



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

RESIDENCIA EN PSICOTERAPIA INFANTIL

**ELEMENTOS INTRAPSÍQUICOS, AMBIENTALES Y FAMILIARES DE LA
FANTASÍA DE INFANTICIDIO Y SU TRABAJO POR MEDIO DE LA
PSICOTERAPIA DE JUEGO**

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

MAESTRA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A

MARÍA ALDRETE FLORES DARÁN

DIRECTORA

DRA. MARÍA EMILIA LUCIO GÓMEZ MAQUEO

COMITÉ TUTORIAL:

DRA. PAULINA ARENAS LANDGRAVE

MTRA. MARÍA ASUNCIÓN VALENZUELA COTA

MTRA. BLANCA ELENA MANCILLA GÓMEZ

DRA. JUDITH SALVADOR CRUZ



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología –CONACyT- por su apoyo y la oportunidad de crecer y superarme.

Investigación realizada gracias al programa UNAM-DGAPA-PAPIIT IN305613-3

A la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, en especial al Programa de Maestría en Psicoterapia Infantil por su compromiso en la formación de los profesionales mexicanos.

A la Dra. Emilia Lucio que además de ser mi tutora y orientarme en la práctica y la teoría, me guio en el crecimiento y desarrollo personal.

A mis maestras de la residencia que potencializaron mis deseos de aprender y comprender, brindándome la confianza para seguir adelante.

A mi esposo Carlos Matienzo que me acompañó en todo el proceso apoyándome y animándome en cada paso.

A mis papás, a Luili y a José por ser mis pilares, mi fuerza, porque siempre creyeron en mí y eso me sigue impulsando.

A mi compañeros y colegas de la maestría, por sus reflexiones, sus cuestionamientos, sus puntos de vista que enriquecieron mi formación.

A mis pacientes.

ÍNDICE

RESUMEN.....	5
INTRODUCCIÓN.....	6
CAPÍTULO 1. PSICOTERAPIA DE JUEGO	8
1.1 Terapia de juego	8
1.2 Antecedentes desde el enfoque psicoanalítico	9
1.3 Terapia de juego en la actualidad	17
1.4 Encuadre, Transferencia, Contratransferencia y Supervisión	18
CAPÍTULO 2. LA FANTASÍA.....	22
2.1 Definición de fantasía.....	22
2.2 La Fantasía formada de elementos tanto internos como externos.....	27
2.3 La Fantasía formada de elementos internos	29
2.4 Fantasías primordiales/ primarias/originales	30
2.5 Fantasía de infanticidio	32
CAPÍTULO 3. ELEMENTOS AMBIENTALES Y FAMILIARES DE LA FANTASÍA DE INFANTICIDIO.....	38
3.1 Influencia ambiental y familiar	38
3.2 Factores de riesgo.....	39
3.3 Apaciguar la angustia	42
3.4 El apego	45
3.5 Mensajes inconscientes	47
3.6 La identificación con el agresor	50
CAPÍTULO 4. MÉTODO.....	52
4.1 Planteamiento del problema.....	52
4.2 Pregunta de investigación	52

4.3 Hipótesis Conceptuales.....	52
4.4 Categorías.....	54
4.5 Objetivo general	54
4.6 Tipo de estudio.....	54
4.7 Procedimiento	54
CAPÍTULO 5. LA BRUJA: CASO DE UNA NIÑA DE 8 AÑOS	55
5.1 Historia del desarrollo.....	55
5.2 Evaluación psicológica	59
5.3 Hipótesis clínicas.....	63
5.4 Sesiones de juego: la bruja	64
CAPITULO 6. EL AHOGADO: ELCASO DE UN NIÑO DE 6 AÑOS	73
6.1 Historia de Desarrollo.....	73
6.2 Evaluación psicológica:	77
6.3 Hipótesis clínicas.....	79
6.4 Sesiones de juego: el ahogado	80
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	89
LIMITACIONES	95
ANEXOS.....	96
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	104

RESUMEN

El presente trabajo describe el proceso terapéutico de dos niños en un estudio de caso como parte del reporte de experiencia profesional en uno de los centros comunitarios vinculados a la Facultad de Psicología de la UNAM. Ambos casos cuentan con características similares: niños viviendo en entornos familiares y ambientales de riesgo y que durante la psicoterapia plasmaban en los juegos fantasías de infanticidio.

A partir de una búsqueda bibliográfica profunda se concluye que aunque las fantasías de infanticidio se presentan de manera común en los niños en ciertos estadios del desarrollo, los factores externos –familiares y ambientales- influyen para que éstas se mantengan y causen actuaciones o síntomas, que a su vez, se perpetúan en las relaciones familiares, e incluso por generaciones.

La intervención psicoterapéutica, concretamente la de juego, busca darle al niño un espacio para elaborar y relacionarse de una manera distinta, previniendo la repetición de patrones y de factores de riesgo que esta población está inmersa.

El tratamiento por medio de la psicoterapia de juego ayudó a fortalecer las relaciones familiares y sociales, la disminución de angustia, de síntomas y la posibilidad de que los niños comprendieran e integraran sus objetos, brindándoles un bienestar y fortalecimiento psicológico.

INTRODUCCIÓN

Las fantasías surgen por una combinación inconsciente de cosas experimentadas y oídas, construidas con unas intenciones determinadas. Estas intenciones pueden producir síntomas. La fantasía nunca está divorciada de la realidad.

Los niños están universalmente predispuestos al miedo al infanticidio por el estadio de su desarrollo físico o psicológico y la intensidad del miedo depende de la incidencia de sucesos traumáticos y del grado de violencia y cariño que hayan experimentado.

Las fantasías de infanticidio pueden formar síntomas o no resolverse de manera adecuada si los niños están inmersos en medios ambientales o familiares no aptos para un adecuado desarrollo, o que tengan predisposición de riesgos como la violencia, ansiedad de los padres, bajo nivel socioeconómico, entre otros.

La influencia ambiental entonces es cuando el daño no es autoinfligido como resultado de una lucha interna, sino ocasionado y mantenido por fuerzas activas en curso, que se hallan localizadas en el ambiente, y que tanto familiares o los propios padres, consciente o inconscientemente actúan como agresores, al punto que la fantasía de infanticidio tiene coherencia con la realidad.

Una forma para disminuir los síntomas y procurar una mejoría en la salud mental en los niños es la psicoterapia de juego. La Association for Play Therapy (Asociación para la terapia de juego) define la terapia de juego como “el uso sistemático de un modelo teórico para establecer un proceso interpersonal en que terapeutas capacitados utilizan los poderes terapéuticos del juego para ayudar a los clientes a prevenir o resolver dificultades psicosociales y a alcanzar un crecimiento, así como un desarrollo óptimos” (Schaefer & Blundon, 2012, p.04).

Anna Freud (1987) postula que el niño no sólo juega a aquello que encuentra placentero, sino que también repite las situaciones dolorosas, elaborando así lo que había sido excesivo para su yo. El juego conecta directamente con el inconsciente, en el que se pueden explorar los deseos, conflictos y las fantasías del niño (Freud, 1987).

De esta manera, mediante el juego, el niño puede expresar sus miedos y angustias más primitivas en un espacio seguro que lo contiene, puede proyectar sus objetos buenos y malos en los juguetes o en el mismo terapeuta, elabora su enojo y su odio, de tal manera que va integrando su yo y el de las personas que lo rodean.

CAPÍTULO 1. PSICOTERAPIA DE JUEGO

1.1 Terapia de juego

La Association for Play Therapy define la terapia de juego un modelo teórico sistemático que establece un proceso interpersonal en donde los terapeutas capacitados utilizan los elementos terapéuticos del juego para ayudar a los clientes a prevenir o resolver dificultades psicosociales y así, poder aportar para el crecimiento y desarrollo óptimos (Schaefer & Blundon, 2012).

La definición de terapia de juego sugiere que los terapeutas se esfuerzan por reconocer, admitir y utilizar los poderes curativos del juego, que ayudan a los clientes a superar sus problemas psicosociales y a alcanzar un desarrollo positivo (Schaefer & Blundon, 2012).

Las primeras aproximaciones a la terapia de juego fueron a partir de Sigmund Freud en 1909, con el trabajo del pequeño Hans y posteriormente algunos de los seguidores de su teoría como su hija Anna Freud, Hug-Hellmuth y Melanie Klein continuaron estudiando a la población infantil acercándose por medio del juego (Schaefer, 2012). Años después, autores de diferentes corrientes teóricas hicieron sus propias aproximaciones a la terapia de juego como lo son Virginia M. Axline (1975), Landreth (2012) desde la teoría humanista, Violet Oaklander (2009, 2010) desde la teoría gestáltica, Susan Knell (1993) desde la teoría cognitiva y muchos otros más personajes que ha aportado diferentes miradas, objetivos y supuestos.

Cabe destacar que a pesar de las diferencias entre cada corriente teórica, se ha observado que el juego aporta poderes terapéuticos como lo son la comunicación, regulación emocional, mejora de la relación, juicio moral, manejo de estrés, fortalecimiento del yo, preparación para la vida y autorrealización (Schaefer & Blundon, 2012).

En este capítulo se hará el recuento de una breve historia de la terapia de juego psicoanalítica, ya que éste trabajo está sustentado la mayor parte en esta corriente y en las aportaciones de autores bajo el enfoque psicodinámico. Esto no quiere decir que

desacredite las demás corrientes, muy al contrario, inclusive se utilizaron algunas técnicas propuestas por teorías como la humanista, gestáltica, narrativa y cognitiva que aportaron a la resolución exitosa de los casos. Por fines prácticos no se ahondará en cada una de ellas, mas, reitero, fueron de suma importancia para este trabajo.

1.2 Antecedentes desde el enfoque psicoanalítico

Los primeros ejemplos de la terapia de juego con niños fueron publicados por psicoanalistas. El propio Freud alentaba a los primeros analistas a tratar a los niños a fin de explorar y validar la teoría psicoanalítica. Afirmaba que durante el juego, cada niño se comporta como un escritor creativo que genera su propio mundo o, más bien, reacomoda las cosas de su mundo de una forma nueva que le complace (Levy, 2012).

En 1909, el padre del psicoanálisis, escribió el primer caso infantil expuesto desde este enfoque en “Análisis de la fobia de un niño de cinco años”. Cabe destacar que Freud no trató directamente al niño, sino que fue tomado desde el diario y las cartas del padre del pequeño Hans, quien era discípulo y entusiasta seguidor de Freud (Freud, 1992a).

Hans es el caso que ayuda a evidenciar los fundamentos que se exponen en los tres ensayos sobre la teoría sexual: a) los niños son sexuales además de que viven todos los procesos (en el caso de la neurosis) de la represión y la angustia. b) la infancia no es propiamente una infancia feliz y asexual; y c) en los niños se visualiza la complejidad de la formación del aparato psíquico.

Sexualidad, masturbación, complejo de Edipo, castración, angustia de castración, “*lumpf*”, caca, fantasías, fobias, sueños, envidia, celos, rivalidad con el padre, deseo de muerte, nacimiento, escena primaria, el parto, son algunos tópicos y dudas que expresa Hans, desmintiendo así la creencia de que la sexualidad pasaba desapercibida en la infancia, y confirmando la teoría freudiana.

La vida amorosa y sexual del niño, tal como la revelan los estudios psicoanalíticos, no es ni menos amplia ni por cierto menos intensa que la del adulto. Pero, una vez que se han producido las primeras represiones serias de la temprana niñez, esa vida se ve inhibida

en sus objetivos. Una neurosis infantil puede alterar seriamente estas proporciones (Freud, 1987).

Desde 1908 hasta 1920 Freud trata al juego como una creación poética, y luego descubre el papel desempeñado por el principio de repetición como función de dominio de las situaciones desagradables. El juego del niño se presenta como un texto para descifrar (Mannoni, 1997).

Es hasta 1920 que la atención de Freud es atraída por el problema planteado en las neurosis por el principio de repetición. Le parece que las actividades lúdicas se encuentran sometidas al mismo principio. El niño intentará dominar por medio del juego las experiencias desagradables, es decir, trataría de reproducir una situación que originariamente significó para él una prueba. En la repetición, el sujeto otorga su conformidad, rehace lo que se le había hecho (Freud, 1992b).

Observando el juego de su nieto, un carrito que arroja y después devuelve, Freud descubre que el niño marca con una palabra aquello que podría ser interpretado como el rechazo a la vuelta de la madre. Esas palabras *fort, da*, (que en el lenguaje todavía infantil alemán quiere decir “aquí está” “ya no está”) son las que introducen una tercera dimensión: más allá de la ausencia de la madre real, el niño encuentra a través de un vocablo a la madre simbólica. Luego ese mismo niño experimentará con su cuerpo el juego de su propia pérdida, de su propio retorno, es decir planteará, con relación al cuerpo de la madre y con relación a su propio cuerpo, las bases de su identidad (Mannoni, 1997).

En el *Fort da*, el niño con su juego, tenía una doble finalidad: repitiendo su doble gesto de desaparición y reaparición del objeto, pasaba de un estado pasivo, en el que experimentaba el acontecimiento, a una independencia activa, gracias a la cual decidía la marcha y el retorno del objeto, y así podía, sin duda, vengarse del abandono de la madre (Anzieu, 2001a).

A partir de esto, se comprende que el juego en los niños parece un comportamiento espontáneo. Sin embargo, esto no es posible sin el establecimiento, en él, previamente de un sentimiento de seguridad de base. Esta vivencia primordial funda la aptitud para jugar. El entorno inmediato del niño debe proporcionarle la confianza de estar contenido

en todas las situaciones. El juego es búsqueda y creación permanente de la realidad, del sentimiento de existir por sí mismo (Anzieu & Daymas, 2001a).

El niño que está jugando usa los juguetes u objetos como soportes de las representaciones de sus objetos internos y sus proyecciones afectivas. El juego consiste en experimentar el contacto con los objetos externos, en probarlos, utilizarlos, interiorizar los aspectos materiales y afectivos y, finalmente, en adquirir el dominio (Anzieu & Daymas 2001a).

A partir de los fundamentos freudianos acerca de la infancia, del juego y el inconsciente, se desglosan diferentes teorías que intentan explicar y abordar los síntomas de los niños mediante técnicas o aproximaciones de acuerdo distintas hipótesis.

El primer problema que se plantea a la clínica de niños consiste en redefinir su objeto: ¿es el objeto de la clínica de niños “el niño”? Si el objeto del psicoanálisis es el inconsciente y el psicoanálisis es un método de conocimiento del inconsciente, la primera cuestión que nos plantea es la siguiente: la clínica psicoanalítica de niños implica pensar niños con inconsciente, y esta formulación, aparentemente sencilla, nos remite desde el principio a los ejes más problemáticos que atraviesan todo el pensamiento psicoanalítico (Bleichmar, 2000).

Como primera expositora, Anna Freud, continuó con el trabajo de su padre, enfocándose al trabajo con la población infantil. Parte de su justificación para el trabajo con niños era la siguiente:

“Se demostró que las impresiones de la infancia persistían, y desempeñaban un papel rector en el campo de la salud y la enfermedad mental del adulto, y su funcionamiento general; en que se descubrió que los primeros años de vida, lejos de constituir un periodo de absoluta inocencia, eran gobernados por el poder de los instintos, que clamaban por su satisfacción; y sobre todo, en que se demostró que la sexualidad, en su forma adulta, tenía su prehistoria iniciada en la más temprana infancia con una serie de instintos componentes y zonas erotogénicas que llevaban al logro final de la genitalidad. Se observaron las manifestaciones del complejo de Edipo hacia los padres vivos tanto en el mundo externo como en las fantasías en

curso y en el marco de la transferencia. Lo que en la reconstrucción había aparecido como una serie de hechos traumáticos únicos reveló ser, mediante el análisis del niño, una secuencia de perturbaciones, condensadas por la memoria bajo la forma de recuerdos encubridores” (Freud, 1987, pp. 19-20).

Unas de las primeras dificultades para Anna Freud fue que muchos de los conceptos básicos y técnicas del psicoanálisis fueron propuestos y probados en adultos y había distinciones considerables entre una población y otra: La asociación libre brillaba por su ausencia, la transferencia es compartida con los padres con un mínimo de comprensión en los pacientes, aunada a un máximo de resistencia; la adhesión del paciente al tratamiento es incierta y precaria y requiere la ayuda de los padres en momentos de tensión; la acción ocupa en lugar de la verbalización; y la atención del analista no puede centrarse exclusivamente en el paciente, sino que debe extenderse a su ambiente (Freud, 1987). Lo anterior, indudablemente correspondía a un reto y un amplio camino para el psicoanálisis de niños.

Hubo varias consideraciones teóricas diferentes que condujeron a un gran número de analistas de niños a desarrollar otras técnicas. Trabajaron sobre los diversos derivados del inconsciente del niño, que aparecen en sueños y fantasías diurnas, en el juego imaginativo, en los dibujos, etc. e inclusive en las reacciones emocionales del niño, tanto dentro como fuera de la hora analítica. Como en el análisis de adultos, la tarea consistía en desmontar las diversas represiones, distorsiones, desplazamiento, condensaciones, etc. que habían sido establecidos por los mecanismos de defensa neuróticos hasta que, con la ayuda activa del niño, el cometido inconsciente del material se mostrase en su desnudez. Esta cooperación con el niño presupone naturalmente un uso amplio del lenguaje (Freud, 1987).

Anna Freud afirmaba que el significado del juego es más incierto que el del lenguaje, y por lo tanto, no puede funcionar como el equivalente a la asociación libre en el análisis, sobre todo por la incapacidad del niño para valerse de la asociación libre, por la inmadurez de su yo, la dependencia de su superyó, y por la resultante incapacidad para manejar sin ayuda las presiones del ello. Más bien le dio importancia a la fortaleza de

las defensas y resistencias del niño, y la dificultad para interpretar la transferencia, cuya impureza atribuimos al empleo de un periodo introductorio no analítico (Freud, 1987).

Además, notó que la dependencia del analista del trabajo cercano con los padres de los pacientes y con otras personas en el entorno del niño lo convertía en un objeto real para el niño, lo que impedía a su vez el desarrollo de una neurosis de transferencia. Por otro lado, afirmaba que la dualidad de la relación analítica, la proclividad de los niños a exteriorizar los conflictos y su dependencia de su entorno requieren que los analistas mantengan un equilibrio entre los factores externos e internos y reconozcan cuándo son utilizados por sus pacientes de una u otra manera (Levy, 2012).

Las dificultades aumentan aún más con otra categoría de casos, en los cuales los obstáculos ambientales o paternos que impiden el desarrollo se superponen a algunos de los complejos, impulsos, ansiedades y fantasías básicas del niño e intensifican o fijan a estas últimas eliminando toda posibilidad de ser superadas, vencidas o colocadas bajo el control del yo de manera normal (Freud, 1987).

Anna, por lo tanto, resume las metas de la terapia en: anulación de represiones, regresiones y soluciones inadecuadas de conflictos; expansión de la esfera de control del yo; y, por añadidura, y como objetivo intrínseco del análisis de niños, la liberación de las fuerzas del desarrollo de todo tipo de inhibición y restricción, para que una vez más, volvieran a desempeñar el papel que les correspondía en el crecimiento ulterior del niño (Freud, 1987).

El éxito o fracaso de la terapia depende de tres factores: la medida en que las actitudes y personalidades de los padres sean lo bastante normales como para estar abiertas al cambio; la medida en que los factores ambientales originarios hayan sido internalizados por el pequeño y convertidos en factores de influencia que actúan desde su interior; y el grado (desconocido) en que las pautas básicas del desarrollo se tornan irreversibles una vez establecidas.

Es entonces, que cuando el proceso analítico quiebra la defensa, obliga a los impulsos instintivos o a los afectos reprimidos a reingresar en la conciencia, para luego abandonar al yo y al superyó la tarea de ponerse de acuerdo con ellos sobre una mejor base. La

angustia del yo ante el superyó llega así a reducirse, desapareciendo los motivos que hacían necesarios los métodos defensivos acompañados de consecuencias patológicas (Freud, 1973).

Por otro lado, desde la escuela inglesa, Melanie Klein afirmaba que el juego, junto con otros elementos de la conducta de los niños, es un medio para expresar lo que manifiestan los adultos con palabras para construir un puente entre la fantasía y realidad, y dominar sus temores a los peligros del mundo interno y externo (Klein, 2008). Por consiguiente, los analistas infantiles requerían hacer la interpretación de fantasías, sentimientos, ansiedades y expresiones mediante el juego (Levy, 2012).

“Desde el principio el niño expresó sus fantasías y ansiedades principalmente jugando, y al aclararle consistentemente su significado, apareció material adicional en su juego. Es decir, en esencia, ya usé con este paciente el método de interpretación que se hizo característico de mi técnica. Este enfoque corresponde a un principio fundamental del psicoanálisis: la libre asociación. Al interpretar no solo las palabras del niño sino también sus actividades en los juegos, apliqué este principio básico a la mente del niño, cuyo juego y acciones- de hecho toda su conducta- son medio de expresar lo que el adulto manifiesta predominantemente por la palabra. También me guiaron siempre otros dos principios del psicoanálisis establecidos por Freud, que desde el primer momento consideré como fundamentales: la exploración del inconsciente es la tarea principal del procedimiento psicoanalítico, y el análisis de la transferencia es el medio de lograr este fin” (Klein, 1988a, p. 130).

En la escuela de análisis de niños de Melanie Klein, se vislumbraba en el juego libre el equivalente exacto de la asociación libre, y se lo aceptaba como base de interpretaciones simbólicas y vehículo de la transferencia. La nueva teoría del desarrollo inicial, surgida de los resultados de sus descubrimientos, hacía referencia, fundamentalmente a la lucha librada al comienzo de la existencia por los instintos de vida y de muerte, la división de los objetos en buenos y malos, el papel de la proyección y la introyección en la confirmación de la personalidad, la importancia sobrecogedora de la oralidad. De hecho, según esta teoría no es a partir de los incidentes registrados durante la fase fálica edípica,

sino de los producidos en la fase oral que deben inferirse las características centrales de la formación del superyó y del carácter, así como las raíces de la enfermedad mental (Freud, 1987).

