directamente en el marco de los ejes principales de Casa Verde y Casa Arco Iris** según fueron conceptualizados por Sacks (s/d) y sistematizados por Fushimi y Giani (2009). En ese sentido, los ejes teóricos de la Casita son herramientas orientadoras relativamente sencillas que nos permiten ordenar lo que observamos, decimos y hacemos en dicho espacio terapéutico.

No obstante, otras intervenciones, no se corresponden tanto con los ejes teóricos iniciales del dispositivos sino **que van surgiendo en relación a las distintas disciplinas a las que pertenecen quienes forman parte del equipo** que lleva adelante el dispositivo (psicólogos, enfermeros, agentes sanitarios, etc.); **las diferentes formaciones teóricas que dichos miembros tienen** (psicoanálisis, sistémica, gestalt, etc.); **los aportes teóricos que se van incorporando a partir de la propia práctica** (Ciencias del Inicio de la Vida, desarrollos post-freudianos, etc.) **y con el contexto específico en el que se inserta la experiencia**, un Centro de Atención Primaria de la Salud dentro del Sistema de Salud de la Provincia del Neuquén el cual se organiza por niveles crecientes de complejidad siendo el centro de salud el de menor complejidad tecnológica pero el de mayor complejidad psicosocial (Marcus, Pedraza y Sanchez, 2006).

Un punto esencial aquí es considerar que **estas distintas intervenciones deben ser planteadas en tanto hipótesis o preguntas que abren y hacen apuestas de sentidos pero sin “adiestrar”, sin normatizar, sin juzgar**: *“Doltó era incisiva pero era cuidadosa en cómo preguntaba; porque ella preguntaba, abría... al preguntar, vos dejás una posibilidad... no afirmás algo taxativamente, preguntás... ¿te parece que tal cosa? ¿podrá ser tal cosa? [...] ella era muy crítica con la pedagogía clásica; ella a esto llamaba adiestramiento; eso de imponerle al niño algo más allá de... sin tener en cuenta lo propio de ese niño o en qué momento está de su interés; por eso hablaba de formas de educación poco convencionales”* (Gelbert, 2011b).

9. A MODO DE CONCLUSIÓN

Uno de los principales propósitos de este trabajo fue poder analizar y dar mayor sustento teórico a las intervenciones que se vienen implementando en el dispositivo Casita Arco Iris –y en aquellos que se puedan ir multiplicando a partir de esta experiencia- en tanto intervenciones subjetivantes y estructurantes en relación a l@s niñ@s pequeñ@s, sus familias y familias gestantes.

A continuación, presentamos las discusiones y las conclusiones finales surgidas en el transcurso del mismo.

9.1. DISCUSIÓN

Como dijimos en la revisión de los antecedentes realizada, la mayoría de los trabajos hallados hacen referencia a prácticas psicoterapéuticas destinados a grupos de niños, por un lado; y a grupos de padres/adultos responsables de los niños, por otro. En dicha revisión, no se encontraron investigaciones que dieran cuenta de dispositivos que, como en el caso de la presente investigación, trabajaran de manera conjunta con niñ@s y sus familias a excepción de las investigaciones desarrolladas por la autora del presente proyecto (Parra, M.A. 2012; 2013 y 2016) que abordan el dispositivo que también aquí analizamos y que constituiría el único antecedente directo de la presente investigación.

En ese sentido, consideramos que el aporte más original del presente trabajo es haber abordado un dispositivo que se ocupa de manera conjunta con niñ@s pequeñ@s y su entorno familiar avanzando, a diferencia de las investigaciones realizadas anteriormente por la autora, en el análisis de cómo operan dichas intervenciones en algunas situaciones clínicas puntuales profundizando, de esta manera, el análisis de la dimensión clínica de este dispositivo.

9.2. CASITA ARCO IRIS: UN DISPOSITIVO QUE ARTICULA EL TRABAJO CLÍNICO CON LA PERSPECTIVA COMUNITARIA Y UNA ESTRATEGIA DE ASISTENCIA Y PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA

Consideramos que *La Casita, en tanto espacio psicoterapéutico y experiencia de “acompañamiento a la crianza para el ser en libertad”* (Equipo Interdisciplinario Casa Arco Iris, 2009) *constituye una “buena práctica” de asistencia y prevención en salud mental dirigida a la atención de niñ@s pequeñ@s y sus familias que articula el trabajo clínico con la perspectiva comunitaria y ésto por las siguientes razones:*