Así es como Klein creó la técnica de juego, herramienta valiosa a través de la cual se podía tener acceso a la subjetividad de los infantes. Las fantasías que aparecían en las narrativas lúdicas cobraban enorme importancia y permitían entender trastornos de la infancia. Las ansiedades internas persecutorias y los mecanismos de defensa tempranos eran los principios básicos de lectura de esas fantasías (Dio Bleichmar, 2007).

Parte fundamental para esta técnica de juego es permitir que el niño experimente sus emociones y fantasías tal como ellas aparecen, sin ejercer influencia educativa o moral, para comprender la mente del paciente y transmitirle qué es lo que ocurre en ella (Klein, 1988a).

Melanie Klein, deja libre curso al desarrollo de las asociaciones lúdicas del niño a las cuales concede la equivalencia de una sublimación primaria y de una simbólica creadora. La idea fundada de su técnica es que la protección del niño sobre los objetos manipulados, de forma activa, se suscita por la estimulación permanente de las fantasías masturbadoras, que están vinculadas con las representaciones de la escena primitiva (Anzieu, 2001a).

“La importancia que atribuí al simbolismo me condujo entonces a conclusiones teóricas acerca del proceso de la formación de símbolos. El análisis del juego había mostrado que el simbolismo permite al niño transferir no sólo intereses, sino fantasías, ansiedades y sentimiento de culpa a objetos distintos de las personas. De ese modo el niño experimenta un gran alivio jugando y éste es uno de los factores que hacen que el juego sea esencial para él.” (Klein, 1988a, p. 144).

Si bien los enfoques psicoanalíticos más tradicionales veían el juego sobre todo como un vehículo para la expresión e interpretación de material preconsciente e inconsciente, los terapeutas psicoanalíticos de juego contemporáneos sostienen la importancia terapéutica de la interpretación y de otras formas de esclarecer los significados inherentes en el juego

de los niños, aunque reconocen que la relación del terapeuta con el niño directamente a través del juego es terapéutica (Levy, 2012).

De acuerdo con Winnicott, discípulo de Melanie Klein, el juego es inherentemente terapéutico porque abre un espacio potencial entre la relación terapéutica. Dentro de este espacio el niño puede destruir simbólicamente al terapeuta, distinguirse de él y utilizarlo. Señala que el niño no tiene a su disposición el uso del lenguaje, pero el juego le permite una expresión simbólica de sus angustias. Existe un valor de sublimación creadora. El niño proyecta en los objetos a los personajes de su mundo interno y pone en escena sus mecanismos de defensa (Winnicott, 2011).

Para Winnicott, el juego es lo universal y corresponde a la salud, facilita el crecimiento y por lo tanto esta última; conduce a relaciones de grupo: puede ser una forma de comunicación en psicoterapia y el psicoanálisis se ha convertido en una forma muy especializada de juego al servicio de la comunicación consigo mismo y con los demás (Winnicott, 2011).

Este autor, define la psicoterapia como la superposición de dos zonas de juego: la del paciente y la del terapeuta. Está relacionada con dos personas que juegan juntas. El corolario de ello es que cuando el juego no es posible, la labor del terapeuta se orienta a llevar al paciente, de un estado que no puede jugar a uno en que le es posible hacerlo (Winnicott, 2011).

Uno de los principales conceptos winnicottianos es el objeto transicional, que señala como aquella zona intermedia de experiencia, entre el pulgar y el osito, entre el erotismo oral y la verdadera relación de objeto, entre la actividad creadora primaria y la proyección de lo que ya se ha introyectado, entre el desconocimiento primario de la deuda y el reconocimiento de ésta (Winnicott, 2011).

Entonces, el juego, como forma de fenómeno transicional, abre un “espacio potencial” dentro de la relación analítica. Es decir, las relaciones terapéuticas se convierten en contextos de los que pueden surgir nuevas posibilidades. En el juego todo es posible porque los jugadores tienen la libertad de representar cualquier escenario, deseo, temor o estado del yo (Levi, 2012).

La terapia el juego va a permitir al niño, utilizar el espacio transicional y los objetos que allí encuentra y crea con toda libertad fantasmática. Puede experimentar la destrucción o la supervivencia de los objetos, situando así los “objetos fuera de sí mismo”, fabrica la realidad (Anzieu, 2001a).

1.3 Terapia de juego en la actualidad

Según Emilce Dio Bleichmar (2007) hay tres objetivos comunes a toda psicoterapia con niños, sea o no psicoanalítica:

- Reconocimiento de las ansiedades y modulación de los afectos
- Estimulación de estructuras simbólicas a través de la expresión emocional por medio del lenguaje
- Estimulación de la vitalidad de los deseos

Esto nos da una idea de las definiciones de infancia, de juego y de terapia de la actualidad.

Todo niño que juega delante de nosotros nos comunica las dificultades que le plantean en la vida sus conflictos inconscientes. Sus disposiciones personales le hacen que trace para nosotros un retrato que se modifica sin cesar, se construye y cambia vinculándose con aquello que se le parece y le extraña de nosotros (Anzieu, 2001b).

El niño que juega experimenta las satisfacciones de poder representar, ante un espectador acogedor y comprensivo, los conflictos que le valieron las heridas narcisistas frecuentes. La proyección, en el juego, sobre los personajes y las situaciones ficticias, desculpabiliza los afectos, las intenciones pulsionales, la escenificación de los conflictos, los desdramatiza y le da al yo una parte de placer para funcionar libremente (Anzieu & Daymas, 2001b).

La simbolización desarrolla entonces la expresión de los conflictos que se movilizan en el espacio psíquico del niño, entre la prevalencia del superyó y las pulsiones libidinales.

La culpabilidad es uno de los desencadenantes de la simbolización que abstrae al cuerpo (Anzieu & Daymas, 2001b)

El niño utiliza los representantes lúdicos para construir las relaciones defensivas a la potencia superyoica. Él puede repetir su juego, sin peligro para elaborar los conflictos que así representa y establecer los límites de su yo. La situación de latencia hace sitio a los procesos de represión que aminoran la potencia de las pulsiones y desvían la energía hacia el pensamiento y los procesos de identificación y de sublimación (Anzieu & Daymas, 2001b)

Durante las sesiones, el juego procede a la selección de las representaciones y de las acciones posibles “Hacer como si” permite actuar sin consecuencia real lo que los deseos o las pulsiones sugieren al yo. Todo lo que puede vivirse es posible pero solamente se produce de forma fáctica, jugada por el sujeto que lo vive. La realidad del yo se está construyendo. Los beneficios afectivos conquistados gracias al síntoma se deben reemplazar por la reconquista de las capacidades de creación del yo. Los sentimientos de castración, de impotencia, de desvalorización del yo son escenificados en los juegos que permiten una interpretación transferencial gracias a la cual el niño puede renunciar a la megalomanía que mantiene esos síntomas (Anzieu & Daymas, 2001b)

El niño que nos traen no está solo, sino que ocupa un sitio determinado en el fantasma de cada uno de los padres. En cuanto sujeto, él mismo se encuentra a menudo alienado en el deseo del Otro. El niño ni puede ser aislado artificialmente de cierto contexto familiar; desde el comienzo tenemos que contar con los padres, con su resistencia y con la nuestra (Mannoni, 1997).

1.4 Encuadre, Transferencia, Contratransferencia y Supervisión

Los siguientes conceptos son fundamentales para entender la terapia de juego psicodinámica. Son herramientas valiosas y efectivas para el mejor manejo y cura de los niños, y como terapeutas debemos estar conscientes de la importancia de cada uno de ellos.

Llamamos transferencia a todos aquellos impulsos experimentados por el paciente en relación con el analista, que no dependen de la situación analítica actual, sino que remontan su origen a tempranas vinculaciones con el objeto, reavivadas durante el análisis bajo la influencia del impulso repetitivo (Freud, 1973).

En el análisis de niños tenemos que vérnosla con muchas transferencias (la del analista, la de los padres y la del niño). Las reacciones de los padres forman parte del síntoma del niño y, en consecuencia, de la conducción de la cura. La angustia de la analista ante la agresión o la depresión de la pareja parental le hace negar, con mucha frecuencia, toda posibilidad de neurosis de transferencia. El niño enfermo forma parte de un malestar colectivo, su enfermedad es el soporte de una angustia parental. Si se toca el síntoma del niño, se corre el riesgo de poner brutalmente en descubierto aquello que en tal síntoma servía para alimentar o para colmar, la ansiedad del adulto (Mannoni, 1997).

En el psicoanálisis del niño, también es conveniente preguntarse ante todo acerca de ese otro que está en nosotros- es decir llegar a determinar qué es lo que nos define en relación con el niño que tratamos. Estando atentos a lo que el niño y los padres nos dicen, nos vemos llevados a situarnos con respecto al discurso que se pronuncia, es decir a localizar a aquel con quien estamos identificados (Mannoni, 1997).

Es por ello que el análisis o terapia del propio terapeuta es obligatoria, ya que ayuda a delimitar cada una de las historias y emociones, así como guiarnos y aprovechar la contratransferencia para el beneficio del niño.

La infancia aparece dentro del discurso del adulto, surge dentro del mundo del fantasma. Este problema se vuelve a encontrar cada vez que nos ocupamos de niños: el analista se enfrenta entonces con su propia representación de la infancia y el peso de sus motivaciones inconscientes habrá de gravitar en la orientación que imprima a la cura: el niño y su familia interpelan al analista en lo más arcaico que hay en él, como los miedos, las defensas y la angustia: continuamente se ve arrastrado a un terreno en el que se opera la confrontación de cada uno con el problema del deseo, de la muerte y de la Ley (Mannoni, 1997).

En cuanto al encuadre o marco, Melanie Klein describe que la situación de transferencia sólo puede ser establecida y mantenida si el paciente es capaz de sentir que la habitación de consulta o la pieza de juegos, de hecho todo el análisis, es algo diferente de su vida diaria del hogar. Pues sólo en esas condiciones puede superar sus resistencias a experimentar y expresar pensamientos, sentimientos y deseos que son incompatibles con las convenciones usuales, y en el caso del niño, que siente que están en contraste con mucho de lo que se le ha enseñado (Klein, 1988a).

Por sus caracteres de estabilidad, el marco representa también las exigencias superyoicas y frecuentemente la persecución. Las frustraciones que siente durante las sesiones, las reacciones violentas que manifiesta por los temas del juego o en el mismo juego, permiten al niño experimentar la solidez del marco que ataca y la permanente acogida del terapeuta

El encuadre permanece como el continente de las representaciones excitantes que el terapeuta puede interpretar. El marco toma entonces un sentido y despierta al superyó necesario para la estructuración firme del yo. Pero este género de situaciones provoca inevitablemente en el analista vivas reacciones contratransferenciales. Puede resistirse, o utilizarlos para interpretar cuando están próximos a su preconscious (Anzieu, 2001a).

Klein comenta que durante las sesiones, expresó a los niños que no toleraría ataques a sí misma. Esta actitud no sólo protege al psicoanalista pues si tales asaltos no son mantenidos dentro de límites, pueden despertar excesiva culpa y ansiedad persecutoria en el niño y por lo tanto agregar dificultades al tratamiento. Sin embargo, cuidó mucho de no inhibir las fantasías agresivas del niño; de hecho le daba oportunidad de representarlas de otras maneras, incluyendo ataques verbales (Klein, 1988a).

El analista forma parte del marco en cuanto objeto exterior. En este orden de ideas, él es el representante del principio de realidad y no debe olvidarlo durante las sesiones. Forma parte de las cosas con las que el niño juega (Anzieu, 2001b).

La supervisión es otra herramienta valiosa para no perder de vista los objetivos de la psicoterapia. En ella, se expone el caso ante varios terapeutas que darán su propia interpretación y orientarán al terapeuta por el camino que beneficie al paciente.

La supervisión representa forzosamente para el analista del niño un superyó apremiante e idealizador (Anzieu, 2001a) de manera que hay un encuadre y una metodología precisa en la que se basa el trabajo terapéutico.

Gracias a las aproximaciones teóricas del juego y el psicoanálisis infantil, así como las herramientas del encuadre, transferencias y supervisión, el siguiente trabajo pudo delimitarse en una metodología y un trabajo eficaz.

CAPÍTULO 2. LA FANTASÍA

2.1 Definición de fantasía

Desde el marco de la teoría psicoanalítica, la fantasía es el pilar para las formaciones del inconsciente. Aunque a lo largo del tiempo se ha ido transformando su conceptualización, no se aleja de las primeras delimitaciones que Freud propuso para su definición. En este capítulo se hará un breve recuento de la evolución del concepto de fantasía y su importancia en la clínica y trabajo psicoterapéutico.

Para comenzar, habría que hacer énfasis en que se hará referencia a la fantasía inconsciente, sin abordar por lo tanto la moción de fantasía como un sinónimo de imaginación o creatividad. Laplanche y Pontalis (1996) puntualizan que Freud rehúsa limitarse en la oposición entre la concepción de fantasía considerada como un derivado deformado del recuerdo, y otra que no atribuiría realidad propia a la fantasía viendo en ella únicamente una expresión imaginaria destinada a enmascarar la realidad de la dinámica pulsional. El esfuerzo de Freud y de toda la reflexión psicoanalítica consiste precisamente en intentar explicar la estabilidad, la eficacia y el carácter relativamente organizado de la vida de fantasía del sujeto (Laplanche & Pontalis, 1996).

También habría que remarcar que algunos autores, sobre todo de la escuela francesa, como lo son Lacan (2009) Aulagnier (1991) Morel (2008) Green (2012) adoptan el concepto de “fantasma” para referirse a la fantasía inconsciente a la que nos referiremos en este apartado. El fantasma son aquellas imágenes con carga afectiva y gran fuerza que están simbólicamente ligadas con imágenes de la cultura (Macías, 1994).

El primer referente en la obra freudiana de la fantasía aparece en 1897, donde plantea que ésta surge a partir de vivencias oídas o vistas, pero no necesariamente recordadas, sino que permanecen en el inconsciente. La formación y el punto de partida de las fantasías tiene lugar en el inconsciente, ya que si crece la intensidad de una de estas fantasías del tal forma que haga aparición en la conciencia, quiere decir que la fantasía sucumbe a la represión y se genera un síntoma (Freud, 1992c).

De esta se manera se relaciona y se fundamenta que detrás de todo síntoma existe una fantasía que causa conflicto en el yo.

Para Freud el mundo de las fantasía parece situarse enteramente en el marco de la oposición entre lo subjetivo y lo objetivo, entre un mundo interno que tiende a la satisfacción por la ilusión y un mundo externo que poco a poco, por medio del sistema perceptivo, impone al sujeto el principio de realidad. El inconsciente aparece entonces como el heredero del que en un principio fue el único mundo del sujeto, en el que sólo regía el principio de placer (Laplanche & Pontalis, 2006)

Pero ¿qué hay detrás de la fantasía que la empodera y el Yo busca mantener en lo inconsciente, poniendo tanta libido dirigida en los mecanismos de defensa para replegarla? Dentro de toda fantasía hay cumplimiento de deseo.

“Una fantasía oscila en cierto modo entre tres tiempos, tres momentos temporales en nuestro representar. El trabajo anímico se anuda a una impresión actual, una ocasión del presente que fue capaz de despertar los grandes deseos de la persona, desde ahí se remonta al recuerdo de una vivencia anterior, infantil las más de las veces, cuando aquel deseo se cumplía, y entonces crea una situación referida al futuro, que figura como el cumplimiento de ese deseo, justamente el sueño diurno o la fantasía, en que van impresas las huellas de su origen en la ocasión y en el recuerdo. Vale decir pasado, presente y futuro son como las cuentas de un collar engarzado por el deseo” (Freud, 1992d).

En su diccionario, Laplanche y Pontalis se refieren a la fantasía como un guion imaginario en el que se halla presente el sujeto y que representa, en manera deformada por los procesos defensivos, la realización de un deseo y, en último término, de un deseo inconsciente (Laplanche & Pontalis, 1996).

Ya que hemos abordado esto, queda la pregunta ¿por qué es tan importante guiarnos por la fantasía en el tratamiento? Al ser cumplimiento de deseo, la fantasía se muestra contradictoria con los estándares impuestos por la sociedad, lo esperado, lo correcto. Es por ello que el Yo la mantiene en el inconsciente y cuando tiene suficientemente fuerza para salir a la conciencia, tiene forma de síntoma. Así, el síntoma también es

cumplimiento de deseo, aunque paradójicamente cause dolor, malestar y sea precisamente la razón por lo que llegan los pacientes a consulta. Podríamos decir entonces, que los síntomas son la hebra que nos sugiere la madeja de fantasías y deseo de los sujetos.

Los síntomas son actos que perjudican y las personas se quejan de que los realizan involuntariamente, y además conllevan displacer o sufrimiento. El problema principal es el gasto anímico que los síntomas requieren y el que se necesita para combatirlos. Si la formación de síntomas es extensa, estos dos costos pueden traer como consecuencia un empobrecimiento de la persona en cuanto a energía anímica disponible para la vida cotidiana y por su consiguiente, el parálisis en todas las tareas importantes (Freud, 1991a).

Las fantasías inconscientes son los estadios psíquicos previos más próximos a la formación de síntomas (Freud, 1992d). Los síntomas neuróticos son el resultado de un conflicto que se libra en torno de una nueva modalidad de la satisfacción pulsional. Las dos fuerzas que se han enemistado vuelven a coincidir en el síntoma; se reconcilian, por así decir, gracias al compromiso de la formación de síntoma. Por eso el síntoma es tan resistente; está sostenido desde ambos lados (Freud, 1991a).

El síntoma tiene un carácter simbólico, en tanto representación indirecto y figurado de una idea, de un conflicto, de un deseo inconsciente. Silvia Bleichmar (2008) reflexiona y deja una pregunta al lector: Si el síntoma es simbólico, si es sustitutivo, si marca la aparición deformada de un deseo ¿estamos hablando de desplazamiento como mecanismo de funcionamiento inconsciente? Podríamos afirmar entonces que el síntoma, además de una formación del inconsciente, tiene un propósito de protección al psiquismo (Bleichmar, 2008).

Freud, por otro lado, explica su relación con la libido de la siguiente manera: Tampoco las pulsiones sexuales quieren renunciar a su satisfacción mientras que la realidad no les ofrezca algo mejor. La manera en que la libido se lo proporciona es siguiendo el rastro de las fantasías, que reaniman los deseos infantiles mediante la regresión (Freud, 1992e).

La finalidad entonces del tratamiento, aceptando siempre que habrá una constante lucha entre los dos principios, (afortunadamente) es como lo subrayan Laplanche y Pontalis : En la práctica psicoanalítica se propone en definitiva lograr la integración del principio de placer con el principio de realidad. (Laplanche & Pontalis, 2006)

Ahora bien, respecto al trabajo infantil, se enfatiza que las fantasías se basan en buena parte en las impresiones de vivencias infantiles. En el niño, debido a la disposición en la que se encuentra su aparato anímico, donde la separación y la censura entre preconscious e inconsciente todavía no existen o sólo están constituyéndose poco a poco, pueden hacer uso o referir sus fantasías más fácilmente que los adultos, puesto que la represión aún no adquiere toda su fuerza (Freud, 1991b).

El niño a través del juego, crea todo un artificio donde inserta cosas de su mundo en una nueva organización, los ordena para hallar complacencia en lo que vive. Esta actividad le implica grandes montos de energía (afecto). No obstante, de que hace ese mundo, el niño reconoce cuál es su mundo de juego y cuál es el real (Freud, 1992d).

Más adelante, conforme el niño crece y se hace adulto, se avergüenza de sus fantasías, se esconde de decirlas, no las comunica a nadie y se enquistan dentro de él pues socialmente a esa actividad se le considera infantil, por lo tanto, no pertinente para que la cultive un adulto (Freud, 1992d).

Por otro lado, si las fantasías se rigen por el principio de placer, Freud llega a preguntarse si realmente todas estas fantasías ocurrieron, a lo que responde que de acuerdo a su experiencia clínica, lo sorprendente reside en que estas escenas infantiles no siempre son verdaderas. Más aún: en la mayoría de los casos no lo son, y en algunos están en oposición directa a la verdad histórica (Freud, 1991a).

“Los síntomas son entonces, ora la figuración de vivencias que realmente se tuvieron y a las que pueden atribuirse una influencia sobre la fijación de la libido, ora la figuración de fantasías del enfermo, impropias desde luego para cumplir un papel etiológico. Los recuerdos infantiles aislados que, desde siempre y antes de todo análisis, los hombres han llevado en su interior con conciencia pueden estar

igualmente falseados o, al menos, mezclar mucho lo verdadero con lo falso” (Freud, 1991^a, p. 332).

Entonces, ¿qué diferencia hay en el hecho de que una fantasía sea creada o realmente experimentada? ¿Habría que hacer una diferencia en el proceso? A lo que Freud en 1917 enfatizó que las fantasías también poseen una suerte de realidad: ellas poseen realidad psíquica, por oposición a una realidad material, y poco a poco aprendemos a comprender que en el mundo de las neurosis la realidad psíquica es la decisiva (Freud, 1991a). Silvia Bleichmar (2008) añade que de cualquier manera, podemos decir que todo transcurre en el psiquismo, aun cuando pueda tener consecuencias en el mundo exterior y recibir influencias de este, marcando la relación tanto del mundo interno en la realidad, así como la realidad en el mundo psíquico (Bleichmar, 2008).

Piera Aulagnier (1991), por su parte, apunta que no se trata de oponer realidad objetiva a la representación fantasmática, sino de encontrar relaciones entre las circunstancias reales responsables de experiencias significativas de un sujeto y las circunstancias fantasmáticas que acompañan su representación. Entre ambas se interponen las circunstancias interpretadas producto del yo.

“La realidad histórica es el conjunto de esas experiencias que marcan la primera infancia de todo sujeto. Su surgimiento enfrenta al niño a experiencias afectivas, somáticas y psíquicas que lo obligan a una reorganización de su psique, a una reevaluación estructurante o desestructurante de su equilibrio económico, a una reorganización más rica o más pobre de sus reparos identificatorios” (Aulagnier, 1991, p. 25).

Aunque la mayoría de los autores coinciden en que la fantasía siempre está relacionada con la realidad material, hay diferencias en su conceptualización, sobre todo en la formación.

Para Freud, los afectos siempre son considerados como derivados secundarios de la sexualidad, donde el placer del órgano genera deseo y así surge la amenaza de conflicto y prohibición, en resumen, la angustia de castración. En cambio, para Melanie Klein la

acción de la angustia también es un derivado de la pulsión, pero específicamente de la pulsión de muerte (Dio Bleichmar, 2007).

En la literatura, encontramos dos grandes vías para explicar la fantasía: Una que se inclina por conceptualizarla con elementos tanto internos como externos (autores como Freud (1991a), Anna Freud (1987), Lacan (2009), Mannoni (1997), Bleichmar (1997) y otra que afirma que la fantasía surge meramente por elementos internos, pulsiones o instintos, perspectiva que comienza con la teoría de Melanie Klein (2008) y siguen otros autores como Segal (1977) y Bion (1978). En los siguientes capítulos se describirán cada una con mayor detenimiento.

2.2 La Fantasía formada de elementos tanto internos como externos

Los autores partidarios de ésta vía, consideran a la realidad exterior representada por el otro como la causa básica no sólo de la estructura del psiquismo y la fantasía inconsciente sino de la génesis de los problemas que va a encontrar el sujeto, de sus conflictos, de las angustias que distorsionarán su ser, considerando el carácter como organización patológica defensiva, reaccional, ante el impacto de una realidad traumatizante (Bleichmar, 1997).

Como se ha explicado anteriormente, en la obra Freudiana, los conflictos intrapsíquicos aunados con elementos del ambiente son la causa esencial de la angustia, síntomas y patología. El modelo establece una clara secuencia: cierto tipo de deseos –sexuales y agresivos- entran en contradicción con otras representaciones que codifican esos deseos como inaceptables, lo que genera angustia, determinando que el deseo sea reprimido y que desde el inconsciente reaparezca deformado, condensado con la defensa, bajo la forma de síntomas. La cuestión reside en aclarar los orígenes de los elementos que constituyen los pares en oposición del conflicto intrapsíquico y, sobre todo, cuánto incide la realidad externa y cuántas las propias producciones del psiquismo (Bleichmar, 1997).

Acorde a las postulaciones de su padre, Anna Freud sugiere que el niño teme al instinto porque teme al mundo exterior y su defensa instintiva se forma por la presión de la

angustia real. Incluye que los síntomas neuróticos son más bien un proceso defensivo dirigido contra un peligro interno. La capacidad del yo de negar la realidad se encuentra en contradicción con la capacidad de reconocer la realidad y valorarla críticamente. En lo intelectual es válida la distinción entre fantasía y realidad, pero para la vida afectiva el hecho penoso se halla desvalorizado y la fantasía sobrecargada, de tal forma que el placer obtenido en la imaginación puede triunfar sobre el displacer objetivo. Así que es difícil precisar cuándo pierde el Yo esa posibilidad de compensar grandes cantidades de displacer objetivo mediante la fantasía (Freud, 1973).

El Yo del niño se niega a aceptar una parte desagradable de la realidad. Se aleja ante todo de la realidad, la rechaza y sustituye aquel aspecto indeseado por la fantasía de la situación inversa. Así el padre malo se convierte en la fantasía en el animal protector, en tanto el débil niño será el dominador de los poderosos sustitutos paternos. Lograda esta transformación y una vez que mediante la elaboración de estas fantasías el niño se ha insensibilizado a ese sector desagradable de la realidad, el Yo se salva del desarrollo de la angustia, y con esto de los restantes mecanismos defensivos contra los instintos y la formación de neurosis (Freud, 1973).

Otro concepto fundamental en la teoría de Anna Freud, el cual se opone directamente a las concepciones Kleinianas, es que el niño, en sus primeros años, no es capaz de reprimir las fantasías primarias, ya que el Superyó no está plenamente formado así que el aparato psíquico no tiene la capacidad de hacerlo. La represión exige un yo consciente; por consiguiente, en tanto el yo está confundido con el ello carece de sentido hablar de represiones. Los métodos de la retención o expulsión de una idea o de un afecto fuera de la proyección y de la introyección dependen de la separación entre el yo y el mundo exterior (Freud, 1973).

Del otro lado, la idea totalmente revolucionaria de Lacan con respecto a que el inconsciente no es algo del orden de lo biológico, no es algo con lo que se nace: es un efecto de cultura producido a partir de la inclusión del sujeto en relaciones estructurantes, en el marco de una organización privilegiada, universal, que es la estructura del Edipo (Bleichmar, 2000), viene a apoyar las nociones que incluyen aspectos externos en las fantasías y síntomas.

En el psicoanálisis lacaniano, el niño deviene objeto y no sujeto. El niño se convierte en el objeto del deseo del otro- y se plantea por primera vez en la historia del psicoanálisis, que el deseo no es algo biológico, innato, sino que se constituye en el marco de relaciones primordiales que articulan al ser humano al otro humano y que lo determinan- deviene la razón principal de su parálisis clínica en el campo de la práctica con niños, ya que el inconsciente infantil como objeto de conocimiento, se pierde, emigra hacia la estructura del Edipo o hacia el inconsciente parental. En la conceptualización lacaniana clásica, el niño deja de ser sujeto atravesado por su propio inconsciente, para devenir objeto, en razón de que está en posición de significante que viene a obturar la falta de la madre (Bleichmar, 2000).

2.3 La Fantasía formada de elementos internos

M. Klein es la representante más puntual de esta concepción endógena de la fantasía: bajo la presión del instinto —ése es el término que usa para enclavarlo en lo biológico e innato- es decir, de algo absolutamente interno, se generan fantasías que encuentran más o menos apoyo en la realidad, a la que deforman. Tanto el deseo como la prohibición surgirían de algo interior al sujeto (Bleichmar, 1997).

Desde la perspectiva kleiniana, se toma la fantasía como la representante psíquica de los instintos: no hay acto instintivo que no sea vivido como fantasía inconsciente, aunque luego, esta puede pasar a ser un modo de defensa contra los impulsos. La fantasía tiende a considerar que el impulso se satisface efectivamente, mientras que, como defensa, considera que dicho impulso es realmente inhibido o controlado (Isaacs, 1988).

La atención de Melanie Klein se dirige a la manera en que el sujeto sitúa su propia persona y su familia dentro de un mundo de fantasmas. Nos muestra de qué modo el niño transforma la realidad de lo que vive en función de sus miedos, de su culpabilidad, de sus defensas o incluso de los sentimientos agresivos que lo animan (Mannoni, 1997).

Los partidarios de la fantasía y del conflicto intrapsíquico esgrimen como argumentos, cuya validez no se puede desconocer, que la realidad es siempre captada desde un

código interno, que lo externo actúa porque encuentra al interno que le otorga cierto significado, que frente a la misma condición externa no todos los sujetos experimentan la misma reacción, que no hay estímulo puro independiente del estado pulsional y de la fantasía desde los cuales adquiere valor (Bleichmar, 1997).

Otro gran expositor de la fantasía fue C.G. Jung, quien insistía en que las fantasías son un proceso basado en instintos y en imágenes míticas que antes fueron conscientes y que en la historia de los pueblos han llegado a ser como la “herencia” o el “reflejo” del alma humana (Macías, 1994).

Queda concluido por lo tanto que lo fundamental radica en la realidad psíquica de cada paciente, a la cual podemos tener acceso gracias a las fantasías (cumplimientos de deseo) y los síntomas (que forman parte de la lucha del principio de placer con el principio de realidad).

2.4 Fantasías primordiales/ primarias/originales

Después de muchos años de escucha clínica y trabajo, sobre todo con las fantasías de los neuróticos, Freud comienza a darse cuenta de una repetición muy notoria de éstas, a las que denomina *Urszene* (escenas “originales” o “primarias”) (Freud, 1992c).

Si una y otra vez surgen las mismas fantasías, con el mismo contenido, si más allá de la diversidad de las construcciones individuales hay fantasías que son “típicas”, es porque el *primum movens* no es la historia circunstancial de sujeto, por el contrario, tiene que haber un esquema previo capaz de funcionar como organizador. Las fantasías originales connotan también esta postulación retroactiva: se refieren a los orígenes. Como los mitos, pretenden brindar una representación y una solución a los que para el niño son enigmas fundamentales; dramatizan como momentos de aparición o como origen de una historia, algo que se presenta ante el sujeto como una realidad de naturaleza tal que exige una explicación, una “teoría” (Laplanche & Pontalis, 2006).

Freud expone que entre los acontecimientos que siempre retornan en la historia juvenil de los neuróticos, que no parecen faltar nunca, hay algunos de particular importancia: la observación del comercio sexual entre los padres, la seducción por una persona adulta y la amenaza de castración. Complementa que sería un error suponer que nunca les corresponde una realidad material, se puede encontrar evidencia por parte de los parientes del paciente de que en realidad acontecieron estos sucesos (Freud, 1991a).

Por lo tanto, las fantasías primordiales son respuestas a los enigmas humanos por excelencia: En la escena primaria lo representado es el origen del individuo; en las fantasías de seducción el origen o surgimiento de la sexualidad; en las fantasías de castración, el origen de la diferenciación de los sexos (Laplanche & Pontalis, 2006)

La escena primaria es la unión entre el hecho biológico de la concepción y el hecho simbólico de la filiación. Si la escena primaria representa un enigma, subraya Aulagnier, es fundamentalmente porque remite al origen más profundo: de un “No-ser” a un “Ser”. Ese no-ser se convierte en una matriz fantasmática porque permanece como lo irrepresentable por excelencia (Aulagnier, 1991).

Bien lo explica Freud en 1917, las fantasías de origen son de alguna manera necesarias, pertenecen al patrimonio indispensable de la neurosis. Si están contenidas en la realidad, muy bien; si esto no ha sucedido, se completa por medio de la fantasía (Freud, 1991a).

Pero, ¿De dónde viene la necesidad de crear tales fantasías y el material con que se construyen?

“No cabe duda de que su fuente está en las pulsiones, pero queda por explicar el hecho de que en todos los casos se creen las mismas fantasías con idéntico contenido. Tengo pronta una respuesta para esto, y sé que les parecerá atrevida. Opino que estas fantasías primordiales, son un patrimonio filogenético. En ellas, el individuo rebasa su vivenciar propio hacia el vivenciar de la prehistoria, en los puntos en que el primero ha sido demasiado rudimentario. Me parece muy posible que todo lo que hoy nos es contado en el análisis como fantasía – la seducción infantil, la excitación sexual encendida por la observación del coito de los padres, la amenaza de castración (o, más bien, la castración) - fue una vez realidad en los

tiempos originarios de la familia humana, y que el niño fantaseador no ha hecho más que llenar las lagunas de la verdad individual con una verdad prehistórica” (Freud, 1991^a, p. 335).

De acuerdo a las postulaciones de Maud Mannoni, el niño es el soporte de aquello que los padres no son capaces de afrontar: el problema sexual. Pone en evidencia lo que se desea mantener oculto y de ese modo le crea a la pareja parental una situación embarazosa. Explica con el ejemplo del Caso Juanito, en donde el niño pone en juego la relación de los propios padres a partir de su síntoma (Mannoni, 1997). Pero, ¿Son estas las únicas fantasías que se repiten en las personas?

2.5 Fantasía de infanticidio

En su libro “Para que la bruja no me coma” D. Bloch (1985) describe y analiza su trabajo psicoanalítico con niños, refiriendo una repetición en las fantasías y juegos de sus pacientes, casi todos representando su miedo a ser asesinado por los padres.

“Los niños están universalmente predispuestos al miedo al infanticidio por el estadio de su desarrollo físico o psicológico y que la intensidad del miedo depende de la incidencia de sucesos traumáticos y del grado de violencia y cariño que hayan experimentado.” (Bloch, 1985)

Además agrega un apuntalamiento interesante de su colega Hayman Spotonitz quien encuentra una omisión por parte de Freud de la primera parte del mito de Edipo al formular su teoría. La leyenda griega comienza con la conspiración de los padres de Edipo para eliminarlo a fin de evitar la profecía del oráculo según la cual, cuando sea mayor, matará a su padre y se casará con su madre (Bloch, 1985).

De igual forma, Bergeret (1990) hace énfasis en la primera parte del mito de Edipo de Sófocles, el Citerón: donde Edipo debe ser asesinado para evitar asesinar a sus padres, y lo atribuye a una “represión” por parte de Freud (Bloch, 1985).

Esta importancia al primer fragmento Sófocles se subraya puesto que la teoría del complejo de Edipo y su relación con el inconsciente, y por lo tanto de las fantasías, deriva

y se explica desde el mito, como una cuestión filogenética, y además como organizador del aparato psíquico. Esto justifica el miedo al infanticidio como una fantasía primaria, al igual que la fantasía de castración.

Lo que le llama mucho la atención son los efectos precoces producidos por la severidad del superyó en el niño. Freud ya había revelado el papel que desempeña el superyó en la represión de las pulsiones incestuosas y parricidas del Edipo. En ello veía el miedo desproporcionado de ciertos niños con respecto al padre del mismo sexo, miedo que se transforma en amenaza interna para proyectarse luego sobre un mundo exterior sentido a partir de entonces como peligroso (Mannoni, 1997).

Por otra parte, Melanie Klein describe de qué manera el niño proyecta su agresión –en la etapa culminante del complejo de Edipo- sobre aquel de los padres que, en su fantasma, se convierte en un ogro introyectado y como tal forma su superyó (Mannoni, 1997).

Cuanto mayor sea la indefensión del niño, mayor será el poder que le puede otorgar al otro, independientemente de la conducta o actitud dominante del adulto para con el niño. Pero esta atribución de poder no sólo responde a la asimetría adulto-niño, sino que es adaptativa y constituye el fundamento de la motivación de apego en tanto proximidad que garantiza la supervivencia. Cuando mayor sea la amenaza ante la pérdida y/o separación que pueda sentir el niño, mayor será la omnipotencia y/o idealización que despliegue en su mente como una estrategia defensiva que calme la angustia de indefensión (Dio Bleichmar, 2007).

Se puede concluir por lo tanto que el miedo del niño al infanticidio es el factor determinante de su necesidad de defensas y a la esperanza de ganarse el cariño de los padres se convertía en el fundamento de la estructura psíquica creada por él desde la primera infancia y puede mantenerse hasta la muerte (Bloch, 1985).

Klein, Insiste en la noción de ambivalencia, es decir en la presencia de la intención agresiva dentro de toda pulsión de amor. Esta situación inconsciente, desconocida por el niño, es la que lo impulsa, en ciertos estados de crisis, a tratar de reparar un daño imaginario que cree haberle infringido a su madre. El niño divide de este modo el mundo en objetos “buenos” y “malos”. Les hace desempeñar alternativamente un papel protector

o de agresión contra un peligro que sitúa unas veces en sí mismo y otras fuera de sí mismo (Mannoni, 1997).

Ahora, Freud en 1919 propone una relación entre las fantasías y el sentimiento ominoso que pudiera ayudar a comprender las emociones en la fantasía de infanticidio. Considera que la condición bajo la cual nace el sentimiento de lo ominoso es inequívoca. Explica entonces que nosotros, o nuestros ancestros primitivos, consideramos alguna vez esas posibilidades como una realidad de hecho, estuvimos convencidos de la objetividad de esos procesos. Hoy ya no creemos en ello, hemos superado esos modos de pensar, pero no nos sentimos del todo seguros de estas nuevas convicciones; las antiguas perviven en nosotros y acechan la oportunidad de corroborarse. Y tan pronto como en nuestra vida ocurre algo que parece aportar confirmación de esas antiguas y abandonadas convicciones, tenemos el sentimiento de lo ominoso (Freud, 1992f).

Entonces, ¿qué pasa cuando algo de la realidad comprueba la fantasía de infanticidio? ¿Qué sucede si entre los regaños o actitudes de los padres se asoma el deseo de muerte?

Lo ominoso del vivir se produce cuando unos complejos infantiles reprimidos son reanimados por una impresión, o cuando parecen ser refirmadas unas convicciones primitivas superadas (Freud, 1992f). Cabe destacar que la fantasía nunca está divorciada de la realidad.

El primer paso para entender la fantasía del niño es acumular toda la información posible sobre la historia y el desarrollo de la vida del niño. Otros métodos para manejar la fantasía están dictados por su doble función. Las fantasías defensivas están destinadas no sólo a proporcionar escape al insoportable terror del niño, sino también a proyectarlo en criaturas imaginarias, a ocultar su fuente, permitiéndole así mantener la imagen idealizada y potencialmente cariñosa de sus padres que parece ser fundamental para sentirse seguros. De esto se desprende que cualquier descubrimiento de las bases reales de la fantasía del niño o cualquier intento de ir más allá de su marco con una sugerencia de su verdadero significado puede amenazar sus defensas hasta el punto de poner fin a la fantasía y descalificar al analista como una persona digna de confianza (Bloch, 1985).

Podría agregarse la importancia de la pulsión de muerte que rodea a la fantasía de infanticidio. Laplanche (1989) destaca tres exigencias freudianas acerca de este concepto. La primera es que la muerte siempre va hacia la persona, y sólo de manera secundaria la muerte infligida a otro por lo que propone el término “pulsión de su propia muerte”. La segunda comprende que la pulsión de muerte está estrechamente ligada a la noción de principio del cero o del Nirvana y a la compulsión de repetición, y la tercera que enfatiza en una ausencia de idea de muerte en el inconsciente (Laplanche, 1989).

La sexualidad se encuentra como desgarrada entre estos dos aspectos que serán finalmente reagrupados por Freud bajo los términos de pulsiones de vida o Eros, y pulsiones de muerte. Se resume entonces que la función de Eros es conservar al objeto y también a conservar al yo como objeto primario, lo que nos lleva a una encrucijada: al hablar de infanticidio se suscita una relación directa a la muerte, sin embargo El miedo, angustia o síntomas del niño ante el infanticidio no obedecen a la pulsión de muerte, sino a la pulsión sexual, Eros, quien conserva el objeto y permite que el niño tema y se alerte de su propia vida.

La pulsión de muerte no puede ser sino el ataque interno por objetos a la vez estimulantes y peligrosos para el yo. Pero la constitución de estos objetos-fuente, atacantes internos, es ella misma el resultado de un proceso primario de introyección (Laplanche, 1989).

El párrafo anterior se explica mejor si ahondamos en la teoría de Melanie Klein (1946), quien observó en su práctica clínica el miedo a ser asesinados pero lo interpreta de una manera distinta, intentando ampliar el concepto freudiano. Para ella la fantasía inconsciente es la expresión mental de los instintos y por consiguiente, existe desde el comienzo de la vida. Como lo explica Segal (1977) crear fantasías es una función del yo. La concepción de la fantasía como expresión mental de los instintos por mediación del yo supone mayor grado de organización yoica del que postula Freud. Supone que desde el nacimiento el yo es capaz de establecer relaciones objetas primitivas en la fantasía y en la realidad (Segal, 1977).

Ahora bien, Klein interpreta la fantasía de infanticidio de otra manera. Plantea que además del objetivo de la fantasía de satisfacer los impulsos instintivos es también una defensa contra la realidad interna. El yo inmaduro del bebé está expuesto desde el

nacimiento a la ansiedad provocada por la innata polaridad de los instintos – el conflicto inmediato entre instinto de vida e instinto de muerte. Es también inmediatamente expuesto al impacto de la realidad externa que, le produce situaciones de ansiedad, por ejemplo el trauma del nacimiento, pero también de la vida (Segal, 1977).

La autora inglesa propone que incluso anterior al miedo de ser atacado, el niño experimenta desde los primeros años de vida, impulsos agresivos hacia su madre, que está representada por el pecho. A este momento del desarrollo le llamará la posición esquizo-paranoide, en el que el Yo se escinde como mecanismo de defensa ante sus impulsos y proyecta dichos impulsos agresivos hacia la madre. Así que el pecho es escindido en un pecho bueno (gratificador) y un pecho malo (frustrado) (Klein, 1988b).

Los análisis tempranos muestran que en el juego el niño no sólo vence una realidad dolorosa, sino que también domina sus miedos instintivos y los peligros internos proyectándolos al mundo exterior (Klein, 2008).

Es así como el niño proyecta sus instintos agresivos o de muerte al pecho malo e intenta introyectar e identificarse con el objeto ideal, o pecho bueno.

Ante esto, el niño siente una ansiedad predominante de la posición esquizo-paranoide en donde teme que el objeto u objetos persecutorios (pecho malo) se introducirán en el yo y avasallarán y aniquilarán tanto al objeto ideal como al Yo (Segal, 1977).

Se concluye por lo tanto, que la fantasía de infanticidio desde la postura kleiniana, no es una fantasía inconsciente que postule un miedo genuino hacia las figuras de autoridad o padres, sino que es la proyección de los propios impulsos agresivos del niño que ahora teme se vean devueltos en una especie de “venganza”. La proyección a otros objetos malignos, son solamente una proyección general de la “madre mala” o “el pecho malo” que a su vez es la proyección de sus propios instintos. Se puede decir que serían los comienzos del Superyó. Aun así, la fantasía es la misma solo que la conceptualización de la formación de ésta es diferente.

Sentado esto, las posibilidades con el proceso terapéutico apuntan a hacerle ver al niño que su objeto ideal y sus propios impulsos libidinales son más fuertes que el objeto malo

y sus propios impulsos malos y de esta manera identificarse con su objeto ideal (Segal, 1977).

Por otra parte, Françoise Dolto, se refiere a la angustia de muerte en los niños, exponiendo que la muerte es sinónimo de frustración (tanto corporal –en lo muscular– tanto afectiva –la separación de los padres). Propone que la angustia de muerte se incluye dentro de la angustia de castración. Así sugiere que esta angustia neurótica es en efecto un “temor mágico” al servicio de las pulsiones sexuales genitales reprimidas por un superyó movido por el complejo de castración. La impotencia real contra el adulto concebido como todopoderoso, no es precisamente la fantasía de aniquilación y muerte, sino que es una prolongación de la fantasía primaria de castración (Dolto, 2001).