- ✓ **Por su relevancia comunitaria:** se trata de un dispositivo que es conceptualizado como una nueva estrategia de prevención de la violencia (Saks, 1997) que funciona dentro de un contexto comunitario donde la problemática de la violencia familiar es prevalente;
- ✓ **Por su accesibilidad comunitaria:** debido a la proximidad geográfica del centro de salud a la casa de las personas que asisten; por la posibilidad que tienen las familias de participar con todos sus hijos; y por la continuidad del espacio;
- ✓ **Por su relevancia sanitaria en el contexto de la Atención Primaria de la Salud:** este dispositivo permite vehiculizar la elevada demanda de consulta psicológica relacionada a niñ@s que llega al centro de salud; posibilita también chequear la urgencia en algunas intervenciones, algo que no es posible cuando la demanda no satisfecha es incorporada a una lista de espera; y posibilita articular el trabajo clínico con la perspectiva comunitaria;
- ✓ **Por lo inédito del dispositivo:** ya que, si bien Doltó inició la experiencia de Casa Verde en Francia hace muchos años y la experiencia de Casa Arco Iris en Neuquén ya tiene un recorrido de cierto tiempo, en nuestro contexto el dispositivo continúa siendo una práctica psicoanalítica novedosa que tiene matices específicos relacionados con la realidad local y, sobre todo, con su inserción en el sistema de salud público de la provincia;
- ✓ **Porque ha resultado viable a través de su inserción en el Sistema Público de Salud:** esto ha sido posible porque en este dispositivo confluyen “lo preventivo” –dimensión que el sistema de salud prioriza desde lo discursivo- con “lo asistencial” –dimensión que el sistema de salud prioriza a nivel de sus prácticas-; esto en contraposición a otras estrategias que, al priorizar sólo lo preventivo, terminan siendo abandonadas por la urgencia de lo asistencial que siempre está presente en el sistema de salud más allá de los discursos que apuntan a la integralidad de las acciones de salud;
- ✓ **Porque se orienta no sólo a la asistencia sino, fundamentalmente, a la prevención y promoción a nivel de salud mental** ya que trabaja durante etapas primordiales en la estructuración psíquica de las personas: no sólo se

asiste en situaciones problemáticas sino que, al asistir, se previene la aparición de dificultades mayores; y no sólo se asiste sino que, al trabajar en el acompañamiento de situaciones cotidianas no necesariamente problemáticas, se sostienen apuntalan procesos de salud;

- ✓ **Porque permite articular el trabajo clínico con la perspectiva comunitaria:** ya que aborda psicoterapéuticamente situaciones familiares en las que están presentes problemáticas prevalentes en la comunidad desde una perspectiva vincular que, sin dejar de ser comunitaria, incluye el trabajo desde lo clínico;
- ✓ **Porque es un espacio generador de bienestar y, por tanto, generador de salud:** lo que surge de la valoración que desde el equipo, los pasantes y las familias se ha hecho del dispositivo en tanto se trata de un espacio donde se sienten bien, cómodos, contenidos, etc.
- ✓ **Por su impacto multiplicador:** ya que, al trabajar no sólo con el niño sino con su familia, se genera un impacto que abarca a todos los que participan;
- ✓ **Porque implica un trabajo interdisciplinario y en equipo:** entre psicólogos, enfermeros, agentes sanitarios, etc. lo que encarna una de las premisas fundamentales del trabajo en Atención Primaria de la Salud;
- ✓ **Por las redes sociales generadas y la inserción comunitaria lograda:** a nivel de relaciones personales y de articulación con distintas instituciones e instancias de organización de la comunidad;
- ✓ **Por su sostenimiento en el tiempo:** ya que, desde que se inició en enero de 2011, más allá de algunas interrupciones puntuales, ha mantenido su continuidad en el tiempo;
- ✓ **Por su relevancia a nivel de la política pública provincial que busca articular la APS con la Salud Mental:** porque confluye con los postulados del Plan Provincial de Salud Mental -el cual asume la APS como eje prioritario así como también promueve la articulación entre APS y Salud Mental con el propósito de brindar respuestas humanizadas e integrales a la nueva realidad sanitaria de la provincia- y con los lineamientos de la Nueva Guía para la Atención y el Cuidado de la Salud de los Niños y Niñas de 0 a 6 años -la cual considera la incorporación de herramientas subjetivas que protegen dentro de las prácticas sanitarias con niños-;

Por otra parte, entendemos que este dispositivo constituye, tal como lo planteara Aída Saks (1997) y lo dijera ya Doltó (1985), **una estrategia de asistencia y prevención de la violencia**. Ello por las siguientes razones:

- ✓ **Porque trabaja en los momentos fundacionales de la constitución del psiquismo del sujeto,** acompañando el proceso de separación/individuación del niño respecto a su madre y eso, según Doltó, es trabajar en la prevención de situaciones de violencia;
- ✓ **Porque el poner en palabras** a lo que sucede, lo que preocupa, lo que hace sufrir; el **escuchar** al otro sin juzgarlo; y el **expresar los sentimientos siempre alivia y libera** evitando o disminuyendo la probabilidad de que aparezcan reacciones de intolerancia y conductas violentas;
- ✓ **Porque se trabaja en función de que los vínculos sean saludables y de que los procesos de crianza sean sostenedores;**
- ✓ **Porque posibilita el encuentro** entre grandes y chicos a través del juego y la palabra permitiendo no sólo el acompañamiento y la elaboración de situaciones difíciles sino facilitando la sublimación de las pulsiones agresivas;
- ✓ **Porque trabaja en la internalización de los límites** entendiendo que los mismos son necesarios en el crecimiento orientando sobre lo que se puede y no se puede hacer y estructurando tanto a grandes y pequeños interna y externamente;
- ✓ **Porque transmite normas de convivencia** que nos rigen a nivel social y explícita de los roles y funciones que deben cumplir tanto los adultos y niños dentro de las familias;
- ✓ **Porque enfatiza el respeto a la identidad del niño** en toda su singularidad **y el resguardo de su intimidad;**

Por lo anteriormente dicho podemos sostener que La Casita, en tanto buena práctica de salud, tiene un gran impacto no sólo a nivel de la de asistencia, prevención y promoción de la salud mental sino, más específicamente, en términos de asistencia y prevención de la violencia. Dicho impacto puede verse no sólo en las familias que asisten sino, de alguna manera, en otras familias e instituciones del barrio para quienes el dispositivo es un espacio de ayuda siempre disponible.

Asimismo, se trata de una experiencia que al ser desarrollada con la participación de los estudiantes de psicología – sobre todo en el caso de Casita Parque Industrial- es incorporada como parte de su formación profesional y tiende a

pensarse como posible de ser replicada en los lugares donde dichos estudiantes –o los recientes egresados- se inserten laboralmente en un futuro.

Por último, el actual equipo de trabajo ha venido realizando un esfuerzo sostenido por comunicar esta experiencia de modo de hacerla disponible en distintos espacios sociales y académicos: encuentros, jornadas, cátedras, publicaciones, etc. Se prevé seguir trabajando en este sentido.

9.3. CASA ARCO IRIS: UNA PROPUESTA DE PSICOANÁLISIS MODIFICADO QUE TRABAJA POR LA PREVENCIÓN Y LA PROMOCIÓN EN SALUD MENTAL

Entiendo al dispositivo Casita Arco Iris como una modalidad de abordaje psicoanalítico que se aparta de los modos más tradicionales de intervención desde el psicoanálisis pero que, al mismo tiempo, busca mantenerse fiel a los principios del mismo. En ese sentido, la propuesta de Sperling acerca del **tratamiento indirecto** y del **análisis simultáneo** de madre e hijo echa mucha luz al trabajo que realizamos en dicho dispositivo al tiempo que, la idea winnicottiana de **análisis modificado**, nos ayuda a profundizar el carácter psicoanalítico del abordaje que allí hacemos y el aporte que desde este dispositivo se realiza en términos de **prevención y promoción en salud mental**.

Sperling (1993:23) define al **tratamiento indirecto** como “*método por el cual el tratamiento de la neurosis de la madre influye de manera tan decisiva en la neurosis del niño, que puede resolverse el conflicto neurótico de ésta en la relación con la madre*”. En ese sentido, si bien el trabajo que hacemos en Arco Iris difiere del tratamiento indirecto de Sperling porque se trabaja de manera conjunta tanto con el niño como con la madre –y no sólo con la madre que es lo que sostiene la autora resulta suficiente cuando se trata de niños que se encuentra en la etapa pre-verbal- este concepto igual nos ayuda a hacer hincapié en la necesidad de trabajar con la madre cuando realizamos un abordaje terapéutico con niños pequeños y a remarcar la centralidad del vínculo madre-hijo.

Asimismo, Sperling (1993: 23 y 26) sostiene que el tratamiento indirecto “*difiere de la orientación para madres, en la que los cambios ambientales se efectúan mediante sugestión y manipuleo directo, mientras que la relación básica entre niño y madre permanece inalterada a no ser que aquél sea tratado directamente. En el tratamiento indirecto [en cambio se ponen de relieve los elementos inconscientes de la madre que motivan la actitud de ésta con respecto al niño]. [...] “El tratamiento indirecto [...] representa un método por el cual se efectúan modificaciones en el medio como parte del proceso del tratamiento del niño, se utiliza aquí para referirse al tratamiento psicoanalítico de la madre iniciado por causa del papel que ésta desempeña en la enfermedad del niño. Es necesario distinguir aquí el concepto de tratamiento indirecto por el cual los cambios se efectúan por medio de la orientación, los consejos y la terapia de apoyo dispensada a la madre, en la cual se interpreta material consciente, del tratamiento indirecto, que somete a la madre a un psicoanálisis en el que se resuelven profundos conflictos inconscientes”.*

Esta distinción que realiza la mencionada autora **entre tratamiento indirecto y la orientación nos ayuda a precisar nuestro abordaje**. Muchas veces, desde el trabajo realizado en Casita Arco Iris, nos hemos preguntado por el sentido de nuestras intervenciones, por la diferencia entre el trabajo que allí proponemos y el abordaje que se realiza, por ejemplo, desde espacios como los talleres de crianza para padres, talleres de embarazadas, etc. **No se trata entonces**, siguiendo a la mencionada autora, **de orientar a los padres mediante consejos más o menos directos que apunten a lo consciente sino de transformar la relación básica entre el niño y su madre/padre a partir del abordaje de los elementos inconscientes puestos en juego**.