La fantasía puede evolucionar tan pronto como el niño se siente lo suficientemente seguro de ser aceptado y verbalizar directamente los sentimientos y percepciones que estaban camuflados. El que la fantasía pueda llegar con éxito a ese punto depende tanto de la capacidad de cambio de los padres como la habilidad del analista a la hora de manejar la fantasía (Bloch, 1985).

CAPÍTULO 3. ELEMENTOS AMBIENTALES Y FAMILIARES DE LA FANTASÍA DE INFANTICIDIO

3.1 Influencia ambiental y familiar

En el capítulo anterior, se ahondó en las teorías acerca del proceso interno que involucra la creación y presencia de fantasías, enfocándose especialmente a la fantasía de infanticidio. Se observó que, si bien dichas fantasías son normales y obedecen a la estructuración del aparato psíquico, pueden, en la búsqueda de resolverlas, llegar a formar síntomas. Si las fantasías por sí mismas contienen elementos fundamentales para la terapia y pueden evocar miedos, síntomas e incluso patologías, ¿qué pasa cuando el infanticidio tiene un eco en la realidad, cuando hay evidencia que no desmienta la fantasía?

Aunque Freud en 1917 descubre que la fantasía inconsciente es producida aunque no haya ocurrido en la realidad (como lo enfatiza en las 3 fantasías originarias) no podemos dejar a un lado el hecho de que en algunos casos hay un importante contenido en el ambiente y familia del niño que avala y evidencia estas fantasías (Freud, 1991a).

El análisis de niños resulta claramente indicado cuando los temores, luchas, crisis y conflictos del paciente son producto de su mundo interno y pueden ser resultados o disueltos por completo rastreando sus raíces inconscientes por medio de información, comprensión e interpretación. Pero cuando la amenaza, el atacante o el seductor son personajes reales, la situación terapéutica cambia por completo. Es comprensible que las posibilidades de llevar a cabo una terapia satisfactoria se reduzcan notoriamente en aquellos casos en que las influencias patogénicas estén corporizadas en los mismos padres, vale decir en aquellas personas quienes, precisamente, se esperaba que pudieran salvaguardar la salud mental del niño (Freud, 1987).

Lo que importa respecto al medio externo, es la medida en que las frustraciones y otras influencias que éste impone conducen al desarrollo de conflictos intra-psíquicos de una forma e intensidad que el inmaduro aparato psíquico del niño no puede controlar satisfactoriamente (Bowlby, 1986).

Se habla entonces de una influencia ambiental, en general de la familia o los propios padres, quienes consciente o inconscientemente actúan como agresores, al punto que la fantasía de infanticidio tiene coherencia con la realidad.

La influencia ambiental es cuando el daño no es autoinfligido como resultado de una lucha interna, sino ocasionado y mantenido por fuerzas activas en curso, que se hallan localizadas en el ambiente. La influencia de esas fuerzas puede ser de dos tipos: negativa en el sentido de que soslayan y, por lo tanto, frustran importantes necesidades del desarrollo infantil; o negativa en el sentido de que actúan de manera directa y poderosa en oposición a la dirección normal del desarrollo propiamente dicho. En ambos casos el niño que es su víctima se ve necesitado de auxilio terapéutico (Freud, 1987).

3.2 Factores de riesgo

Entre los acontecimientos científicos de mayor alcance, ocurridos en el campo de la psiquiatría, se destaca la creciente y constante evidencia de que la naturaleza de los cuidados proporcionados por los padres al niño en su infancia es de fundamental significación en el futuro de su salud mental (Bowlby, 1954).

Para tratar de entender el desarrollo del niño y sus posibles alteraciones es necesario considerar que se trata de un ser biopsicosocial, que está en constante interacción con el medio; es así que éste va a influir de manera sustancial en su desarrollo y comportamiento (Heredia, 2013)

Según el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) del Distrito Federal recibió un promedio de cuatro casos de maltrato infantil por día entre 2000 y 2002. En casi la mitad de los casos 47% la responsable fue la madre, en el 29% fue el padre, lo que significa que la familia que debería ser el lugar mejor equipado para proteger a los niños y niñas se puede convertir en una zona de riesgo para ellos (UNICEF, 2010).

Las interacciones que se den en la familia, van a estar determinadas en cierta manera por el contexto social en que ésta viva, donde hay que considerar las costumbres, valores y demandas que la misma sociedad hace a la familia. La influencia del contexto social

sobre el núcleo familiar afectará la interrelación entre sus miembros y por ende, el comportamiento de los mismos. El entorno en que se desenvuelve el niño puede ser considerado como un indicador de salud o por el contrario, de enfermedad o patología (Heredia, 2013)

La psicopatología del desarrollo trata de identificar los factores de riesgo de un individuo en particular. Algunos de los factores de riesgo para los niños que se estudiaron en las primeras investigaciones (Lucio, 2013) fueron:

- Enfermedad mental de la madre
- Ansiedad de la madre
- Pocas perspectivas en la educación del hijo
- Falta de educación de los padres
- Pertenecer a un grupo minoritario
- Estilo de interacción inadecuado
- Falta de apoyo familiar
- Sucesos de vida estresantes
- Maltrato de padres o cuidador
- Bajo nivel socioeconómico

Los casos que se expondrán más adelante cuentan con muchos de estos factores de riesgo, ya que al ser atendidos en un centro comunitario, la población que en general acude son familias con pocos ingresos económicos y un nivel sociocultural escaso.

El Factor pobreza afecta de diferente manera el bienestar de las personas. De acuerdo con la Secretaría de Salud Pública la pobreza origina problemas de mala nutrición, carencia de servicios básicos, marginalidad, acceso limitado a los servicios educativos y de salud; los cuales repercuten de manera directa en las condiciones de vida de la familia y de la sociedad. Encuestas recientes han demostrado que las familias pobres tienen una mayor prevalencia de depresión y trastornos de ansiedad; los niños que viven en la pobreza se encuentran más expuestos a enfermedades médicas, estrés familiar, apoyo social inadecuado y a la depresión de los padres. La pobreza se asocia con la falta de apoyo y de estimulación, ambientes caóticos, estrés psicológico y bajo control en la familia. (Heredia, 2013).

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2010), el maltrato infantil se define como los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. La exposición a la violencia de pareja también se incluye a veces entre las formas de maltrato infantil (OMS, 2010).

La violencia se categoriza según la manera de ejercerla, desde lo más evidente como la violencia sexual o física, hasta situaciones más sutiles pero no por ello menos graves, como la psicológica o la sobreprotección. Para el propósito de este trabajo se tomará en cuenta una violencia que implica las funciones maternas o paternas, relaciones conflictivas con los padres que no brindan al niño las funciones necesarias para su óptimo desarrollo, ya que los casos que se revisarán así lo presentan.

El maltrato psicológico familiar consiste en un conjunto de pautas relacionales que amenazan la madurez psicológica y la salud mental de las personas sometidas a él (Linares, 2006).

“Pero la situación es todavía más complicada cuando el sujeto tiene que distorsionar la representación del objeto agresor y verlo como bueno porque es el único objeto que posee. Shengold (1979) destaca que, al ser el padre o la madre quien abusa y maltrata física o psicológicamente al mismo tiempo, la figura a la que el niño debe volver en busca de alivio cada vez que experimenta angustia, entonces el niño tiene que romper con lo que él ha experimentado y debe, por necesidad desesperada, captar al progenitor- delirantemente- como bueno. Sólo la imagen mental de un progenitor bueno puede ayudar al niño a enfrentar la aterrizante intensidad del temor y la rabia que resultan de las experiencias de ser atormentado... Con la finalidad de sobrevivir, estos niños deben mantener en algún parte de su mente la idea delirante de padres buenos y la promesa delirante de que todo el terror, dolor y odio se transformará en amor... La necesidad desesperada de aferrarse a la promesa de padres buenos y amorosos es la fuente de la mayor resistencia a los

esfuerzos del terapeuta de deshacer la convicción delirante” (Bleichmar, 1997, p. 125).

De modo que si la madre es dominante y autoritaria en sus hábitos de crianza, el niño tiene un doble fundamento para construir su idea de la omnipotencia materna: su propia indefensión y el comportamiento real de la madre, lo que engendrará persecución y terror en el niño en sus diferentes modalidades expresivas o síntomas como la enuresis, tartamudez terrores nocturnos, etc. (Dio Bleichmar, 2007).

El desplazamiento al mundo externo de la ansiedad del niño surgida de causas intrapsíquicas tiene el efecto de aumentar la importancia de sus objetos, porque es en relación con aquellos objetos que se movilizarán ahora tanto sus impulsos destructivos como sus tendencias positivas y reactivas. Así, sus objetos se transforman en una fuente de peligro para el niño, y sin embargo, siempre que sean bondadosos representan también un refugio contra la ansiedad (Klein, 2008).

En la actualidad sabemos que uno de los factores centrales que cooperan para establecer una relación óptima es la regulación emocional que proporciona el adulto. La angustia del niño es el reto mayor al que se enfrentan todos los padres y que es tarea del adulto la regulación y contención adecuada de la ansiedad del niño (Dio Bleichmar, 2007).

3.3 Apaciguar la angustia

Muchas madres temen la ansiedad del niño tanto como el niño mismo. Por consiguiente no se oponen a los procedimientos fóbicos u obsesivos del hijo: a veces cobran inclusive activamente de diversos modos para reforzarlos. El objeto que persiguen es el de ahorrarle al niño el sufrimiento que es inherente a su ansiedad, y evitar simultáneamente los estallidos violentos (Freud, 1987).

Balint expone que si la madre o el padre (a los que llamaremos objetos externos) no “encajan” con las necesidades del niño se determina una falla básica. Por el contrario, si logra adaptarse a sus necesidades, se produce un sentimiento de bienestar (Balint, 1982)

Es evidente que los pasos que un niño realiza en el sentido del progreso hacia la regulación de su ambivalencia (amor y odio al ser amado) son de esencial importancia para el desarrollo de su personalidad. Si todo ello sigue un curso favorable, el niño se desarrollará no sólo dándose cuenta de la existencia en su propio interior de impulsos contradictorios, sino también dotado de una capacidad para dirigirlos y controlarlos y la ansiedad y el sentimiento de culpa que generan le serán soportables. Si su progreso es menos favorable, se verá acosado por impulsos que se sentirá incapaz de controlar de modo adecuado, o que no controlará en absoluto y, en consecuencia, sufrirá una ansiedad aguda respecto a la seguridad de las personas a las que ama y temerá también el castigo que cree caerá sobre su cabeza (Bowlby, 1986).

Lo que en primer lugar debe proveer el objeto externo al niño es el apaciguamiento del malestar psicobiológico. El niño no puede por sí mismo ni satisfacer la exigencia pulsional ni calmar las angustias de sus fantasías aterradoras, ni el dolor que sobreviene en su cuerpo como consecuencia de diversas circunstancias. Tiene que existir un objeto externo que apacigüe, que disminuya el malestar, que haga vivir experiencias en que la angustia no sea sentido ni como infinito en su magnitud ni eterno, y que permita que se inscriba en lo más profundo del psiquismo el sentimiento de que el sufrimiento puede ser dominado y termina en algún momento (Bleichmar, 1997).

“El objeto externo puede apaciguar la angustia de causa interna o externa, aumentarla o, incluso, ser el que la provoca. La falta de empatía parental ante el estado emocional del niño – vale lo mismo para la falta de empatía del terapeuta con respecto a su paciente- deja librado al sujeto a exigencias emocionales que le sobrepasan. Si la falla empática tiene lugar en los períodos constitutivos de la capacidad de tolerar y controlar la angustia, esta capacidad de “autoapaciguamiento” no llega a organizarse. Bion (1959) destacó la importancia de la capacidad de la madre de “contener” la angustia y los terrores del niño, dándoles a éstos un significado, haciéndolos pensables, es decir simbolizables por la mente del niño. Esta función “continente” de la madre, que Bion denominó reverie – ensueño- posibilita un proceso en por los menos dos tiempos: la madre se identifica con lo que el niño experimenta y se lo devuelve transformado en algo que al tener

ahora un significado lo saca del estado que llamó terror sin nombre” (Bleichmar, 1997, p. 124).

Los temores arcaicos no son superados a menos que la madre cumpla su rol como yo auxiliar del pequeño (Freud, 1987).

El enfoque psicoanalítico arroja un torrente de luz sobre el origen de las dificultades parentales y proporciona un modo racional de ayudarles. No sorprende saber que muchas de las dificultades con las que tropiezan los padres proceden de su incapacidad para regular su propia ambivalencia. En los padres se produce el mismo deseo de posesión completa, la misma dedicación e idéntica retirada del interés con respecto a los demás. Desgraciadamente, a estos sentimientos de amor se viene a agregar con demasiada frecuencia una mezcla de resentimiento e incluso de odio. Tal intrusión de hostilidad en los sentimientos de una madre o de un padre hacia el bebé parece tan extraña y con frecuencia tan horrible que algunos tendrán dificultad en creerlo (Bowlby, 1986).

Los conflictos no se basan en la mera recurrencia de antiguos sentimientos, sino en la incapacidad por parte del progenitor para tolerarlos y regularlos. Aquellos que experimentaron en su niñez una intensa ambivalencia hacia sus padres o hermanos, no están preparados para renovar el conflicto como padres. Así la madre que teme constantemente que su bebé pueda morir, es inconsciente del impulso de matarle que existe en ella misma, adoptando la misma solución que mantuvo en su infancia, frente quizá a sus deseos de muerte contra su propia madre (Bowlby, 1986).

Winnicott (2011) señala que un niño no tiene la menor posibilidad de pasar del principio de placer al de realidad si no existe una madre lo bastante buena. La “madre” lo bastante buena es la que lleva a cabo la adaptación activa a las necesidades de este y que la disminuye poco a poco, según la creciente capacidad del niño para hacer frente al fracaso en materia de adaptación y para tolerar los resultados de la frustración (Winnicott, 2011).

En la infancia la zona intermedia es necesaria para la iniciación de una relación entre el niño y el mundo y la posibilidad una crianza lo bastante buena en la primera fase crítica.

Para todo ello es esencial la continuidad (en el tiempo) del ambiente emocional exterior y de determinados elementos del medio físico (Winnicott, 2011).

Hugo Bleichmar plantea que el sentimiento básico de potencia para enfrentar los distintos peligros, que la fantasía y la realidad van generando es un producto complejo en que la identificación con padres potentes constituyen elementos decisivos. Tal vez los padres pudieran fallar en brindar un sentimiento básico de potencia tanto porque ellos no lo tienen o porque hacen creer al sujeto que no es importante. Nada más patógeno para obstaculizar el desarrollo del sentimiento de potencia que padres que generan una relación simbiótica sobreprotectora, pues al usurpar funciones del sujeto, se exponen a que éste entre en pánico cuando el objeto protector no se encuentra presente (Bleichmar, 1997).

El concepto de identificación es fundamental entonces, y se explica como la incorporación de aspectos y rasgos del otro que pasan a ser estructura y materia simbólica del sí mismo. A esta edad temprana Freud lo concibió en términos de identificación primaria entendiendo por tal *“la forma más primitiva de lazo afectivo”*, relación que ahora entendemos como relación de apego (Dio Bleichmar, 2007).

3.4 El apego

Para comprender de manera más amplia los conceptos de identificación y su importancia para un desarrollo psíquico sano, nos remontamos a la primera forma de relación del niño con el objeto, la madre.

La conducta de apego es cualquier forma de conducta que tiene como resultado el logro o la conservación de la proximidad con otro individuo claramente identificado al que se considera mejor capacitado para enfrentarse al mundo (Bowlby, 1989)

El apego es un sistema motivacional de base biológica común con la especie animal que a través de las constantes señales innatas garantiza al neonato la proximidad al otro humano, a quien distingue y prefiere sobre lo inanimado. Como todas las motivaciones, el apego se estructura en la experiencia interactiva, ya que la comunicación precede a la

representación simbólica. Se trata de una experiencia recíproca con el sistema de cuidados del adulto, quien, en tanto figura de apego, será el encargado de la heteroconservación de la cría humana, ya que nacemos con un gran estado de prematuridad para la autoconservación (Dio Bleichmar, 2007).

La sensibilidad de los padres ante su hijo, el temperamento de éste y el contexto social influyen en el apego (Heredia, 2013).

La teoría del apego sostiene que el sistema de apego es activado siempre que el ser humano se halla en una situación de estrés o traumática. El dolor, el miedo o la humillación motivan de forma innata al ser humano a buscar protección en la proximidad de una figura de apego (Dio Bleichmar, 2007).

La teoría sobre el apego y las experiencias de Ainsworth que consolidan la función parental como base segura para el desarrollo del niño aportan el contrapeso al examen de los procesos intrapsíquicos, al poner el acento en la dinámica real de la relación parento/filial (Dio Bleichmar, 2007). Freud (1984) en duelo y melancolía, expone que la pérdida del objeto de amor genera una profunda reacción de pena y depresión que perturba la actividad psíquica en la medida en que las representaciones del objeto perdido no sufren un proceso de desgaste y reemplazo. Freud planteaba que el proceso de duelo se superaba en la medida en que la relación con el objeto perdido no hubiera sido ambivalente, y defendía que en la medida en que lo hubiera sido podía prolongarse el período de tristeza normal y convertirse en un trastorno melancólico (Freud, 1984).

Generalmente, se considera esencial para la salud mental del recién nacido y del niño de corta edad, el calor, la intimidad y la relación constante de la madre. Cuando se asegura esta relación, las emociones de ansiedad y culpa que caracterizan en gran parte las perturbaciones mentales se manifestarán en forma moderada y armónica. Cuando las exigencias característicamente contradictorias del niño, que por una parte reclama el amor ilimitado de sus padres y por otra experimenta un sentimiento de venganza contra ellos al estimar que no le aman bastante, tengan un campo de expansión normal, alcanzarán sólo una fuerza limitada y encausable durante la formación de su personalidad (Bowlby, 1954).

“Siempre resultaron difíciles de explicar las razones del mantenimiento del apego con relación a progenitores negligentes o maltratadores si no se recurre a la extrema necesidad de dependencia que tiene el niño aún en las peores condiciones de crianza. Pero si la madre se siente indefensa y funciona como una madre dubitativa e insegura, igualmente el niño la concibe como omnipotente ya que su propia indefensión y sus necesidades insatisfechas lo conducirán a buscar con mayor impaciencia la presencia materna –reforzamiento de las conductas de apego- y a la renegación defensiva de ese estado de impotencia por medio de la fantasía de omnipotencia materna” (Dio Bleichmar, 2007, p. 167-168).

La suficiencia del narcisismo primario y, por consiguiente, la posterior autoestima del individuo, parecen depender del vínculo de afecto no perturbado que liga a la madre con su bebé. Las relaciones objetales no maduran hasta llegar a la fase de constancia objetal a menos que las primeras figuras que despiertan el amor del niño se mantengan estables (Freud, 1977).

3.5 Mensajes inconscientes

La idea de comunicación de inconsciente a inconsciente siempre ha estado presente en la clínica psicoanalítica a partir de explicaciones que han sufrido serias críticas, ya que se sostenían sobre todo en la idea de que el bebé captaba el contenido simbólico del inconsciente materno (Dio Bleichmar, 2007).

La profunda complejidad de la constitución psíquica no nos permite realizar ecuaciones lineales: los modos de inscripción de la pulsión no van a estar determinados biológicamente, sino que por la capacidad de otro humano de producir inscripciones de las cuales no sabe nada, a punto tal que ni siquiera sabe que las está produciendo. Esto es lo que Laplanche ha categorizado como la producción de un mensaje enigmático, emisión de mensajes que la madre no puede decodificar porque ni siquiera sabe que los está emitiendo y que el niño no podrá nunca decodificar sino que tendrá que codificar, porque entre la fuente emisora y aquel que recibe no hay cualificación ni código compartido (Bleichmar, 2000).

La madre es el enunciante de un discurso ambiental que le transmite al niño, bajo una forma pre-modelada por su propia psique. Los enunciados de la voz materna son testimonio de su sujeción tanto al sistema parentesco, como a la estructura lingüística, así como a las consecuencias que tiene sobre el discurso el deseo inconsciente (Hornstein, 1991).

Aunque es difícil explicar la hostilidad por parte de los progenitores es evidente que los sentimientos que aparecen en ellos al convertirse en padres tienen mucho en común con los que les generaban cuando eran niños sus propios padres y hermanos. Probablemente no existe nada más dañino para unas relaciones que el hecho de que una de las partes atribuya a la otra sus propios defectos, convirtiéndola así en el chivo expiatorio (Bowlby, 1986).

Por ello hablamos de mensajes inconscientes, que aunque algunas de las veces corresponden a enunciados que afectarán el desarrollo del niño, los padres son los mensajeros de enunciados que, generación tras generación, han sido repetidos, sin un afán consciente de afectar el crecimiento del hijo.

El yo no es autónomo, no puede ser pensado sin relación con aquello que no cesa de acompañarlo y determinarlo: el inconsciente reprimido. Si bien las primeras identificaciones son provistas por la madre, el yo es también una instancia identificante y no sólo un títere del discurso materno (Hornstein, 1991)

Hugo Bleichmar (1997) denomina creencias matrices pasionales a la estructura que, mediante enunciados identificatorios, modelan la subjetividad del infante y tienen una fuerte carga emocional (Bleichmar, 1997).

“Toda creencia matriz genérica, como la del tipo “no puedo... nunca lo conseguiré”, al mismo tiempo que se mantiene en el inconsciente con este carácter genérico, tiende a expresarse en términos de una escena fantasmática concreta, a figurarse bajo la forma de una situación particular que, a su vez, se expande inmediatamente en un relato de secuencias de acuerdo a ciertas reglas de argumentación” (Bleichmar, 1997, p. 138).

Las primeras construcciones fantasmáticas otorgarán a la madre y a su deseo un lugar de omnipotencia, así que los enunciados que emita serán de profunda importancia para la constitución inconsciente del niño.

Hornstein (1991) explica los dos tipos de violencia ligadas a las construcciones que hace la madre de su hijo propuestas por Aulagnier: La violencia primaria es la acción mediante la cual se le impone a la psique del infans una elección, un pensamiento o una acción motivados en el deseo del que lo impone, pero que se apoyan en un objeto que corresponde para el niño a la categoría de lo necesario. La violencia secundaria consiste en el deseo de preservar aquello que sólo durante una fase de la existencia es legítimo y necesario. Si emerge en la madre un deseo de no cambio tiene un poder desestructurante ya que éste es un enunciado prototípico de la violencia secundaria que se apuntala en la violencia primaria, y que inevitablemente inducirá el recurso a defensas psicóticas o movilizará el deseo de autoalienación del propio pensamiento (Hornstein, 1991).