Trabajo sincrónico con la madre/padre y con su hijo que puede pensarse también desde el concepto de análisis simultáneo de Sperling **en el que la centralidad no está puesta en cada uno de los individuos sino en la relación** entre ambos y en la psicopatología que puede gestarse en dicha relación. De este modo, “*el gran mérito del método del análisis simultáneo de madre e hijo [...] resultó ser un nuevo y extremadamente ventajoso ángulo para el estudio y la comprensión de un aspecto muy importante del desarrollo del niño: la psicología y la psicopatología de la relación entre madre e hijo*” (Sperling, 1993:210).

“*En el tratamiento de estos niños inicié el método de tratar al mismo tiempo a la madre. No sólo constituyó una ayuda terapéutica muy valiosa, sino que permitió una comprensión renovada de la dinámica de la relación madre-hijo [...] Estudié las vicisitudes de las relaciones entre madre e hijo en una gran variedad de síndromes clínicos y descubrí que la cualidad de esta relación constituía el factor más importante para determinar la elección por el niño de los mecanismos de defensa y la enfermedad*” (Sperling, 1993:11). “*El análisis simultáneo de la madre y el niño permitió un nuevo enfoque del estudio del desarrollo del yo y el superyó y de las relaciones de objeto. Hizo posible detectar tempranamente los efectos perniciosos de ciertas actitudes patológicas de la madre en relación con su hijo*” (Sperling, 1993:13-14).

Aunque de un modo un tanto diferente al que propone Sperling, podemos decir que la inclusión de los adultos referentes en el tratamiento de los niños que participan de Arco Iris nos permite realizar un análisis simultáneo y una comprensión renovada de lo que le sucede al niño ampliando así nuestras estrategias de intervención. Asimismo, como dijimos más arriba parafraseando a Winnicott, **podríamos pensar a este dispositivo como una especie de psicoanálisis modificado** y sostener, al igual que Sperling (1993:14), que *“rara vez practicamos el análisis clásico con los niños, a quienes les permitimos un cierto margen de libertad en el consultorio”*.

Análisis modificado porque se trata de un modo de abordaje psicoanalítico que, como dijimos anteriormente, **se aparta de los modos más tradicionales de intervención pero buscando**, al mismo tiempo, **mantenerse fiel a los principios del psicoanálisis**. Análisis modificado que, además, implica una tarea de **prevención en salud mental**, cuya importancia ya señalaran el mismo Freud y su hija Anna: *“Freud [...] enunció el valor preventivo del tratamiento psicoanalítico de los padres para la atención de las neurosis infantiles. La obra de Anna Freud muestra cuán necesario considera incluir a los padres, en particular, a la madre, en el plan de tratamiento [...] Los analistas de niños reconocen sin vacilar la importancia del papel que desempeña la madre en las neurosis infantiles y la relación recíproca de las fuerzas inconscientes que fluyen entre ellos”* (Sperling, 1993:37).

“El enfoque basado en el insight psicoanalítico que enfrente a la madre con sus conflictos inconscientes en relación con su hijo, no sólo constituye la terapia más eficaz para madre e hijo, sino que es además la mejor profilaxis para el futuro desarrollo del niño” (Sperling, 1993:13-14). Y agrega: *“El tratamiento analítico de las madres neuróticas con especial atención concedida a la relación que mantienen con los hijos es, según mi opinión, el único modo en que puede evitarse la psicopatología grave en los niños y prevenirse su posterior desarrollo”* (Sperling, 1993:275).

De este modo, vale decir que el trabajo que se realiza desde Casita Arco Iris es un **trabajo terapéutico que no sólo resalta la necesidad de establecer alianzas con la madre/padre para poder trabajar con el niño** –“el establecimiento de una relación positiva y una alianza terapéutica con la madre constituye un importante prerrequisito para que el tratamiento de estos niños arroje buenos resultados; asimismo abrevia la duración del tratamiento y asegura que el niño conserve lo ganado en él” (Sperling, 1993:14)- **sino que entiende al niño como parte de un entorno familiar específico sin cuyo abordaje no puede ni comprenderse ni abordar adecuadamente al niño@**.

En relación a esto último, Diatkine dirá que *“un proyecto terapéutico debe tratar de no destruir lo que le ha permitido al niño alcanzar el nivel de desarrollo al que ha llegado antes de la intervención del psiquiatra”* (1990:114). Esta idea resalta la importancia del trabajo con el entorno familiar de los niños sin caer, como advierte el autor antes mencionado, , en *“ir demasiado lejos y olvidar algunas veces que el niño no existe de por sí, y no sólo como soporte de un síntoma familiar”* (1990:104).

En relación al **carácter preventivo y de promoción de la salud mental** que tiene este espacio, caben mencionar también *“las grandes posibilidades que, a pesar de todos sus obstáculos, tiene el análisis del niño”* de las que nos habla Anna Freud. Según Cena (1988:67), para Anna Freud *“la preocupación por la prevención de la salud mental es constante en toda su obra, ya que desde esta posición teórica es posible proponernos la tarea de detectar los agentes patógenos, antes que éstos hayan comenzado su tarea nociva”* [...]. De este modo, *“para Anna Freud se abre un inmenso campo a partir de la aplicación de los conceptos psicoanalíticos a la educación, a la crianza y a la pediatría”*. Asimismo, en el pensamiento de Anna Freud es muy importante *“la idea de desarrollo y de factores traumáticos o de agentes patógenos posibles de ser detectados”*³⁴.

Asimismo, esta autora dirá, *“en primer lugar, el niño nos permite alcanzar modificaciones del carácter mucho más profundas que el adulto.[...] La segunda posibilidad se refiere a la influencia sobre el superyó. [...] Una de las condiciones del análisis de las neurosis es la de atenuar su severidad”*. Esta tarea, según Anna Freud, es más sencilla en el niño que en el adulto ya que en el niño nos encontramos con personas vivas que realmente existen en el mundo exterior y que aún no están transfiguradas por el recuerdo. *“Lo mismo rige también para el tercer punto. Con el adulto, debemos limitarnos exclusivamente a ayudarlo en la adaptación a su ambiente... [...] En el niño, empero, justamente este objetivo puede alcanzarse sin gran trabajo, pues sus necesidades son más simples, más fáciles, nuestra autoridad, combinada con la de los padres, basta fácilmente para proporcionarle, en cualquier fase de su tratamiento y de su progresiva transformación todo o mucho de lo que necesita. Así, le facilitamos su labor de adaptación tratando también que el medio se adapte a él.*

³⁴ En el mismo sentido, Winnicott (1993:306) señala que *“la salud mental del individuo en cuanto ausencia de enfermedad psicótica reposa sobre los cimientos tendidos conjuntamente por el infante y la madre en las etapas muy tempranas del crecimiento y cuidado del infante”*. Y agrega, *“en el curso de esas primeras semanas, meses o años, el infante también adquiere capacidad para relacionarse con objetos, pasa a habitar su propio cuerpo y su propio funcionamiento corporal, experimenta un sentimiento de ‘yo soy’, y se prepara para enfrentar a todo lo que llegue”* (Winnicott, 1993:313).

He aquí, también, una labor doble, desde dentro y desde fuera". Más adelante hablará de *"la facilidad de influir sobre el superyó en años tempranos"* (Freud, A. 1927).

Antes de finalizar quisiera destacar también que escribir este trabajo me permitió reflexionar sobre la importancia de que La Casita sea un **espacio vincular-familiar y un espacio de confianza**. *"El bebé no existe"* –dice Winnicott desde una de sus paradojas- y precisamente La Casita está pensando no sólo desde el sentido de que los bebés no existen ni pueden ser pensados como una individualidad sino desde la idea de que los niñ@s pequeñ@s tampoco pueden ser pensados fuera de las relaciones más significativas de las cuales dependen no ya quizás en términos absolutos–como en el caso de los bebés- pero sino desde un estado de dependencia relativa³⁵. En ese sentido, tomando los aportes de Anna Freud cuando hace la salvedad de que *"el análisis infantil [...] por ahora deberá quedar limitado a los hijos de analistas, de pacientes analizados o de padres que conceden al análisis cierta confianza y respeto"* (Freud, A. 1927:81), podemos pensar también a La Casita como un espacio de confianza. Sin la confianza de los padres del niño en ese espacio, el trabajo analítico no es posible. En ese sentido, La Casita puede ser pensada **un espacio a ser usado** –en el sentido winnicottiano- por las mamás y por las familias donde lo que buscamos es, en cada encuentro semanal, alcanzar algún efecto terapéutico.

En este marco, si pensamos a La Casita como un **análisis modificado, ¿cuál es la posición del analista?** Según Cena (1988:71), Winnicott dice: que *"al principio siempre me adapto un poco a lo que el paciente espera de mí. Sería inhumano no hacerlo. Sin embargo, en ningún instante dejo de maniobrar en pos de la posición que me permita hacer un análisis con todas las de la ley"*. Si bien entiendo a La Casita como un espacio analítico por su inspiración doltoniana, esta frase de Winnicott me hace mucho sentido porque implica mucha flexibilidad y apertura de parte de quienes hacemos análisis para poder seguir al paciente y para ir incorporando, tal como hemos intentado hacer en este trabajo, los aportes de otros autores para enriquecer el trabajo que hacemos.