Precisamente lo que hace el análisis, al desligar, hacer entrar en crisis enunciados que se conservaron durante años anudados al sentido indirecto. Lo que opera como agente de esta producción singular respecto del sentido indirecto en la relación parental es el hecho de que entre lo que la madre dice y lo que el niño recibe hay una descualificación y una recualificación, teorización, fantasmaticización constante que forma parte de los síntomas y de las teorías infantiles: y esto no se reduce al mensaje verbal, sino que abarca todo lenguaje que forme parte del intercambio, y la mirada es un elemento dominante en la transmisión de mensajes enigmáticos dado que obliga a una interpretación sin código explícito compartido (Bleichmar, 2000).

La relación del padre con su hijo tendrá las huellas de la relación con su propio padre. Él, que en una época lejana quiso matar a su padre, proyectará en su hijo un deseo de muerte que le concierne. Será necesario que el deseo de muerte, reprimido en el padre, sea reemplazado por el anhelo consciente de que su hijo llegue a ser aquel a quien se le da el derecho a ejercer una misma función en un tiempo futuro (Hornstein, 1991)

Es desde el Otro que le es brindada la identificación simbólica. El concepto de identificación simbólica responde a la necesidad de privilegiar el advenimiento de una

subjetividad que sólo puede constituirse reconociéndose identificada a partir del Otro. Es por la historia de la relación con sus objetos que el yo construye su propia historia. El yo debe articular esas dos referencias: su reconocimiento y reconocimiento de él mismo por parte de la mirada de los otros (Hornstein, 1991).

3.6 La identificación con el agresor

Al interactuar y vivir dentro de un ambiente violento, los niños aprenden a reaccionar de la misma manera como se responde en su entorno. Al no tener padres que tengan la madurez para manifestar sus emociones o brindarles contención, los hijos tendrán entonces que identificarse con el agresor.

La identificación con figuras patológicas desempeña un papel de primera magnitud en la génesis de los distintos cuadros psicopatológicos. Los otros significativos envuelven al niño en un mundo de significaciones a las que resulta difícil escapar: representaciones que van impregnando el psiquismo, contribuyendo a la génesis de la fantasía y que encuentran su expresión en la sintomatología que presenta el sujeto (Bleichmar, 1997).

Este proceso tiene elementos de supervivencia y de estabilidad psíquica: al identificarse con el objeto temido, el niño transforma la angustia en una grata seguridad (Freud, 1987).

Al introyectar alguna característica de la persona u objeto que le produce angustia, el mecanismo de identificación o introyección se vincula además con un segundo e importante mecanismo: al ejecutar el papel de agresor, asumiendo sus atributos o imitando sus agresiones, el niño simultáneamente se transforma de persona amenazada en la que amenaza (Freud, 1973).

Al pasar el niño de la pasividad de la experiencia a la actividad del juego, hace sufrir a cualquiera de sus camaradas la sensación desagradable por él experimentada, vengándose así en la persona de este representante. Lo que pasa en el juego puede transferirse a la conducta del niño (Freud, 1973).

El otro lado de la moneda ante la identificación con el agresor es el masoquismo; la hostilidad y maltrato parental determinan que el sujeto asustado frente a esa agresividad

busque el sufrimiento como una forma de inducir culpa y a morir por parte de la figura parental a la cual teme. Hay ciertas condiciones en que la conducta masoquista está primariamente dirigida a lograr que el otro establezca cierto tipo de relación con el sujeto, constituyendo un mensaje inconsciente al otro para que éste no ataque o no abandone o ame al sujeto (Bleichmar, 1997).

La conducta masoquista no trata de evitar el ataque, sino que está destinada a obtener el amor de otro, y especialmente, su presencia. En estas condiciones, la autoagresión masoquista es una forma de soborno al objeto. Ciertos masoquistas sacrifican su competencia, se autodesvalorizan y crean una imagen depreciada de sí mismo para mantener una imagen idealizada de un objeto del cual poder depender y por el cual sentirse protegidos (Bleichmar, 1997).

Si la indefensión y la inseguridad continúan más allá de los 4 o 5 años y el niño sigue presentando una acentuación de los comportamientos de apego estamos, por lo general, ante un trastorno del vínculo y ya no se trata de un fenómeno normal. A este comportamiento se le ha llamado “conducta simbiótica” aun cuando se presenta sólo en el niño, y en esos casos los padres tratan por todos los medios de acentuar la separación ante la insistencia del niño. Podríamos hablar de relación simbiótica cuando efectivamente la figura de apego – sintiéndose inconscientemente indefensa- utiliza a su hijo como compañía, y en tanto el adulto teme tanto la separación y la soledad no por razones de supervivencia, sino por razones afectivas (Dio Bleichmar, 2007).

CAPÍTULO 4. MÉTODO

4.1 Planteamiento del problema

Dentro de las prácticas profesionales en el escenario de un centro comunitario de la Facultad de psicología de la UNAM, se observó una repetición en el juego de varios de los pacientes atendidos: juegos donde predominaban las fantasías de infanticidio, representaciones en las cuales los niños plasmaban la fantasía de ser devorados, desaparecer o morir. La mayoría de estos pacientes tenían algo más en común: su entorno socio-familiar era agresivo y hostil, demostrando la violencia de diferentes maneras.

Debido a las características de la población que acude a consulta a este centro comunitario, se ha identificado que la dinámica de violencia entre las familias, así como factores de riesgo en su medio ambiente es una temática común y pobremente abordada desde otros ámbitos clínicos y de la salud, por lo que se requiere de formas de intervención eficaces que apoyen a los niños y prevengan la repetición de patrones y algunos factores de riesgo.

Se tomarán en cuenta dos casos en donde se ilustra con detenimiento el proceso de la terapia de juego y la elaboración de los niños de sus fantasías de infanticidio, relacionadas con la dinámica familiar y ambiental

4.2 Pregunta de investigación

¿Cómo el trabajo en psicoterapia de juego con las fantasías de infanticidio permite a los niños elaborar la relación conflictiva con los padres?

4.3 Hipótesis Conceptuales

a) El niño intentará dominar por medio del juego las experiencias desagradables, es decir, trataría de reproducir una situación que originariamente significó para él una prueba. En

la repetición, el sujeto otorga su conformidad, rehace lo que se le había hecho (Freud, 1992b).

b) El juego, junto con otros elementos de la conducta de los niños, es un medio para expresar lo que manifiestan los adultos con palabras para construir un puente entre la fantasía y realidad, y dominar sus temores a los peligros del mundo interno y externo (Klein, 2008).

c) La fantasía es un guion imaginario en el que se halla presente el sujeto y que representa, en manera deformada por los procesos defensivos, la realización de un deseo y, en último término, de un deseo inconsciente (Laplanche & Pontalis, 1996).

d) Los niños están universalmente predispuestos al miedo al infanticidio por el estadio de su desarrollo físico o psicológico y que la intensidad del miedo depende de la incidencia de sucesos traumáticos y del grado de violencia y cariño que hayan experimentado (Bloch, 1985).

e) La realidad es siempre captada desde un código interno, que lo externo actúa porque encuentra al interno que le otorga cierto significado, que frente a la misma condición externa no todos los sujetos experimentan la misma reacción, que no hay estímulo puro independiente del estado pulsional y de la fantasía desde los cuales adquiere valor (Bleichmar, 1997).

f) La influencia ambiental es cuando el daño no es autoinfligido como resultado de una lucha interna, sino ocasionado y mantenido por fuerzas activas en curso, que se hallan localizadas en el ambiente. La influencia de esas fuerzas puede ser de dos tipos: negativa en el sentido de que soslayan y, por lo tanto, frustran importantes necesidades del desarrollo infantil; o negativa en el sentido de que actúan de manera directa y poderosa en oposición a la dirección normal del desarrollo propiamente dicho. En ambos casos el niño que es su víctima se ve necesitado de auxilio terapéutico (Freud, 1987).

g) Se considera esencial para la salud mental del recién nacido y del niño de corta edad, La naturaleza de los cuidados proporcionados por los padres: el calor, la intimidad y la relación constante de la madre. Cuando se asegura esta relación, las emociones de

ansiedad y culpa que caracterizan en gran parte las perturbaciones mentales se manifestarán en forma moderada y armónica (Bowlby, 1954).

4.4 Categorías

- Terapia de juego
- Fantasías
- Fantasías de infanticidio
- Elementos intrapsíquicos de la fantasía de infanticidio
- Elementos ambientales y familiares de las fantasías de infanticidio

4.5 Objetivo general

Describir y analizar el proceso de trabajo clínico de 2 casos con características similares: niños con una relación conflictiva y agresiva con sus padres que representaban durante el juego terapéutico fantasías de infanticidio.

4.6 Tipo de estudio

Estudio de caso como parte del reporte de experiencia profesional

4.7 Procedimiento

Se realizó una búsqueda bibliográfica que abarcó los aspectos teóricos más importantes, englobando las categorías estudiadas en el método. Después se hizo una descripción de dos casos clínicos que se relacionan en la manera de trabajo y en ciertas características del proceso. A partir de esto, se elaboró un análisis detallado, involucrando la teoría antes referida así como los casos clínicos, resaltando diferencias y similitudes que pudieran aportar características del proceso para futuros trabajos.

CAPÍTULO 5. LA BRUJA: CASO DE UNA NIÑA DE 8 AÑOS

5.1 Historia del desarrollo

Carla es una niña de 8 años que cursa 3º de primaria en una escuela de turno matutino. Su madre tiene 31 años, ama de casa con carrera trunca y el padre tiene 30 años quien es chofer y tiene escolaridad de preparatoria.

Como motivo de consulta, la madre comenta: “No puedo controlar ya su comportamiento con nosotros, es muy agresiva especialmente conmigo, me grita y golpea, ella está dañada por los problemas actuales entre papá y mamá y se me está saliendo de las manos”

Por su parte, Carla propone como motivo de consulta que quiere tener más amigos y no pelearse con ellos.

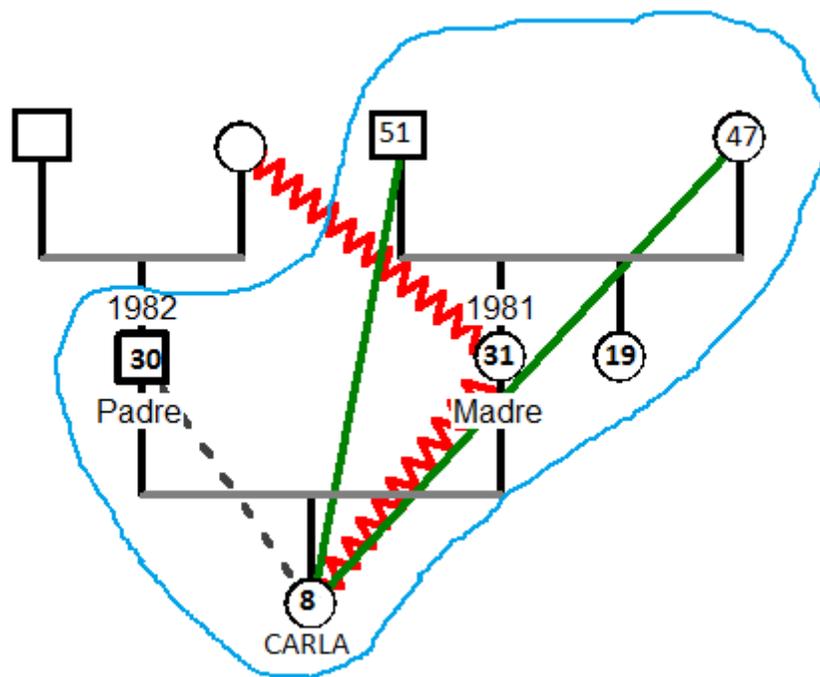
Carla tiene tez morena, el cabello lacio color negro, largo. De estatura alta para su edad y complexión robusta. Sus ojos son pequeños y color marrón. Tiene una sonrisa amplia y dientes grandes. Siempre se presenta limpia y aliñada, la mayoría de las veces viste el uniforme de la escuela.

Frecuentemente se sienta encorvada, con la cabeza gacha y la mirada hacia abajo. Sólo en ocasiones donde está realmente disfrutando de la actividad su postura es un poco más erguida y mira a los ojos. Su tono de voz es bajo, agudo y en algunas ocasiones habla como si fuera más pequeña. Al principio del tratamiento era común que contestara a las preguntas con monosílabos o frases cortas, pero con el tiempo sus frases fueron más largas y compuestas.

Sus movimientos son torpes, casi siempre tira accidentalmente los otros objetos que están alrededor y que no está utilizando. Aunque muestra preferencia por los objetos pequeños y los juguetes de miniatura, los manipula torpemente y se le caen en repetidas ocasiones. Al iluminar o escribir toma el lápiz con fuerza y su trazo es fuerte, de tal manera que rompe la punta de los colores con frecuencia. En cuanto a su motricidad

gruesa, se le dificulta pararse y sentarse en el suelo, no se muestra ágil para correr y brincar, probablemente a causa de su peso.

Figura 1. Genograma



Fuente: Elaboración propia, 2015

Carla vive en una casa con sus dos abuelos maternos, su tía (19 años) y sus papás. Es hija única.

Los padres de Carla se conocieron en una fiesta cuando tenían 22 años y se embarazan a los tres meses de relación. No fue un embarazo planeado ni deseado por la madre. Ella comenta que le dio mucho miedo y pensó incluso en el aborto, tomándose unas pastillas y unos tés que no hicieron efecto. Vio el embarazo como un obstáculo en su vida ya que quería seguir estudiando y divirtiéndose. El padre tomó con alegría la noticia y le propuso matrimonio. La madre menciona que no entendió por qué se puso tan contento ya que para ella representaba una muy mala noticia. Les anunció a sus padres hasta el 5º mes

de embarazo, y recuerda que su madre le dijo que estaba muy decepcionada de ella. Los pensamientos acerca del aborto le daban mucha culpa, hasta que se “resignó” y tuvo a la niña. No tuvo problemas durante el embarazo.

Ella no quería que se llamara Carla, la quería llamar como su bisabuela, “no pude ponerle el nombre que yo quería tampoco”.

Carla nace por cesárea y tiene algunas complicaciones porque se le subió la bilirrubina y estuvo dos días en fototerapia. “Estaba toda amarilla”. También comenta que en el quirófano nunca la escuchó llorar. La niña pesó 3,500 g. y midió 51 cm. APGAR=7/8. La madre la alimentó durante tres años por pecho y cada que intentaba el destete la niña lloraba y hacía mucho berrinche. Poco a poco, además del pecho, le daban de comer papillas y sopa.

En cuanto al lenguaje y la motricidad su desarrollo ha sido normoevolutivo.

En general Carla duerme mal, tiene el sueño intranquilo, ronca y se duerme moviéndose. Seguido tiene pesadillas. Duerme en la misma habitación que sus padres pero en una cama aparte. Muchas veces hace la petición de dormirse con ellos y dos o tres veces a la semana los convence.

No le gusta bañarse por lo que su madre la baña. “Es muy cochina” menciona. También la cambia, porque se tarda mucho en ponerse la ropa. La niña ayuda con ciertas labores del hogar como lavar trastes y barrer.

A partir de los cuatro años, Carla comienza a enfermarse repetidas ocasiones de gripa. Dos días estuvo internada por una crisis asmática. Desde ese día le diagnostican asma y rinitis alérgica. Toma medicamento y lleva un control médico una vez a la semana. De igual manera, acude regularmente al urólogo ya que ha presentado repetidamente infecciones urinarias, “no se limpia bien”. La madre también comenta que en cierta ocasión le diagnosticaron la enfermedad de Cushing. (Crecimiento irregular de la hipófisis). Actualmente acude con el nutriólogo puesto que tiene sobrepeso.

En la escuela ha bajado de calificaciones desde hace un año. “Es una niña muy inteligente, pero muy floja” comenta la mamá. No pone atención, y aunque la maestra no ha reportado falta de interés o de atención, la madre se da cuenta por las notas en las

libretas y porque a veces no lleva las tareas. También dice su madre que aunque le ayuda a hacer las tareas, a veces se desespera mucho que no entienda y ya no le ayuda después.

En cuanto a la socialización, su mamá menciona que no hace amigos con facilidad, que casi no se junta con nadie y que es muy tímida. Constantemente se queja de que no tiene amigos. Sale a jugar a un parque cerca de su casa y principalmente juega con sus abuelos. Actualmente, Carla cursa 3º de primaria. Su mamá la lleva y la recoge de la escuela. Por las tardes juega con sus abuelitos especialmente, ya que la mamá comenta que a ella le desespera jugar. Desde que tuvo a la niña no volvió a trabajar ni estudiar, se dedica enteramente al hogar. El padre por su lado, llega tarde y hay días que no alcanza a ver a su hija despierta.

Hace un año aproximadamente, la niña comienza a mostrarse agresiva sobre todo con la madre. Contesta de manera grosera y quiere hacer lo que ella quiere. En múltiples ocasiones ha hecho explícito que no quiere a su mamá y le dice que “ya no quiero que seas mi mamá”. Esto hace sentir muy culpable a la madre ya que lo asocia con los deseos de aborto que tuvo durante el embarazo. “Es como si ella supiera lo que yo quería hacer”.

Estas conductas coinciden con un episodio de infidelidad del padre. Los padres nunca evitaron las peleas ni los reclamos enfrente de la niña, por lo que ella sabe la situación. En algunas ocasiones, Carla le dice que "Tú no quieres a mi papá", lo que hace sentir triste y culpable a la madre. Incluso en una ocasión, en una pelea hicieron que la niña decidiera con cuál progenitor quedarse en caso de separación. La niña escogió al padre, pero al día siguiente se arrepintió y volvió con su mamá.

La madre también piensa que a partir de todos los problemas de pareja, no se ha concentrado en la niña ya que está muy enfocada en los propios, y siente que se ha ido alejando cada vez más de ella. Acude a tratamiento psicológico en el Centro y es así como decide también llevar a su hija a psicoterapia.

En repetidas ocasiones Carla menciona que le gustaría tener un hermanito y dibuja una familia incluyéndolo. No ha hecho preguntas explícitas acerca de la sexualidad ni de la procedencia de los niños, aunque en algunas ocasiones la madre la ha visto jugar a que

sus muñecos se dan besos. De acuerdo a los estadios del desarrollo psicosexual, Carla se encuentra en la etapa de latencia, que se caracteriza por que el superyó se desarrolla y amplía sus contenidos, no solo a las limitaciones e imposiciones procedentes de los padres, sino que se extenderán a las aprendidas en la escuela y las relaciones con los compañeros. Latencia significa que algo está en suspenso. Esto puede ser el desarrollo sexual o sus reorganizaciones durante la vida. Puede ser también el movimiento depresivo que desencadenan esas reorganizaciones inevitables y las renunciaciones que determinan (Anzieu & Daymas, 2001b). El mismo Freud veía ahí una detención del desarrollo sexual coincidiendo con el final del conflicto edípico y que permitiría al niño investir nuevamente los objetos, considerados como los reemplazantes sublimatorios de los primeros objetos de amor (Anzieu & Daymas, 2001b).

Si el niño no ha resuelto satisfactoriamente los conflictos de las etapas previas, es posible que se exhiban síntomas conductuales. En el caso de Carla, se encuentran algunos aspectos de regresión oral, que se observan en los juegos (comidita, darle de comer a los muñecos) y en síntomas somáticos (obesidad, voracidad) que se corroboran con la historia clínica (problemas de destete, lactancia por tres años).

5.2 Evaluación psicológica:

Pruebas aplicadas:

- Test gestáltico visomotor de Lauretta Bender (Bender, 1974) (Anexo A)
- DTVP-2 Método de evaluación de la percepción visual de Frostig (Frostig, 1993)
- WISC-IV, Escala Wechsler de inteligencia para niños (Wechsler, 2007) (Anexo B)
- Test de Apreciación Temática para niños (Bellak, 1990)
- Dibujo de la Figura Humana (Koppitz, 1984) (Anexo C)
- Dibujo de la Familia en la práctica médico pedagógica (Korbman, 1984)

Actitud ante las pruebas: Carla se mostró cooperativa en todas las pruebas, siguió las instrucciones adecuadamente. En algunas subpruebas del WISC-IV o del Frostig se mostró estresada, moviendo las piernas repetidamente o jalándose el cabello. También

demonstró algunas muestras de inseguridad en algunas de las tareas, como verbalizando que estaban muy difíciles y que no iba a ser capaz de realizarlas. En los dibujos mostró disfrute y especial interés.

Conclusiones

Área Perceptual

Carla obtuvo una puntuación de tres puntos en la prueba de Bender lo que equivale a una edad de 8-6/8-11 años de edad, lo que coincide con su edad cronológica actual y la ubica dentro de un rango normal.

En la prueba de Frostig, obtiene un cociente de percepción visual general de 105, una percepción visual con respuesta motriz reducida de 107 y una integración visomotora de 103. Esto arroja calificaciones por arriba de lo esperado para su edad cronológica, puntuándola con un equivalente de edad de 10 -10/9-10.

Cabe destacar que en las subpruebas del Frostig de coordinación ojo-mano y posición en el espacio, Carla tuvo algunas dificultades que coinciden con algunas problemáticas contempladas durante otras pruebas y el juego, como lo son las dificultades en la motricidad fina, algunas conductas torpes donde tira algunos juguetes, la presión de su trazo es fuerte y rompe con frecuencia la punta de los lápices. Fuera de estas cuestiones relacionadas con la motricidad y la coordinación de su cuerpo, la niña no muestra otra problemática y se considera que no presenta deficiencias significativas en las cuestiones perceptuales.

Área Intelectual

Carla presenta un desempeño bueno en la prueba WISC-IV, cuenta con un Índice global de 93, no presenta una discrepancia mayor a 1.5 desviaciones estándar entre el índice de comprensión verbal y el índice de razonamiento perceptual (19 puntos de diferencia) con lo que es posible reportar un Índice general válido. Se encuentra con un desempeño normal promedio para su edad.

Realizando un análisis de las diferencias entre los índices, Carla presenta diferencias significativas en los siguientes índices:

IRP>ICV, lo que se traduce como que el razonamiento fluido y la solución de problemas no verbales está mejor desarrollada que el conocimiento cristalizado y la recuperación de la información verbal de la memoria a largo plazo.

IRP>IMT, lo que implica que el procesamiento visoespacial, la interpretación y organización de la información visual está mejor desarrollado que la memoria auditiva.

Al presentar una puntuación más alta en la subprueba de Búsqueda de Símbolos, se puede interpretar que las habilidades de discriminación visoperceptuales que no implican asociación de Carla están mejor desarrolladas que las que implican una asociación de símbolos.

De igual forma, al presentar mayor puntaje en la subprueba de Concepto con Dibujos a Semejanzas nos habla de una mejor capacidad en el razonamiento abstracto con estímulos visuales que su razonamiento abstracto con estímulos verbales.

En cuanto a los índices, no se reportan discrepancias mayores a 1.5 de desviaciones estándares.

Cabe destacar que la puntuación de su Índice de Comprensión Verbal se encuentra dentro del rango promedio bajo para su edad. Podemos deducir con esto que las habilidades verbales para escuchar preguntar, la capacidad para extraer información y expresarse verbalmente están ligeramente menos desarrolladas a lo esperado.

De acuerdo a su puntuación de Índice de Razonamiento Perceptual, Carla se encuentra en un rango superior a la media, lo que indica una adecuada habilidad motora-visuales para su edad. Esto se puede correlacionar con sus puntuaciones en las pruebas de Frostig y Bender.

En cuanto a los índices de Memoria de Trabajo y Velocidad de procesamiento, Carla puntúa en un rango promedio para su edad y no se observan discrepancias entre las subpruebas.

Área Socioafectiva.

Algunos de los aspectos emocionales relevantes y concordantes en la prueba de DFH y Bender de Carla hacen connotación a cierta agresividad, impulsividad y ansiedad, sobre todo reflejada en el trazo y algunos elementos de la figura humana.

Según los componentes proyectivos del DFH, las conclusiones abarcan rasgos regresivos, una relación evasiva y de negación con el exterior, defensas y rasgos de ansiedad y depresión.

De acuerdo al CAT, se observan las siguientes características

- Temores a la soledad, abandono afectivo y muerte.
- Vulnerabilidad y desprotección
- Figura de la madre amenazante, agresiva, no protectora, ambivalente.
- Fantasías de escape y evitación ante el ambiente amenazante.

De acuerdo a la integración de las pruebas proyectivas aplicadas, se percibe que Carla muestra rasgos de ansiedad sobre todo relacionados al apego, ansiedad por separación y temores a ser abandonada o a perderse. También se observan rasgos depresivos por la repetida mención de temas como la muerte y de soledad, así como de “no ser suficientemente bueno”. Asimismo son repetidos los temas de agresividad por parte de las figuras paternas, en especial la madre.

El tipo de relación que Carla establece con sus figuras paternas: La relación con su madre es ambivalente, esto quiere decir que en ocasiones se comporta de manera agresiva y hostil puesto que la percibe amenazante, y en otras situaciones es tanta la ansiedad de la pérdida y su sentimiento de vulnerabilidad que propicia una relación simbiótica. La madre, por su parte, responde de manera ambivalente también. Puede ser agresiva activa, gritando y golpeando a su hija, o agresiva pasiva, ignorándola o no poner atención a sus necesidades. La madre también ha comentado sentirse como “una niña” en las peleas con su hija, posicionándose en el mismo papel. Sus órdenes y límites son confusos, casi siempre justificados por su tipo de humor, donde en ocasiones no permite que la niña se acerque y en otras no se separa de ella. Carla consigue la completa

atención de la madre a partir de sus múltiples enfermedades, potencializando la dependencia entre ambas y el sentimiento de culpa de la madre.

Por el contrario, el padre permanece ausente, tanto física como afectivamente. Su relación es propia de los fines de semana. Parece que ante esta ausencia, Carla lo ha idealizado como un padre fuerte, amoroso y preocupado. La madre comenta que el padre tampoco hace un esfuerzo por jugar con su hija, y en general se mantiene ausente del hogar.

5.3 Hipótesis clínicas

- Carla presenta un apego ansioso-ambivalente con sus figuras parentales, lo que se traslada al área social, dificultándole la realización de lazos seguros con sus pares y familiares.
- Presenta un “falso self” al no haber un espacio transicional adecuado ni una madre suficientemente buena que propicie la seguridad y autonomía que necesita para desarrollar un “verdadero self”
- Carla muestra constante fantasías de infanticidio donde la madre aparece amenazante y devoradora lo que le produce mucha ansiedad, que es traducida en agresividad y hostilidad.
- Carla presenta enfermedades psicosomáticas relacionadas con la oralidad como una manera de introyectar y destruir a la madre.

Se propone trabajar con la expresión y manejo de sus emociones, mejorar su independencia y autonomía respecto a la madre y sus otras relaciones. Fortalecer su yo y fomentar el conocimiento de sí mismo, así como integrar a sus objetos (madre) por medio de la terapia de juego.

5.4 Sesiones de juego: la bruja

Las primeras sesiones en el consultorio, Carla parecía igual de ansiosa e insegura respecto al espacio y a mi presencia como si apenas nos hubiéramos conocido minutos antes. Su plática se resumía a respuestas cortas a mis preguntas y su angustia incrementaba cuando le proponía juego libre. La mayoría de las veces escogía dibujar donde plasmaba paisajes llenos de flores, arcoíris, castillos y princesas. Frecuentemente hacía alusión a momentos compartidos con su papá o con animales, como perros. Si le preguntaba acerca de su dibujo me decía que “todo estaba bien, y todos eran muy felices” lo que yo interpreté como defensivo y aunque normalicé otras emociones como el enojo, la tristeza o el miedo, esperé a que la alianza se fortaleciera y ella quisiera comenzar a trabajar.

Sabemos, además, que la psicoterapia en edad de latencia consiste en la búsqueda de nuevas vías para salir de una crisis vinculada con el conflicto edípico y permitir la entrada en la adolescencia. Es un período de duelo y de maduración. En la cura, el juego ofrece al niño los medios para proyectar sus excesos, de los que forma parte el analista y de los que no se teme la retaliación (Anzieu & Daymas, 2001b).

En varias ocasiones dibujó a su mamá, y recalca los lentes (Anexo D). “Sin lentes no me ve” me aclaraba. También a partir de los dibujos llegamos a que elaborara un motivo de consulta para sí misma. Se dibujó a sí misma enojada y señaló que estaba así por los regaños, golpes e indiferencia de su mamá. Así Carla se situaba como sujeto deseante y con una demanda propia lo que nos ayudó a encaminar los objetivos de la terapia.

Así observamos con frecuencia que un niño agresivo está actuando sobre la base de que el ataque es el mejor medio de defensa. De modo similar, el sentimiento de culpa puede conducir a una exigencia compulsiva de seguridad y de manifestaciones de amor y cuando estas exigencias no son satisfechas, se origina más odio y en consecuencia más sentimiento de culpa (Bowlby, 1986).

Parece también que las manifestaciones de la inhibición sean de hecho, una defensa contra la agresividad y la destructividad vinculadas con las vivencias de rechazo y de exclusión. Las pulsiones de muerte que actúan se vuelven contra el niño que se siente destruido por sus objetos internos y proyecta hacia el exterior su destructividad defensiva (Anzieu, 2001b).

Los primeros juegos propuestos por Carla fueron sobre todo a la casita o a las comiditas. Siempre excluía a los padres, mencionando que la madre se iba a la tienda y el padre a trabajar. Ella se representaba como la hermana mayor y cuidaba a los bebés. Me llamaba la atención que el único contacto que tenía con ellos era precisamente a partir del alimento: cuando terminaban de comer era hora de dormir y al despertar volvían a comer y así sucesivamente, lo que relacioné con los tres años que había sido amamantada y cómo la relación con su madre era a partir de la comida.

En una sesión, me platica que pronto será el cumpleaños de Miguel (el niño que la molesta en su escuela, diciéndole hamburguesa y gorda). Muy enojada dice que no merece nada de regalo por todas las cosas feas que le ha dicho alguna vez. Después de un silencio largo donde mantiene la misma actitud, dice: “Me gustaría decirle que se lo va a chupar la bruja”.

A partir de esto le propuse jugar con los títeres e incluí a una bruja. Como lo refiere Freud, estas referencias simbólicas no son algo peculiar del soñante. Sabemos ya que del mismo simbolismo se sirven los mitos y los cuentos tradicionales, el pueblo en sus proverbios y canciones, (Freud, 1991c). Además los procesos inconscientes del niño se hacen comprensibles para él sólo mediante imágenes que hablen directamente a su inconsciente. Los cuentos de hadas evocan imágenes que realizan esta función (Bettelheim, 2010) y el caso de la bruja no fue la excepción.

Carla se entusiasmó y me pidió que yo fuera la bruja. A petición suya, la bruja tenía una varita con la cual convertía a los animales en otros diferentes, los desaparecía o quería algunas partes de sus cuerpos (lengua, corazón, ojos) para sus pociones. En otras ocasiones se disfrazaba de la madre de los animalitos para poder entrar a la casa y llevárselos al calabozo. También era común que la bruja pusiera comida como carnada para atrapar o envenenar a los animales.

A partir de este momento, el juego de la bruja se repetirá durante casi todo el tratamiento. Los juegos repetitivos cuya actividad persiste algunas veces durante las semanas anteriores a que el analista pueda descubrir el sentido, delimitan una forma particular de la relación, como intencionalmente por parte del inconsciente. Ella nos fuerza a descubrir, como lo dice Freud, cómo las funciones del yo se empobrecen con el síntoma. En realidad, la repetición en las sesiones es una organización simbólica de un modo de sufrimiento, de un deseo o de una necesidad insatisfecha e incluso de un afecto particularmente impositivo en la transferencia (Anzieu, 2001b). Además, el juego repetido contiene una sustancia que hay que eliminar: angustia de destrucción (Anzieu, 2001b).

En una sesión, asociando que la bruja desaparecía con la varita a un animalito, Carla contó una pesadilla repetitiva que la despertaba llena de terror: Ella está en su casa y le habla a su mamá. Esta parece no escucharla ni verla, así que empieza a gritar para llamar la atención. La madre sigue ignorándola. El padre llega y Carla grita desesperada que ahí está. El papá le pregunta a la mamá si escucha un ruido, pero la madre dice que no es nada y se van de la casa. Grita exasperada pero nadie la escucha, como si fuera invisible, como si no existiera.

Es como si su madre tuviera el poder de desaparecerla, como la bruja. Justamente Carla representa esta omnipotencia de la madre al ignorarla, que al mismo tiempo pudieran ser sus propios instintos agresivos regresándose a sí misma.

La agresividad contra la madre en específico entonces cumple dos funciones: 1) Expresar su enojo genuino por ser ignorada y rechazada (desde que aún era un feto) y 2) una manera de relacionarse, de llamar la atención y conseguirla, que si bien es dolorosa la violencia física y verbal, es una forma de contacto más gratificante que el hecho de ser “invisible”.

En las entrevistas con la madre, ésta se queja puesto que la agresividad en contra de ella ha incrementado notoriamente. Carla ha escrito en un diario “Mamá, muérete”. Al ver esto la madre la confronta y le pregunta si realmente quiere eso y la amenaza con abandonarla o realmente morir. Ante la culpa, Carla llora y pide perdón.

Bowlby (1986) menciona que nada ayuda más a un niño que poder expresar sus sentimientos de odio y celos de un modo ingenuamente directo y espontáneo y refiere que no existe tarea parental más valiosa que la de mostrarse capaz de aceptar con ecuanimidad expresiones de amor filial como “te odio mamá” o “papi, eres un animal”. Soportando estas descargas se muestra a los hijos que los padres pueden controlar ese odio y no es algo que les sobrepase, y así, se proporciona al niño la atmósfera de tolerancia en la que puede prosperar el autocontrol. (Bowlby, 1986). La estructura de la madre de Carla no soporta el ataque, realmente la destruye, y la niña es castigada con fuertes golpes y sin permiso de salir.

También narra otra situación en donde Carla se equivoca al tomar de la mano a otra señora en el autobús, lo que le ocasionó angustia y vergüenza mientras su mamá se reía y le hacía burla. Winnicott refiere que el impacto traumático de un acontecimiento depende de la capacidad materna para contener y filtrar las excitaciones (Anzieu, 2001a). La niña al no encontrar contención adecuada reacciona de manera hostil gritándole a su madre, quien a su vez comienza a gritarle de igual forma. “Somos como dos niñas peleando” añade la madre después de reflexionar acerca del incidente.

Un índice de calidad de interacción familiar es la existencia de expresividad emocional y las conversaciones sobre las emociones entre padres e hijos. La manera en la cual la madre exprese sus emociones y el lenguaje emocional utilizados por ella y el niño están asociados al desarrollo socio-emocional de los niños (Arranz, 2004).

La expresión verbal en las sesiones en contra de la bruja fue creciendo y a la par se manifestaba abiertamente la agresión y el enojo. En los juegos siguientes empoderó a los animales quienes robaban la varita de la bruja y la convertían en cerdo, o se disfrazaban de piedras o se hacían invisibles para molestarla y burlarse de ella. Le jalaban los cabellos, le ponían trampas, le inventaban canciones. Ahora se benefician de la invisibilidad, lo que le da un nuevo giro al juego. Disfrutaba de hacer que la bruja le preguntara al espejo si era bella, y que el espejo contestara que es horrible y espantosa.

Desde la teoría kleiniana, en donde los instintos agresivos son proyectados hacia el objeto, el yo se escinde y proyecta fuera su parte que contiene el instinto de muerte, poniéndola en el objeto externo original: el pecho. Es así como el pecho –al que se siente

conteniendo gran parte del instinto de muerte- llega a experimentarse como malo y amenazador para el yo, dando origen a un sentimiento de persecución. De este modo, el miedo original al instinto de muerte se transforma en miedo a un perseguidor. Parte del instinto de muerte que queda en el yo se convierte en agresión y se dirige contra los perseguidores (Segal, 1977).

De este modo, muy pronto, el yo tiene relación con dos objetos: el objeto primario, el pecho, está en esta etapa disociado en dos partes: pecho ideal y el persecutorio. La fantasía del objeto ideal se fusiona con experiencias gratificadoras del ser amado y amamantado por la madre externa real, que a su vez confirman dicha fantasía. En forma similar, la fantasía de persecución se fusiona con experiencias reales de privación y dolor, atribuidas por el bebé a los objetos persecutorios (Segal, 1977).

El enojo y las pulsiones agresivas de Carla encontraron una puerta de salida por medio del juego que al ser simbólico y “como si”, le dan la oportunidad a Carla de expresar el enojo sin reprimirlo pero sin hacerle daño.

Esto coincide con un episodio altamente violento donde la madre perdió los estribos y golpeó a Carla en las piernas tan fuertemente que la llenó de moretones, a tal grado que después de disculparse con la niña, me pidió orientación psicológica y psiquiátrica para controlar su agresividad.

Después de esto, Carla comienza a pedir ser la bruja en el juego. Hace una voz aguda y se atreve a decir algunas palabras altisonantes y a maldecir. La bruja envenena unos perritos y me solicita que sea la veterinaria para curarlos. Así empezamos el proceso de reparación.

En el fantasma, así como en el síntoma, el analista ocupa un puesto; definirlo no es algo sencillo. La clásica referencia a las distorsiones del yo y a la realidad, deja fuera del juego dialéctico al puesto donde el analista tiene que lograr localizarse para ayudar al paciente a volver a poner en marcha su discurso y a situarse ante puntos de referencia diferentes de los que surgieron a partir de otros juicios (Mannoni, 1997).

En cuanto a las representaciones masculinas, por el contrario, la temática edípica era evidente, jugaba a que el padre protegía y ayudaba, e incluso encelaba a la niña (o

cualquier personaje que representara a Carla), haciendo verdaderas escenas dramáticas de celos. Muchas veces le interpreté el juego poniendo énfasis en el deseo de la relación y coalición con el padre en contra de la madre.

La pareja por su parte, seguía en constante conflicto, intentando no involucrar a la niña pero sin poder conseguirlo totalmente. Cuando acudían a sesión psicoeducativa, se sentaban separados y se culpaban y contradecían la mayoría del tiempo. La madre lo acusaba de sobreprotector y consentidor y él la señalaba como infantil y agresiva, por lo tanto la fantasía edípica de Carla se apoyaba en situaciones reales de la familia.

Un elemento que influye en el desarrollo socioemocional es la presencia de conflicto marital y la exposición del mismo a los niños. Cuando éste se da en algún nivel bajo, constituye un factor protector del desarrollo socioemocional, en cambio si es en un nivel alto, en un factor de riesgo (Heredia, 2013).

Los juegos con la bruja prosiguieron, variando poco a poco. La temática casi siempre era la misma, sólo que ahora Carla incluía familiares de los animales (abuela, papá, mamá) que ayudaban a los niños a escapar o esquivar las trampas y hechizos de la bruja. Al parecer Carla intentaba encontrar en sus redes de apoyo seguridad en contra de su agresividad como la de la madre.

El objetivo es tratar de adquirir y guardar dentro de sí al objeto ideal, e identificarse con éste, que es para él quien le da vida y lo protege, y mantener fuera el objeto malo y las partes del Yo que contienen el instinto de muerte (Segal, 1977).

Si el desarrollo se efectúa en condiciones favorables, el niño siente cada vez más que su objeto ideal y sus propios impulsos libidinales son más fuertes que el objeto malo y sus propios impulsos malos: se puede identificar cada vez más con su objeto ideal, y gracias a esta identificación y también al crecimiento y desarrollo fisiológico de su yo, siente que éste se va fortificado y capacitando para defenderse a sí mismo y al objeto ideal (Segal, 1977).

En el juego, alguna vez pregunté qué había pasado con la bruja para que fuera tan mala y Carla contó la triste historia donde la bruja había sido víctima de acoso escolar por lo que había decidido vengarse de todos los niños. Le hice ver cómo esa historia se parecía

a la de ella y que tal vez se sintiera con mucho enojo hacia esos niños y con muchas ganas de venganza como la bruja. Así empezamos con un proceso de identificación con el objeto, pero además, de reparación y elaboración de la ambivalencia entre amor y odio.

T: Esta bruja siempre quiere llevarse a los niños para hacer sus pócimas y es muy mala, me pregunto cómo se sentirá

C: Muy enojada, muy pero muy enojada

T: ¿Qué le habrá pasado para estar tan pero tan enojada?

C: Es que cuando era más chiquita, en la escuela, unos niños se burlaban de ella y desde ahí dijo que sería mala y se vengaría de ellos

T: Eso debió de haberla hecho enojar mucho

C: Sí

T: Como a ti te hacen enojar los niños cuando te molestan en la escuela. Tal vez te parezcas algo a esta bruja tú también.

Después de esta fuerte sesión, Carla jugó durante las próximas semanas a otras cosas, elaborando y asimilando lo que había interpretado. Un día entonces, quiso jugar con los títeres, incluyendo otra bruja, de tal manera que había dos brujas en el juego. La narrativa cambió por completo ya que ahora las brujas no deseaban desaparecer o mutilar a los animales, sino que simplemente los hacían lavar y barrer el castillo. Aunque no eran precisamente amables con ellos, las brujas ya no eran tan persecutorias ni violentas como los juegos anteriores, incluso había momentos donde se iban de viaje o se quedaban dormidas dándoles un tiempo de paz, el cual, los animales aprovechaban para hacer fiestas o travesuras.

Durante esta etapa, un acontecimiento familiar se presentó, movilizándolo así muchas fantasías: su tía adolescente quedó embarazada y todos los familiares esperaban ansiosos la llegada del nuevo integrante, desplazando a Carla de su lugar como la más pequeña. Abordamos temas como la sexualidad, el nacimiento, los celos, la envidia, miedos y fantasías originarias.

Hablando sobre su propio nacimiento, Carla me narró que nació “toda amarilla” (repetiendo las palabras de su madre en la entrevista), que su papá no había estado presente los dos primeros años y con mucha vergüenza platicó que su madre la había amamantado por tres años cuando ella ya estaba toda “dientona” y le mordía el pecho.

En una sesión decidió jugar a la casita pero al buscar los personajes, como afortunada coincidencia, no encontramos al bebé. Esto la puso muy ansiosa, buscamos por todo el consultorio sin éxito.

T: Pareces muy angustiada por no encontrar al bebé

C: Es que no está por ningún lado

T: A lo mejor ese bebé de juguete te recuerda a tu sobrino

C: Sí, se parecen

T: Tal vez has pensado que estaría bien que tu sobrino desapareciera por algunos momentos para que tú tengas más atención, y ahora que el bebé de juguete desapareció, piensas fue por lo que ha estado pensando

C: ...

T: Es normal que sientas envidia o que a veces no te caiga tan bien el bebé ¿sabes?

C: Es que también lo quiero mucho

T: Claro que sí. Se puede querer y que a veces no te caiga bien una persona. Se puede querer y que al mismo tiempo sientas enojo contra ella o celos...

C: Así me pasa con el bebé

Winnicott habla de un estado de inquietud cuando aparece la preocupación en relación con el objeto anteriormente maltratado ¿Se pueden destruir los objetos con el pensamiento? (Anzieu, 2001a). Precisamente la interpretación anterior encontró una resonancia con el pensamiento angustiante de Carla, dándole un sentido aprovechando el “como si” del juego que disminuye la ansiedad y reduce las defensas.

La idea de que en nuestro interior puedan existir fuerzas que se hallan más allá del alcance de nuestro control es demasiado amenazadora como para que se tome en consideración, no solamente para un niño (Bettelheim, 2010).

En las entrevistas siguientes con la mamá, me refiere que la calidad de la relación con su hija ha mejorado notablemente. La comunicación es más abierta, así como las muestras de cariño y los juegos. Además comenta que se ha sentido bien en la terapia individual y con los medicamentos. Señala que la llegada del sobrino movió muchas cosas, pero que ha notado a Carla más tranquila respecto al tema.