Por último decir que, **"como profesionales de la salud mental y psicoanalistas, estamos siempre "tomando decisiones", como lo confesara Winnicott"** (Morici, s/d). En ese sentido, **hablar de intervención, intentar analizar nuestras intervenciones dentro de un dispositivo terapéutico** que es lo que hemos intentado hacer aquí **tiene que ver con proponernos reflexionar sobre nuestras propias decisiones como analistas**. De allí el énfasis en nuestro trabajo en narrar no sólo lo que observamos y escuchamos sino también las intervenciones que fuimos teniendo.

³⁵ Como dice Winnicott (1969:301) *"la idea de un individuo relativamente independiente del medio (una de las mayores contribuciones psicoanalíticas) habrá de ser modificada, e incluso abandonada. Cuando se dice que un bebé es dependiente –y al comienzo lo es absolutamente- se deduce que el ambiente no puede ser sino significativo, ya que constituye una parte del bebé. Un bebé no es simplemente lo que uno puede postular evaluando el potencial del bebé. Un bebé es un fenómeno complejo, que incluye ese potencial pero también el ambiente"*. De allí la importancia de que tanto la observación como la intervención sean pensadas en término de bebé/mamá-ambiente. En las etapas muy tempranas –dirá Winnicott (1969:302)- *"no podemos describir al bebé si no describimos el ambiente"*. En ese momentos iniciales *"no es posible hablar del infante sin hablar al mismo tiempo de la madre y del cuidado del infante"*(Winnicott, 1993:306). Y agrega *"desconfío de todo enunciado sobre los mecanismos mentales tempranos que no tome en cuenta al infante atrapado en la conducta y la actitud de la madre"* (1993:312).

10. BIBLIOGRAFÍA

- Alazraki Fantoni, S. Reseña del libro: Esos padres que viven a través de mi. Sobre la obra de Yolanda Gampel. *Transiciones Psicoanalíticas*. No. 2 Abril del 2015.
- Aulagnier, P. (1975). *La violencia de la interpretación*. Buenos Aires. Amorrortu. Edición año 1977.
- Burijovich, J. (2011) El concepto de buenas prácticas en salud: desde un enfoque prescriptivo a uno comprensivo. En Rodigou Nocetti, M y Paulín, H. (2011). *Coloquios de Investigación Cualitativa*. Córdoba: UNC.
- Blumer, H. (1982). *El interaccionismo simbólico. Perspectiva y Método*. Barcelona: Hora.
- Bruner, N. (2012). *El juego en los límites*. Buenos Aires: Edube.
- Cena, M. (1988). El niño del Psicoanálisis, distintos modelos teóricos y sus consecuencias en la clínica. *Revista de la AEAPG* N° 15, Buenos Aires, 1988.
- Doltó, F. (1985). *La causa de los niños*. Buenos Aires: Paidós. 2da re-impresión 2008.
- Doltó, F. (1984). *La imagen inconsciente del cuerpo*. Buenos Aires: Paidós.
- Doltó, F. (1974). *Psicoanálisis y Pediatría*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Equipo Interdisciplinario Dispositivo Casa "Arco Iris" (2009). ¿Por qué hacemos Arco Iris?. Documento presentado en el Módulo VI 'Acompañamiento en la crianza del ser humano en libertad' del Curso Ciencias del Inicio de la Vida, Zapala, 2009.
- Fernández, M.Y.: (1995) *Títeres en la clínica o el regreso de la Preciosa*, Lugar Editorial, Buenos Aires.
- François, Y.: (1990) *Françoise Dolto. De la ética a la práctica del psicoanálisis con niños*, Nueva Visión, Buenos Aires, 1992. Capítulos "Los aportes teóricos de F. Dolto" e "Imagen inconsciente del cuerpo y psicopatología del niño".
- Freud, A. (1927) *Psicoanálisis del niño*, Hormé, Bs.As. 2º ed.1951.
- Freud, A.(1965) *Normalidad y patología en la niñez*, Paidós, Bs. As, 1975.
- Freud, A. (1980). *El psicoanálisis y la crianza del niño*, Paidós, Barcelona, 1980.
- Fushimi, C.F. y Giani, M. (2009). *Herramientas subjetivas que protegen... Una propuesta de incorporación de prácticas de salud mental en los procesos de atención de niños y niñas pequeños*. Guía para la Atención y el Cuidado de la Salud de los Niños y Niñas de 0 a 6 años. Provincia del Neuquén; 2009.
- Gelbert, T. (2014). *Una psicoanalista en acción: Françoise Dolto, su clínica*. Seminario a distancia dictado por la Dra. Teresa Gelbert. Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados.
- Gelbert, T. (2011a) *Seminario a Distancia. La experiencia de y con Françoise Doltó*. Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para graduados Centro de Información en Psicoanálisis. Dra. Teresa Gelbert. Año 2011.
- Gelbert, T. (2011b). *Conversación personal*.
- Giberti, E. (2015). *Abuso sexual contra niñas, niños y adolescentes. Un daño horroroso que persiste al interior de las familias*.
- Grinberg, L.; Sor, D.; Tabak de Bianchedi, E.: (1973) *Introducción a las ideas de Bion*. Cap. II y III, Nueva Visión, Buenos Aires, 1976.
- Gutton, P.: *El juego de los niños*. Barcelona, Nova Terra, 1976.
- Janín, B. (2013). *Intervenciones subjetivantes*. *Revista Novedades Educativas* n° 268. Abril 2013.
- Janin, B. (1982): *Sobre la práctica psicoanalítica con niños y su articulación con la teoría freudiana*. *Revista Argentina de Psicología*, N°, Buenos Aires, 1982
- Janín, B. (s/d). *Interpretaciones e intervenciones estructurantes en psicoanálisis con niños*. Documento de trabajo.
- Janín, B. (2011). *El sufrimiento psíquico en los niños*. Buenos Aires: Noveduc.
- Janín, B. (2013). *Intervenciones en la clínica psicoanalítica con niños*. Buenos Aires: Noveduc.
- Kaës, R.: *Apuntalamiento y estructuración del psiquismo*, *Revista de Psicoanálisis de las Configuraciones Vinculares*, XIV, ¾, pág. 23-52, 1991.
- Kazez, R. (2009). *Los estudios de caso y el problema de la selección de la muestra Aportes del Sistema de Matrices de Datos*. Artículo publicado en la *Revista Subjetividad y Procesos Cognitivos* N° 13, julio de 2009, Buenos Aires (pág. 71-89).
- Klein, M. (1934) *Sobre la criminalidad*. *Obras Completas*, Paidós, Bs As, 1987
- Klein, M. (1937) *Amor, Culpa Y Reparación* *Obras Completas*, Paidós, Bs As, 1987
- Klein, M. (1942) *Algunas consideraciones psicológicas*. *Un comentario* *Obras Completas*, Paidós, Bs As, 1987
- Klein, M. (1955) *En sobre la identificación* *Obras Completas*, Paidós, Bs As, 1987

- Klein, M. (1957) *Envidia y gratitud*. Obras Completas, Paidós, Bs As, 1987
- Madruga Luzes, E. (s/f) *Ciencias del Inicio de la Vida*. Apuntes para la Ciudadanía.
- Mannoni, M. (2003) *La primera entrevista con el psicoanalista*. Barcelona: Gedisa.
- Moreno Olmedo, A. (2008). Más allá de la intervención. En Jimenez-Dominguez, B. (comp) *Subjetividad, Participación e Intervención Comunitaria*. Buenos Aires: Paidós.
- Müller, M.B. y López M.C. (2011). *Los dibujos en el abuso sexual infantil* Buenos Aires: Maipue.
- Parra, M.A. (2012). Evaluación del programa de salud mental comunitaria casa "Arco Iris". Dispositivo de abordaje preventivo-asistencial en salud psicosocial para niños/as de 0 a 6 años y sus familias en el primer nivel de atención. Informe Final. Inédito. Universidad de Flores, sede Comahue.
- Parra, M.A. (2013). Dispositivos de salud mental para la atención de niños pequeños y sus familias: interfaces entre el trabajo clínico y la perspectiva comunitaria. Una evaluación de la experiencia Espacio "Arco Iris" del Centro de Atención Primaria de la Salud Almafuerde de la Ciudad de Neuquén. Período 2011-2012. Programa Salud Investiga. Becas Ramón Carrillo – Arturo Oñativia.
- Parra, M.A. (2015a). Casita Parque Industrial: para que la existencia de los hijos sea bonita. Evaluación Comprensiva de una Estrategia de Asistencia y Prevención de la Violencia. Período 2013-2015. Proyecto. Programa Salud Investiga. Becas Ramón Carrillo – Arturo Oñativia.
- Parra, M.A. (2015b). Prácticas comunitarias y subjetivantes en atención primaria de la salud. Intervenciones con niños pequeños y sus familias, y familias gestantes. Universidad de Flores. Informe Final.
- Parra, M.A. (2016). Casita Parque Industrial: para que la existencia de los hijos sea bonita. Evaluación Comprensiva de una Estrategia de Asistencia y Prevención de la Violencia. Período 2013-2015. Informe Final. Programa Salud Investiga. Becas Ramón Carrillo – Arturo Oñativia.
- Patton, M. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods (Third Edition)*, Thousand Oaks, SAGE.
- Pedraza, M., Marcus, A. y Sanchez, M. (2006). Viaje a la vida. Una propuesta de humanización temprana al niño y/o niña en gestación y su familia. Centro de Salud B° 582 viviendas. Zapala. Neuquén, Patagonia. Argentina. Inédito.
- Plan de Salud Mental de la Provincia del Neuquén. Subsecretaría de Salud de la Provincia del Neuquén. Año 2007.
- Primer Foro Nacional de Salud Mental Infante Juvenil (2014). Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación. República Argentina.
- Punta Rodulfo, M. (2016). Bocetos psicopatológicos. El psicoanálisis y los debates actuales en psicopatología. Buenos Aires: Paidós.
- Punta Rodulfo, M. (2005). *La clínica del niño y su interior*. Un estudio en detalle. Buenos Aires: Paidós.
- Rodulfo, R. (2013). Andamios del psicoanálisis. Lenguaje vivo y lenguaje muerto en las teorías psicoanalíticas. Buenos Aires: Paidós.
- Rodulfo, R. (2009). Trabajos de la lectura, lecturas de la violencia. Lo creativo-lo destructivo en el pensamiento de Winnicott. Buenos Aires: Paidós.
- Tomei, F. Breve estudio clínico para Seminario duelo y Trauma: Inception. Exclusivamente para circulación interna de la Carrera de Especialización en Prevención y Asistencia Psicológica en Infancia y Niñez.
- Robles, R. (2014). ¿Cómo es posible una Casa Verde en la Ciudad?. XVII Jornada "Psicoanálisis con niños y adolescentes: un retorno al futuro". Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología. Presentación Trabajo Libre.
- Rodrigañez Bustos, C. (2005). Poner límites o informar de los límites. El amor después de la etapa primal. Cuando se cambian los órdenes por la información y la complacencia. La Mimosa.
- Rodulfo, M.: *El niño del dibujo*. Buenos Aires, Paidós, Buenos Aires, 1992.
- Rojas, M.C. (1998). Trastornos infantiles: una lectura familiar, *Revista Cuestiones de Infancia*, 1998.
- Rojas, M.C. (1999). Perspectivas vinculares en Psicoanálisis de niños, *Revista de Psicoanálisis de las Configuraciones Vinculares*, 2, XXII.
- Rojas, Ma. Cristina (2001). Las diversidades familiares a la luz del psicoanálisis vincular, *Actas Congreso de Familia y Pareja*.
- Rojas, Ma. Cristina (2011) *Familias con niños: modos actuales del sufrimiento*.
- Rojas, M.C. (2005) *El trabajo psicoanalítico con padres*, *Revista Cuestiones de Infancia*.
- Rojas, M. C. (2009). "Niñez y familia hoy: las patologías del desamparo", en Wettengel y otros *Patologías actuales de la infancia*. Bordes y desbordes en clínica y educación, cap. 4, Noveduc, 2009
- Ruiz, A.E. (s/d). Abordaje clínico con el bebé y sus padres. *Revista Cuestiones de Infancia*.
- Sacks, A. (s/d). *Prevención de la Violencia Casa Verde*. Fundación "Por la causa de los niños". Unicef, Argentina.