En el juego reaparece la bruja. Ésta se ausenta ya que va de viaje y los animales aprovechan para hacer una fiesta. Con lo que no contaban es que llega antes de lo esperado y se reúne a celebrar ya que el propósito del viaje era recoger a su hija de Canadá, una princesa muy hermosa y bondadosa a la que no había visto en años. En los juegos siguientes la temática era más o menos la misma, aunque algunas veces la bruja tiene arrebatos de mal humor y se enoja con facilidad, mas ya no es mala ni persecutoria, lo que interpreté como un objeto mejor integrado, una aceptación de su madre más humana, menos escindida, y por lo tanto, integrando su propio yo.

Así el niño comienza a percatarse de que sus experiencias buenas y malas no proceden de un pecho o madre buena y de un pecho o madre mala, sino de la misma madre, pues a medida que la madre se convierte en objeto total, el yo se convierte en un yo total, escindiéndose cada vez menos en sus componentes buenos y malos (Segal, 1977).

CAPITULO 6. EL AHOGADO: ELCASO DE UN NIÑO DE 6 AÑOS

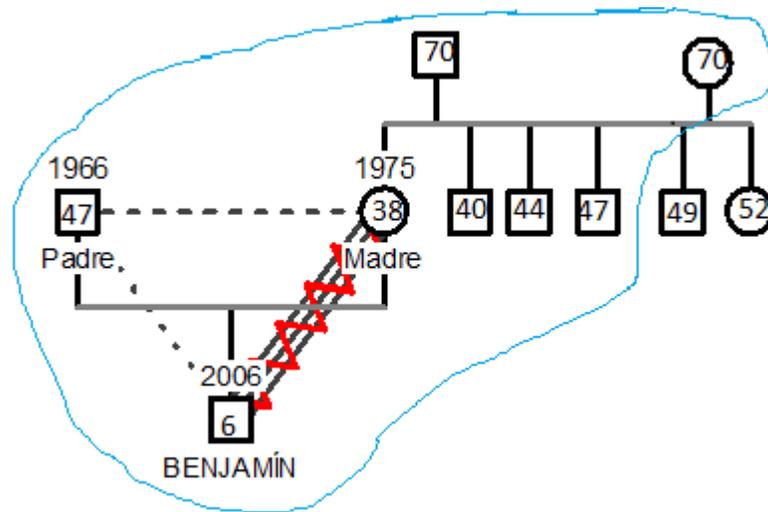
6.1 Historia de Desarrollo

Benjamín, un niño de siete años, llegó al Centro acompañado de su mamá. Físicamente parecía más pequeño a su edad cronológica, pero de complexión robusta, ojos grandes que iban y venían explorando el espacio aunque él se mantenía en un mismo lugar. Parecía nervioso y a la expectativa.

Su madre, con quien tuve dos entrevistas previas, mencionó que Benjamín “es callado, pareciera que no escucha, tiene problemas para socializar y no se defiende” como motivo de consulta. Me explicó que es hijo único y sus primos, con quienes juega, son más extrovertidos así que lo molestan o se aprovechan de él. Ben, prefiere jugar solo con sus carritos, además de que ve televisión aproximadamente seis o siete horas diarias, lo que ha sido un problema ya que no quiere hacer la tarea ni irse a dormir. La madre comenta que le es muy difícil separarlo de la televisión y hace berrinches fuertes, tirándose al suelo, llorando inconsolablemente y gritando que ella no lo quiere.

Benjamín vive actualmente con su mamá de 38 años, ama de casa, escolaridad de preparatoria, su padre de 47 años, chofer de escolaridad de secundaria, sus abuelos maternos, sus tíos maternos y un primo. Como se ha visto, es común que las familias con estrato sociocultural medio-bajo vivan con algunos integrantes de la familia extensa, y este caso no es la excepción.

Figura 2. Genograma



Fuente: Elaboración propia, 2015

Antes de vivir juntos, los padres tenían diez años de novios y cada uno tenía su trabajo. En especial la madre habla con nostalgia de su vida laboral, la cual no ha retomado desde el nacimiento de su hijo. No habían querido casarse hasta que se enteran del embarazo de Benjamín. “Me tuve que casar y me sentía muy frustrada porque me faltaba hacer muchas cosas todavía” comenta. Se casan a pocos meses de que el bebé naciera.

La madre menciona que el embarazo no fue ni planeado ni deseado por ella. Al padre sí le emocionaba la idea de tener un hijo. Aunque no era deseado, nunca consideró como posibilidad el aborto.

Durante el embarazo hubo complicaciones en el octavo mes, donde ella presentó una infección y sangrado. Nació a los nueve meses por parto natural. Pesó 4,300 y midió 53 cm. Al nacer Benjamín tuvo hipoxia, por lo que estuvo en la incubadora por un mes. Sus padres podían visitarlo diariamente.

Alimentó por un año a su hijo con pecho, hasta que se enfermó y tuvo que tomar medicamento. Cambiaron a fórmula y hubo buena aceptación por parte del niño.

Actualmente Ben se muestra muy selectivo con los alimentos. Es difícil que acepte comer verduras pero en general come bien.

De acuerdo al lenguaje, al año comenzaba a decir sus primeras palabras. Fue hasta los tres años que obtuvo un lenguaje básico, hilando algunas palabras para hacer frases. Esto fue probablemente porque la madre le entendía y le brindaba las cosas que a su manera el niño pedía. Para los cinco años hablaba con fluidez, sin embargo presentaba errores de pronunciación notorios. Durante un año acudió a terapia de lenguaje donde hubo muchos avances. De la terapia de lenguaje fue derivado al Centro para complementar los aspectos emocionales. Dentro de la terapia de lenguaje también llevaba algunas clases de regularización. La madre comenta que eran muy severas y que incluso le ponían un lápiz en la cabeza para que no estuviera inquieto. Al dejar caer el lápiz tenía que hacer planas de tarea.

Actualmente, Benjamín presenta algunos errores en la pronunciación de vez en cuando, sobre todo cuando está nervioso.

En el área motora presenta un desarrollo normoevolutivo. El control de esfínter diurno lo logró a los dos años y medio, y a los tres años el nocturno. No ha habido regresiones ni episodios de enuresis a partir de lograr el control. Benjamín no ha presentado alguna enfermedad importante o grave. Nunca ha sido hospitalizado.

En cuanto al sueño, la madre refiere que el niño duerme poco, aproximadamente de 22:00-6:30 que se despierta para prepararse para ir a la escuela. Tiene constantes pesadillas y se despierta seguido por las noches. Benjamín duerme en la misma cama que sus padres, justifica la madre que es a causa del espacio. El padre compró otra casa que está un poco más lejos de la escuela y es por esa razón que no se han cambiado. En esa casa hay dos cuartos, uno para ellos y otro para el niño, pero la madre acepta que ella no se ha querido cambiar. La relación con su esposo es distante, no se han dado tiempo para los dos como pareja en un buen tiempo. Antes discutían y buscaban espacios para que Benjamín no los escuchara. Ahora ya no discuten.

La relación de Ben con su padre “se limita a los regaños” comenta la madre. A veces juegan, sobre todo juegos bruscos, a pelearse, a tirar muñecos, a las luchas, a que vence a su papá. El padre tiene una voz muy fuerte y ronca que asusta con facilidad al niño. Casi siempre los castigos los impone su papá, y son casi siempre castigarle la televisión o algunos juguetes por periodos de tiempo no muy largos. Menciona la madre que ella es más permisiva y casi siempre acaba cediendo aunque el tiempo del castigo no se haya cumplido.

En la escuela tiene un buen desempeño. La maestra se ha quejado algunas veces de que se muestra distraído y no quiere hacer los trabajos. A veces le dice mentiras a su mamá de que no hay tarea y sí la hay. No presentó ningún problema para aprender a leer y a escribir. Socialmente se muestra retraído, casi no tiene amigos. Prefiere jugar solo durante el recreo y se le dificultan los juegos en grupo.

En cuanto a la sexualidad, Benjamín no ha hecho explícitas preguntas o curiosidad en este tema, aunque se duerme en medio de los padres y frecuentemente se baña con su madre. En kínder presentó autoestimulación, pero ya no se ha vuelto a presentar.

Ben constantemente fantasea con tener un hermano. Se lo ha propuesto a la madre quien se niega rotundamente. El padre también quiere tener otro hijo pero ella está segura que no. Comenta que a Benjamín le faltaron muchas cosas, por ejemplo una cuna “El no me apoyaba para las cosas de *mi* hijo” comenta.

La rutina es muy importante para el niño. Menciona la madre que se pone muy nervioso cuando hay algún cambio inesperado. No le gusta ensuciarse y siempre se lava las manos, sobre todo en las horas de la comida.

6.2 Evaluación psicológica:

Pruebas aplicadas:

- Test gestáltico visomotor de Laurretta Bender (Bender, 1974) (Anexo E)
- DTVP-2 Método de evaluación de la percepción visual de Frostig (Frostig, 1993)
- Test de Apreciación Temática para niños (Bellak, 1990)
- Dibujo de la Figura Humana (Koppitz, 1984) (Anexo F)
- Dibujo de la Familia en la práctica médico pedagógica (Korbman, 1984) (Anexo G)

Actitud ante las pruebas: Benjamín se mostró con buena actitud en la mayoría de las pruebas, siguió las instrucciones adecuadamente aunque parecía hacerlas de forma rápida e impulsiva, con un trazo fuerte y ansioso. Prestaba poca atención a las instrucciones y comenzaba antes de la indicación.

Conclusiones

Área Perceptual

Benjamín obtuvo una puntuación de nueve puntos en la prueba de Bender lo que equivale a una edad de 6.0-6.5 años de edad, lo que coincide con su edad cronológica actual y la ubica dentro de un rango normal.

En la prueba de Frostig, obtiene un cociente de percepción visual general de 110, una percepción visual con respuesta motriz reducida de 107 y una integración visomotora de 112. Esto arroja calificaciones por arriba de lo esperado para su edad cronológica, puntuándola con un equivalente de edad de 8-2/8-8.

El desempeño adecuado y mayor a su edad en el Cociente Visual General de Benjamín (con promedio dentro de la media en su cociente), demuestra un dominio en las habilidades de coordinación ojo mano y las habilidades de percepción visual que frecuentemente se requieren para ejecutar esas destrezas. Demuestra un entendimiento considerable de las propiedades físicas que se relacionan con las figuras y los objetos.

También cuenta con habilidades de discriminación muy desarrolladas que le permiten reconocer figuras estímulo cuando estas aparecen en arreglos de formas similares, formas incompletas, fondos distractores y posiciones y tamaños diferentes. Dada sus puntuaciones altas, se postula que posee una ventaja en actividades que requieren habilidades de percepción visual y habilidades visomotoras finas tales como juegos, rompecabezas y conductas adaptativas.

Dadas sus puntuaciones estándar, se podría considerar que presenta 3 fortalezas en las siguientes subpruebas:

- Relaciones espaciales con 14 de puntuación escalar. Se refiere a la habilidad para reproducir patrones presentados visualmente.
- Velocidad visomotora con 16 de puntuación escalar. A partir de esto se puede postular que tiene muy desarrolladas las habilidades para actuar de manera eficaz y rápida en ciertas actividades.

Área Socioafectiva.

Algunos de los aspectos emocionales relevantes y concordantes en la prueba de DFH y Bender de Benjamín connotan impulsividad y ansiedad, sobre todo reflejada en el trazo y algunos elementos de la figura humana.

Según los componentes proyectivos del DFH, Benjamín abarcan refleja rasgos de ansiedad y agresividad, defensas y rasgos de ansiedad ante el mundo circundante, y conductas emotivas centradas en sí mismo, autodirigidas.

De acuerdo al CAT, se observan las siguientes características

- Inseguridad, temores de abandono, desprotección
- Figuras devoradoras, amenazantes
- Figura del padre ausente

De acuerdo a la integración de las pruebas proyectivas aplicadas, se percibe que Benjamín muestra rasgos de ansiedad sobre todo al hablar de separación, de alejamiento y de un gran sentimiento de persecución. Es evidente que se le dificulta la identificación

con el padre ya que es una figura ausente, por lo tanto, se fusiona con la figura materna sin reconocer a veces quién es quién.

Aunque la relación con su madre es simbiótica, la percibe como amenazante y castigadora, lo que le ocasiona miedo y ansiedad. De vez en cuando él funge como el protector y padre, confundiendo los roles y responsabilidades que realmente le pertenecen.

Cuando la madre, o alguien ajeno, le separan de ella, se manifiesta agresivamente, gritando y haciendo berrinches que su madre reduce volviendo a su lado, ya que esa misma angustia la siente ella al separarse de él, haciendo un círculo vicioso, potencializando la dependencia entre ellos. Así es como Benjamín se posiciona como un niño solitario, inseguro, tímido, que no puede hacer nada si no está su madre cuidándolo o supervisando el ambiente, y por ende, su situación social tanto con primos como en la escuela, es conflictiva o nula.

Los límites tanto del padre como de la madre son ambivalentes y no tienen coherencia lo que confunde a Benjamín. Su padre en general está ausente física y afectivamente por lo que él ha tomado su papel, además la madre lo minimiza.

6.3 Hipótesis clínicas

- Benjamín tiene una relación simbiótica con su madre, de tal manera que se percibe a sí mismo como un niño débil, inseguro y tímido para poder socializar con otros niños o afrontarse a las dificultades de la vida.
- La madre teme a la separación del hijo por lo que sabotea los intentos de éste por independizarse.
- Benjamín en sus juegos muestra constante fantasías de infanticidio donde la madre aparece como devoradora o como alguien que lo “ahoga”, traduciendo así lo que experimenta psíquicamente con esa relación.

Se propone trabajar con la expresión y manejo de sus emociones, mejorar su independencia y autonomía respecto a la madre .Fortalecer su yo y fomentar el conocimiento y aceptación de sí mismo.

6.4 Sesiones de juego: el ahogado

En las primeras sesiones de tratamiento, Benjamín acudía puntualmente acompañado de su mamá y era notorio el entusiasmo por entrar al cuarto de juegos: llegaba corriendo y me esperaba ansioso de pie en la sala. Me llamaba la atención que inmediatamente que ingresaba, escogía sus juguetes y comenzaba a jugar solo. Sus juegos y dibujos eran casi siempre acerca de devorar o ahogar (Anexos H, I): Podía hacer luchas entre dos títeres, por ejemplo una orca contra un caballo, y usaba el agujero por donde entra la mano, para introducir al caballo de tal manera que quedaba adentro de la orca. También vaciaba la caja de los bloques, una caja bastante honda, para después llenarla de agua y sumergir a alguna figura, casi siempre humana. Mientras jugaba no hablaba, sino que emitía ruidos de esfuerzo o de alguien que se ahoga. Algunas veces le recordaba que podía jugar conmigo, algunas otras le preguntaba qué era lo que estaba pasando y otras, simplemente observaba de lejos su juego.

Sabemos, por ejemplo, que en una fase temprana en la vida del bebé, antes de establecerse los límites entre el sí mismo y el mundo de los objetos, cuando aquél se “fusiona” emocionalmente con la madre, y en toda su intención y propósito, vive en unidad simbiótica con ella. Normalmente, a esta fase suceden los deseos del niño de establecer su independencia e identidad personal, fase esta última de “separación-individuación”. Pero cabe preguntarse de qué manera puede producirse esa separación y el establecimiento de una identidad separada en el niño para quien la anterior función no sólo responde a sus necesidades sino a una necesidad admitida de la madre (Freud, 1987).

A partir de los juegos con agua que duraban toda la sesión y le era placentero ver cómo se hundía el juguete, o donde también era posible que hubiera una criatura como un pulpo o una araña que no dejaba salir al personaje, ahogándolo en las profundidades,

relacioné enseguida el “sentimiento oceánico” del que habla Freud cuando el niño no ha logrado separarse de la madre: Casi por regla general, el nacimiento encuentra figuración mediante una relación con el agua; o bien uno se precipita en el agua o sale de esta, rescata a una persona del agua o es rescatado por ella, esto es, tiene con ella una relación como la de la madre y el hijo (Freud, 1991c).

En una ocasión tomó el títere del pulpo y le introdujo tres miniaturas en “la panza”. Cuando pregunté qué les pasaría a esos personajes me contestó: “Es para que estén a salvo”. Me pareció que a partir de este juego podía indagar acerca de sus fantasías de origen y comencé a preguntarle:

T: ¿Te gusta llamarte Benjamín?

B: Sí

T: ¿Por qué crees que te llamas así?

B: Así me puso mi mamá, yo no me llamaba así, me llamaba Roberto, pero cuando salí de la panza de mi mamá ella me vio y dijo: Descuida Benjamín.

T: ¿Por qué te imaginas que te dijo así, “descuida Benjamín”?

B: (silencio) Tendrías que preguntarle a ella.

Me fue evidente la relación de la panza del pulpo y la panza de su propia madre y la fantasía de cuidado en el vientre materno y todos los peligros multiplicados en el mundo exterior que compartían y se mantenían con la simbiosis, lo que a su vez podía explicar algunas cuestiones del motivo de consulta, sin embargo al encontrar como único lugar seguro el vientre de la madre, fantasía compartida con ella misma, había sin duda un mensaje inconsciente violento.

Su reacción podía ser vista como el deseo de retorno al vientre materno. Pero una vez que se ha tomado el gusto a la vida, el retorno al vientre es un proceso violento, mutilante ya que implica el retorno al estado de embrión. No se trata allí de un fantasma de retorno anodino al vientre materno sino de una expresión violenta del instinto de muerte (Segal, 1989).

El psicoanálisis nos ha enseñado que algunas de las fantasía terrorífica no es más que la trasmudación de otra que en su origen no presentaba en modo alguno esa cualidad, sino que tenía por portadora una cierta concupiscencia: la fantasía de vivir en el seno materno (Freud, 1992f).

Poco a poco, Benjamín pudo utilizar el comienzo de la sesión para hablar, por lo menos un poco, acerca de su semana, contándome sobre todo de las caricaturas y las películas de la televisión, o de cómo sus primos lo habían molestado. En algunas de las charlas previas al juego, me di cuenta que me involucraba en algunas situaciones en las que yo no había estado presente, sin posibilidad de separar. Por ejemplo, me preguntaba qué me había parecido la película que habíamos visto el sábado. Yo le recordaba que no había estado presente, por lo que tenía que contarme la película para saber de lo que estaba hablando. Así, también en el juego, comencé a pedirle que verbalizara lo que hacía para poder entender de qué trataba. Me dio la impresión de que el grado de simbiosis con la madre era tal, que no podía separar lo que había pasado él y diferenciar que un otro no había presenciado ese momento.

Cuando el niño añade la palabra al juego, ya sea en forma de diálogo entre los personajes, ya sea bajo la forma de comentarios, orienta su sentido. Es un medio de imponerse, mientras que las manipulaciones de objetos pueden ser interpretadas mucho más libremente por el analista, y de forma más próxima de la fantasía (Anzieu & Daymas, 2001b).

En ocasiones, mientras jugábamos (ya me incluía un poco más) volteaba a verme entusiasmado por una idea y me decía “¿Estás pensando lo mismo que yo?”. Repetidamente le recordaba que no podía pensar lo mismo ya que yo era otra persona, además de que no tenía el poder de leer la mente. Le mencionaba que cuando él pensaba algo, se quedaba en su cabeza, así que si no lo decía, yo no podría saber nada de eso, aunque al mismo tiempo le validaba que podía guardar cosas en su cabeza si no quería que yo las supiera.

Por un tiempo entonces dejó de jugar a devorar, pero se inclinó compulsivamente a jugar al ahogado. Ahora la caja tenía que ser forzosamente transparente para ver cómo se ahogaban los personajes. Le gustaba que el agua los cubriera todos, pero tuve que poner

un límite ya que era un gasto de agua muy grande. Le propuse utilizar entonces personajes más pequeños para que el agua los cubriera y le expliqué el cuidado del agua y la naturaleza. Al principio se opuso a la sugerencia, pero después la acató con buena disposición.

En una sesión que había estado muy atento al “ahogado” le pregunté cómo creía que se sentía ese personaje.

B: No puede respirar

T: Tal vez tenga miedo

B: Sí, seguro tiene miedo

T: Como cuando tú estás en la alberca

B: ... Sí, más o menos

T: Oye, y alguna vez te has sentido sin poder respirar pero que no estés en el agua

B: No te entiendo Mary...

T: Por ejemplo, cuando alguien te abraza muy fuerte, no se puede respirar

B: Ah sí, mi mamá así me abraza

T: A lo mejor te sientes como ahogado, como si ella fuera toda esa agua y no te pudieras separar de ella

B: Sí, a veces así lo siento

Le expliqué que aunque los niños quieran mucho a sus mamás, necesitan espacio para estar solos y poder respirar, poder jugar o hacer travesuras. Complementé que a algunos niños les da miedo separarse de su mamá porque piensan que puede ser peligroso, pero él era un niño de siete años, fuerte y con muchas habilidades como para poder hacerlo.

En las entrevistas con la madre (el padre nunca se presentó, se disculpaba y ponía como pretexto el trabajo aunque yo reiteraba la importancia de su participación) me comentó que pensaba buscar una actividad extraescolar para Ben, como la natación ya que siempre había tenido miedo del agua y de ahogarse. A sus siete años todavía se bañaba

con ella. Me sorprendió que esto no se hubiera planteado en el motivo de consulta o en la historia de desarrollo y le sugerí a la madre que lo dejara asearse solo y encontrarle un colchón independiente a la cama matrimonial. Retomé el tema de la necesidad de independencia y autonomía de Benjamín y las ventajas de que tuviera un espacio propio.

Se ha explicado que los temores arcaicos no son superados a menos que la madre cumpla su rol como yo auxiliar del pequeño (Freud, 1987). En el caso de Ben esto implicaba que su madre pudiera reconocer sus propios miedos y angustias y la separación debía ser, en primera instancia, y por lo menos, física. Evidentemente había una situación complicada con la pareja y su sexualidad, en cuanto a colocar a su propio hijo en medio del lecho conyugal.