- Saks, A. (1997) Nueva estrategia en la prevención de la violencia. "Casa Verde de los niños". *Cuestiones de infancia*, 2, 69-77.
- Saks, A. (2011). *Conversación*. Tosquelles, F. (1973): *Maternaje terapéutico con deficientes mentales profundos*, Nova Terra, Madrid, 1973.
- Sautu, R (2003). *Todo es Teoría*. Buenos Aires: Editorial Lumiere.
- Sperling, M. (1993). *Psicoterapia del niño neurótico y psicótico*. Buenos Aires: Lumen 1993.
- Smalinsky E, Ripesi D y Merle E.(2009). *Winnicott para principiantes*. Era Naciente: Buenos Aires.
- Stolkiner, A. y Solitario, R. (2007) *Atención Primaria de la Salud y salud mental: la articulación entre dos utopías*. En: Maceira, D. (2007) *Atención Primaria en Salud. Enfoques Interdisciplinarios*. Buenos Aires: Paidós.
- Tustin, F. (2006) *El cascarón protector en niños y adultos*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Yannick, F. Françoise Doltó: *de la ética a la práctica del psicoanálisis en niños*. Buenos Aires: Nueva Visión; 1990.
- Winnicott, D. (1988). *Realidad y Juego*. Buenos Aires, Gedisa, 1988.
- Winnicott, D. (1942). ¿Por qué juegan los niños?. En *El niño y el Mundo Externo*. Buenos Aires: Paidós.

SOLO EL AMOR

Debes amar,
la arcilla que va en tus manos,
debes amar,
su arena hasta la locura
y si no,
no la emprendas
que será en vano.

Sólo el amor
alumbra lo que perdura,
sólo el amor
convierte en milagro el barro.

Debes amar,
el tiempo de los intentos,
debes amar,
la hora que nunca brilla
y si no
no pretendas tocar lo cierto.

Sólo el amor
engendra la maravilla,
sólo el amor
consigue encender lo muerto.

Sólo el amor
engendra la maravilla,
sólo el amor
consigue encender lo muerto.

Silvio Rodríguez