Después de un tiempo, el juego del ahogado tuvo una nueva modalidad: Apareció un villano y un héroe, quienes peleaban casi siempre por razones de venganza. El “malo” se había ganado el adjetivo puesto que asesinó a la madre del héroe sin ninguna razón aparente. Benjamín comenzó a jugar la separación como un duelo, parecía entrar a una etapa edípica, canalizando todo su enojo al tercero quien lo había alejado de su madre (yo misma como función paterna de castración).

Es muy interesante que en los mitos del nacimiento del héroe, que Otto Rank (1909) ha sometido a una investigación comparativa, la exposición en el agua y el rescate del agua desempeñan un sobresaliente papel. Rank los ha reconocido como figuraciones del nacimiento, análogas a las usuales en el sueño (Freud, 1991c).

Durante esta etapa, Ben se mostró hostil y agresivo. No me respondía cuando le preguntaba cosas, no me incluía de nuevo en el juego, me ordenaba que fuera por cosas o que llenara los botes de agua. Eran sesiones realmente difíciles y aunque yo le interpretaba su hostilidad, se mantenía hermético.

Un día, Ben me miró y comentó:

B: A mí me gusta dormir con mi mamá porque la protejo y la cuido por las noches, porque la quiero mucho

T: Ya veo, parece que estás enojado conmigo porque le dije a mamá que ya no durmiera contigo

B: Sí, más o menos

T: Pero quien duerme con la mamá para cuidarla en las noches es el papá. ¿A ti te gustaría ser el papá para dormir con ella?

B: No, porque papá nunca está en la casa y siempre trabaja. Yo duermo con ella porque él la deja sola.

T: Pienso que tu mamá no necesita que la cuiden, ella ya es grande

B: (riendo) No lo creo...

De acuerdo a las postulaciones freudianas en la etapa edípica, es necesario que la madre “mire” hacia otra dirección que no sea sólo el hijo para crear el complejo de castración y el deseo. Todo niño se inscribe en una tópica constituida por ese deseo materno desplazado (deseo del pene- hijo). Si la castración fue asumida por la madre, el niño será desalojado de la fantasía de ser todo para ella. La no incondicionalidad de la madre le indicará que ella posee y desea otros objetos, además de él (Hornstein, 1991) lo que será necesario para un adecuado desarrollo de la estructura psíquica.

Un niño no puede aceptar conscientemente que su rabia pueda dejarlo sin habla, o que pueda llegar a querer destruir a aquellas personas de las que él mismo depende para su propia existencia. Comprender esto significaría tener que aceptar el hecho de que sus emociones pueden dominarlo hasta el punto de llegar a perder el control sobre ellas, cosa que no deja de ser un pensamiento bastante angustiante (Bettelheim, 2010).

Luego de jugar un par de sesiones más al villano y al héroe, Benjamín descartó al villano y propuso un nuevo personaje: un aliado del héroe quien lo ayudaría contra el agua. Esto me pareció un signo de buen pronóstico. Habiendo representado su enojo, culpa y venganza por aquel responsable de la separación con su madre, ahora asumía la voluntad de querer salir y posicionaba a un tercero como apoyo ante tan loable hazaña. Benjamín comenzaba su proceso de diferenciación.

La transferencia le permitió relacionarse de una manera diferente, no simbiótica, e irse reconociendo como individuo, empoderándose, encontrando sus límites.

En una sesión, mientras dibujaba, tuvo un lapsus y me dijo “mamá”. Inmediatamente corrigió, apenado. Le dije que equivocarse le había dado mucha vergüenza, y aceptó.

T: Parece que haberte confundido de nombre te dio mucha pena

B: Sí, sí me dio mucha pena

T: A lo mejor te confundiste porque tu mamá y yo nos parecemos en algo. ¿Tú crees que haya algo en lo que nos parecemos?

B: No, en nada. Mi mamá tiene el pelo muy diferente al tuyo, y la voz también.

T: A lo mejor no nos parecemos en cosas que se ven, pero qué tal en la forma de ser

B: Tampoco. Mi mamá come muchísimo y todo el tiempo. Tú no. Tú parece que no comes.

Puede ser que al percibir a la madre como devoradora, en el espacio terapéutico, haya encontrado una representación de la “madre buena” de acuerdo a Winnicott una madre “que no come”, lo que le permitió concebir el espacio como transicional y sentirse más seguro (Winnicott, 2011).

En las entrevistas con la madre se trabajó la dependencia hacia su propio hijo, aceptó que le ocasionaba mucha angustia separarse de él y la manera agresiva y chantajista con la que reaccionaba cuando Ben le pedía espacio. Me contó una ocasión donde su hijo le pidió que no le ayudara con la tarea puesto que quería hacerla solo, y ella se sintió tan rechazada que le gritó amenazando que nunca más lo volvería ayudar. Hablamos acerca de su relación de pareja, de su sexualidad y de cómo utilizaba a su hijo para alejarse de su esposo. Asimismo abordamos la cuestión de los límites y la erotización. Le puse como ejemplo una sesión anterior donde ella pasó al cuarto de juegos a petición de Benjamín. Él, entusiasmado y nervioso, la besaba en la boca e incluso le tocaba los pechos sin que ella impusiera un límite verbal o no verbal. El trabajo psicoeducativo con la madre fue de vital importancia. Además sugerí volver a tomar en cuenta las actividades extraescolares, ya que así le brindaría independencia y forma de relacionarse con otros niños a Ben, y un momento de separación con la madre, la cual podría buscar nuevas redes sociales. Fue entonces que Benjamín comenzó las clases de Tae Kwon Do.

Durante las siguientes sesiones, Ben jugó nuevamente a hacer representaciones simbióticas: ya fuera que envolvía miniaturas en la plastilina, o hacía combinaciones de animales dibujándolos (por ejemplo un oso con tentáculos de pulpo). Asimismo jugaba a hacer “pociones” que convertían a los animales en animales compuestos. En esta etapa trabajamos el “como si” del juego. Yo subrayaba que podíamos hacer “de cuenta” o “como si” para hacer estas combinaciones por medio de las pociones. Noté que de repente tenía complicaciones para abstraer o representar. En una ocasión que jugaba al ahogado, él mismo dejó de respirar mientras el personaje estaba en el agua. Al hacérselo notar y marcar la diferencia entre el juguete y él, también imponía un límite entre lo real y lo ficticio.

A menudo y con facilidad se tiene un efecto ominoso cuando se borran los límites entre fantasía y realidad, cuando aparece frente a nosotros como real algo que habíamos tenido por fantástico, cuando un símbolo asume la plena operación y el significado de lo simbolizado, y cosas por el estilo (Freud, 1992f).

Un buen día, Benjamín llegó y buscó entre las miniaturas como de costumbre. Al ver una araña rápidamente la puso en el piso y le dio un pisotón fuerte. No temas, me dijo, ya la maté. Para mi sorpresa propuso un juego totalmente diferente: Los cazadores. Consistía en que nosotros seríamos los cazadores que disparábamos dardos tranquilizadores a los animales para llevarlos al zoológico. Él se apropió de la pistola grande y a mí me dio la pequeña. Usó mucho la imaginación: recreó montañas, selvas, árboles y animales. Se representó como el líder de los cazadores, e incluso se elogió a sí mismo con la llamada del “jefe del zoológico” quien habló de su valentía y fuerza. Antes de ir a capturar al león (el animal más difícil y feroz de la selva) pidió alimentarse en un picnic imaginario donde yo lo dotaba de tortas de jamón. Ya listo, me mencionó que él se haría cargo del león solo y que yo estuviera al pendiente pero no interviniera a menos de que fuera cuestión de vida y muerte. Alabé sus virtudes de cazador y lo alenté a dirigirse hacia el león. Fui testigo de la lucha más reñida de la selva. Benjamín se echaba al suelo con marometas y se levantaba con brincos ágiles. Daba patadas voladoras y puñetazos (recién aprendidos en el tae kwon do) y después de un momento de gran suspenso donde no se movían ni león ni cazador, Ben saltó victorioso.

A partir de esta sesión se marca una nueva etapa y el cierre de la terapia. Creo que es importante recalcar el primer momento de la sesión donde mata a la araña, como una nueva posición ante la amenaza de la madre, aunque ahora se torna contra otra amenaza más acorde a su edad y a su desarrollo psicológico: El padre.

Las últimas sesiones tuvieron un componente imaginativo amplio, creatividad y espontaneidad. Empezamos a jugar a los pokemón. Mostró una diferencia marcada en la relación social y empatía. Me explicaba con detenimiento cada poder y evolución de los pokémons, dándome consejos para recordarlos fácilmente. De vez en cuando interrumpía el juego para complementar la información, sin problemas de reanudar la batalla ni confusiones de lo real y lo ficticio.

En la última entrevista, la madre refiere que Benjamín se relaciona mejor con sus primos y compañeros, inventa juegos y ya no ve tanta televisión como antes. Ha pedido invitar a sus amigos de la escuela y del tae kwon do a casa. Lo encuentra más tolerante a la frustración, independiente y creativo. Lo ve más alegre, seguro y confiado. La familia se cambió a la casa propia donde Ben duerme solo en su cuarto. Se baña por sí mismo y ha pedido que llenen la tina para hacer “buzos” y prepararse para nadar. Además, la madre tomó la sugerencia de comenzar psicoterapia individual y me pidió le brindara el formato correspondiente.

En el cierre le otorgué a Benjamín una metáfora de la terapia:

“La terapia ha sido como un entrenamiento, como los entrenamientos pokémon. Tú tienes muchos poderes que no sabías que tenías antes, como el jugar, la imaginación, la valentía, la independencia, la fortaleza y las ganas de hacer las cosas por ti mismo. Todos esos poderes los tenías dentro de ti (en el corazón, agrega Ben) y conforme hemos estado aquí has aprendido cómo usar tus poderes y hacerlos más fuertes. Esto te ha llevado a evolucionar (como los pokémon), a crecer y fortalecerte. Ahora creo que es hora de que sigas tu camino, encontrar más poderes por ti mismo y seguir entrenándote. Lo que viniste a entrenar y a encontrar aquí ya lo has encontrado, ahora lo encontrarás por ti mismo en lo que sigue de tu vida”.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

De acuerdo a lo antes expuesto, la fantasía es el guion por medio del cual, inconscientemente nos dirigimos y actuamos en nuestra vida. Estas fantasías se forjan a partir de preguntas existenciales que nos postulamos desde la niñez y van encontrando resonancia en los sucesos de la realidad. Por ejemplo, encontramos en los casos de Carla y de Benjamín, sus propias versiones e historias a partir de la pregunta ¿cómo nací? ¿de dónde vengo? Sus respuestas están ligadas a lo que han escuchado de sus propios padres o familiares, lo que han sentido, lo que recuerdan, los mensajes inconscientes que reciben y lo que el ambiente les corrobora.

Estas experiencias pueden ser ciertas o no, pero para el inconsciente son absolutas, ya que poseen realidad psíquica y se vuelven los cimientos de la estructura del sujeto y del cumplimiento de su deseo. Estas fantasías son fundamentales para la estructura por lo que se consideran normales y necesarias en la vida psíquica del sujeto.

Otra fantasía importante además de las citadas por Freud como fantasías originarias, es la propuesta por Dorothy Bloch al hablar de fantasías de infanticidio, las que se explican en los casos de Benjamín y de Carla.

En el caso de Carla, su madre habla de un intento real de infanticidio: el aborto sin éxito. En la entrevista comenta además, que es como si Carla supiera esta situación y siente el enojo de su hija como un reclamo. Es probable que su madre tuviera la razón, de manera inconsciente, debido a todos los mensajes y actuaciones que en su entorno se mantenían, Carla “sabía” que no había sido deseada y, la habían intentado “desaparecer”, como lo menciona en su propio sueño. Así, la fantasía encuentra un eco en la realidad y es momento de darle otro significado.

En el caso de Benjamín, encontramos una situación parecida, aunque la madre no intentó el aborto, no era un niño deseado y él significaba entonces una “muerte” para ella, la muerte de su juventud, de su vida profesional, de su vida independiente. Al sentir el enojo desmesurado ante él y la coincidencia de que justo nace débil, prematuro y debe pasar mucho tiempo en la incubadora, la madre teme su propia fantasía de matarlo y comienza a cuidarlo exageradamente (de ella misma), de tal forma que el niño no se siente capaz

de hacer nada por sí solo y crea la fantasía de morir ahogado: ahogado de una madre que no lo deja respirar, que no lo deja independizarse, que no lo deja dormir solo por el riesgo de que algo pueda dañarlo.

Vemos algunos puntos de coinciden entre ambos pacientes: Ninguno fue un niño deseado, ambas madres sintieron que perdían un momento importante de sus vidas, como si la maternidad les arrebatara su vida profesional, social, económica. Las dos sintieron una especie de muerte que proyectaron o hicieron responsable a su hijo. Los dos niños tuvieron problemas al nacer, lo que corroboraba la fantasía de las madres de omnipotencia, de haberlos dañado con el simple deseo, lo que las llenó de angustia y comenzaron a reparar de manera maniaca, privándolos de hacer cosas propias de un sano desarrollo y de fomentar la seguridad y la autoregulación. Así Carla es alimentada por pecho durante tres años, llevada a múltiples hospitales y recluida en su casa y Benjamín es catalogado como un niño débil, que no puede relacionarse más que con su madre, inseguro, con miedos al exterior y a los extraños.

En el juego, es evidente que cada uno expresa estas fantasías de infanticidio, a las que intentan elaborar y comprender. Es así que Carla recurre a la bruja, quien quiere desaparecer, mutilar y envenenar a los animales (la madre justamente es por medio de tés que intenta abortarla, además que guarda una especial relación con el pecho malo, persecutor), y por su parte Benjamín representa al ahogado, como un ser que no puede salir del sentimiento oceánico, del vientre de la madre y que pronto se fusionará con el agua para dejar de existir.

Desde la concepción kleiniana, interpretaríamos el juego de una forma diferente: aunque la fantasía al infanticidio se mantiene como lo hemos ya explicado, hay un componente extra que no pasa desapercibido. La angustia y el miedo del infanticidio es proporcional a los impulsos e instintos de muerte que alberga en cada uno de los niños. Este odio o enojo destructivo hacia los padres es un sentimiento muy difícil de elaborar ya que a temprana edad, la ambivalencia que se deposita en un mismo objeto, odio y amor, no puede ser comprendida, por lo que en un desesperado intento por salvar al objeto de amor, se proyecta hacia otros objetos o figuras atemorizantes. En el caso de Carla, hay una sesión muy esclarecedora para esta teoría. La niña toma la bruja y pide ser ella quien

le otorgue la voz. Maldice y enfrenta su propio enojo, sus pulsiones de muerte, mientras yo le permito que lo exprese conteniéndola. A partir de ahí, Carla comienza a integrarse a sí misma, a comprender que tanto eros como tanatos están presentes en ella y que es normal. Que puede desear la muerte a Miguel su compañero, a su madre o a su padre sin que esto traiga consecuencias garrafales, y al mismo tiempo amarlos y necesitar de su protección. Al integrarse, comienza a integrar también a su madre y es cuando en los siguientes juegos vemos que la bruja puede ser buena y mala a la vez, que tiene una razón por la cual estar enojada y así la bruja deviene un objeto humano, imperfecto, ambivalente.

Habría que hacer un énfasis en que los síntomas, tanto de Carla como de Benjamín, obedecían a sus fantasías de infanticidio, se perpetuaban por las dificultades ambientales y familiares de sus entornos. Algunas situaciones de riesgo eran la violencia intrafamiliar, ansiedad o psicopatología de la madre, el bajo nivel sociocultural y escolar de los padres, el asinamiento con la familia extensa, etc. Lo cual no brindaba un medio suficientemente bueno para el desarrollo óptimo de cada uno de los niños. Durante el tratamiento y las entrevistas con los padres, se daba orientación para poner límites precisos, fortalecer la comunicación, la autorregulación y evitar los enfrentamientos violentos con y enfrente de los hijos.

Otro aspecto importante de ambas madres, era su dificultad para soportar la angustia, la separación y las expresiones de enojo o celos que los niños experimentaban como parte normal del proceso del desarrollo. Es lógico pensar que al ver que mamá quien es adulto, grande y poderosa, teme la angustia o el odio de su propio hijo y reacciona de manera violenta, recíproca o ansiosa, es una angustia imposible de manejar, una angustia omnipotente y avasalladora. Tanto Benjamín como Carla experimentaban un miedo extremo al odio que pudieran sentir en contra de su madre, a la separación y, por ende, a su persecución.

Vemos como Benjamín se irritaba cuando yo limitaba su colecho con la madre, o la ocasión en que intentó hacer su tarea solo, y su madre reacciona amenazando con irse y no volver a ayudarlo más. Advertimos también las peleas de Carla con su madre, “como si fueran dos niñas” o la amenaza de abandonarla o morir que recibió cuando escribió

“mamá, muérete”. Soportando estas descargas se muestra a los hijos que los padres pueden controlar ese odio y así, se proporciona al niño la atmósfera de tolerancia en la que puede prosperar el autocontrol (Bowlby, 1986).

Apaciguar la angustia y soportar los impulsos agresivos fue uno de los aspectos más importantes durante el tratamiento con Carla y Benjamín. Los dos, cada uno a su manera, hacían desplantes de enojo y frustración hacia mí, jugaron a atacarme y a maldecirme, a destruir sus objetos internos, a rechazar, a burlarse. Por medio de la interpretación y los señalamientos se pudo dar un sentido, una palabra, a aquello que repetidamente representaban.

Como se postuló en el planteamiento del problema, las características de la población que acude a consulta al centro comunitario donde se atendieron los casos de Carla y Benjamín, son que las dinámicas de violencia entre las familias así como factores de riesgo en su medio ambiente se encuentran de manera frecuente. Podríamos explicar entonces, que aunque las fantasías de infanticidio se presentan de manera común en los niños, los factores externos –familiares y ambientales- influyen para que éstas se mantengan y causen problemáticas o síntomas, que a su vez, se perpetúan en las relaciones incluso por generaciones.

Por ello, la intervención psicoterapéutica, concretamente la de juego, busca darle al niño un espacio para elaborar y relacionarse de una manera distinta, previniendo la repetición de patrones y de factores de riesgo que esta población está inmersa.

El juego, desde una perspectiva winnicottiana, es un espacio transicional, en donde el niño utiliza al terapeuta para destruirlo y reconstruirlo, experimenta con la relación aquello que no puede experimentar con sus objetos reales, el “como si” lo protege de las consecuencias de la angustia, la culpa o la severidad superyoica, mientras se encuentra en un espacio seguro, que contiene.

Por ejemplo, Benjamín, desde un aspecto que pareciera insignificante como jugar con agua en el consultorio, cosa que no se consentía en casa, se permitía explorar las sensaciones y propiedades del líquido. En su juego del ahogado, demostraba y expresaba aquello que le angustiaba de sus fantasías. En el trabajo de diferenciación,

como cuando le explicaba que yo no podía pensar lo mismo que él, o que yo no había estado presente viendo las películas, no solo se diferenciaba de mí, sino que de todos sus objetos, entre ellos la madre, a quien la separación angustiaba de tal forma que mantenía a su hijo simbiotizado, ahogado por ella. Mediante el juego y las interpretaciones, Benjamín fue encontrando su individualización exponiéndola directamente en el juego del ahogado, quien emergía del agua con dificultades, pero emergía al final de cuentas.

En el caso de Carla, con la expresión de la agresividad mediante la bruja, y la contraparte de los animales, no menos violenta, encontró un medio para canalizar su enojo y frustración. Recuerdo que las primeras veces en que representaba grandes montos de agresión me miraba como si yo fuera a reaccionar de la misma manera o con mayor dosis. Al permitir y aceptar este tipo de expresión, con la condición desde el encuadre de que no podía hacerme o hacerse daño, le demostraba que su enojo no destruiría a nadie, que era controlable y tampoco atroz como ella pensaba. Además, el objeto se mantenía estable, sin amenazas de abandono, de golpes o de muerte. Así le demostraba otra forma de relacionarse con sus objetos y de integrarse a ella misma como una persona con emociones e instintos tanto eros como tanatos. Al integrarse Carla, pudo entonces hacerlo con la bruja con su parte buena y su parte mala, al mismo tiempo que lo hacía a su madre.

Por otra parte, el trabajo con las madres fue un elemento de gran importancia durante el tratamiento. Ambas comenzaron a hacer grandes cambios que les ocasionaron enfrentamientos con sus propias fantasías y psiquismo. Las dos se involucraron en su propia terapia lo que permitió que los niños empezaran a readaptar sus entornos y mejorar la relación con ellas. Fue así que Benjamín se mudó a un cuarto propio, se bañaba solo y pidió entrar a clases de natación, y Carla encontró en su madre no solo regaños y castigos, sino una compañera de juegos lo que incrementó su seguridad y autoestima, que derivó en un mejor desempeño social y escolar.

Cabe destacar que durante estos procesos, al trabajar con fantasías de infanticidio, impulsos agresivos, rechazo, violencia y culpa, es de vital importancia la asesoría y el proceso de análisis del terapeuta, ya que se ponen en juego las propias fantasías, se

movilizan angustias y miedos infantiles, además de que la transferencia está cargada de emociones fuertes y arcaicas. La contratransferencia es elemental para la interpretación y la comprensión de lo que tratan de explicar y expresar los niños, pero se requiere de su frecuente análisis para no actuar o detener el proceso.

Por lo tanto, con la hipótesis de que el trabajo en psicoterapia de juego con las fantasías de infanticidio permite a los niños elaborar la relación conflictiva con los padres se considera cierta al comprobar la mejoría de Carla como Benjamín en sus relaciones familiares y sociales, la disminución de angustia, de síntomas y la posibilidad de comprender e integrar sus objetos.

Ambos casos representaron un sinnúmero de aprendizajes para mi formación como terapeuta infantil, el compromiso con el tratamiento involucró horas de lectura, de discusión, orientación y de trabajo en mi propio espacio analítico en el proceso de comprender mi historia, angustias y fantasías. Los niños y yo, a la par, fuimos desenmascarando e integrando nuestros objetos buenos y malos. Los niños y yo, a la par, fuimos creciendo.

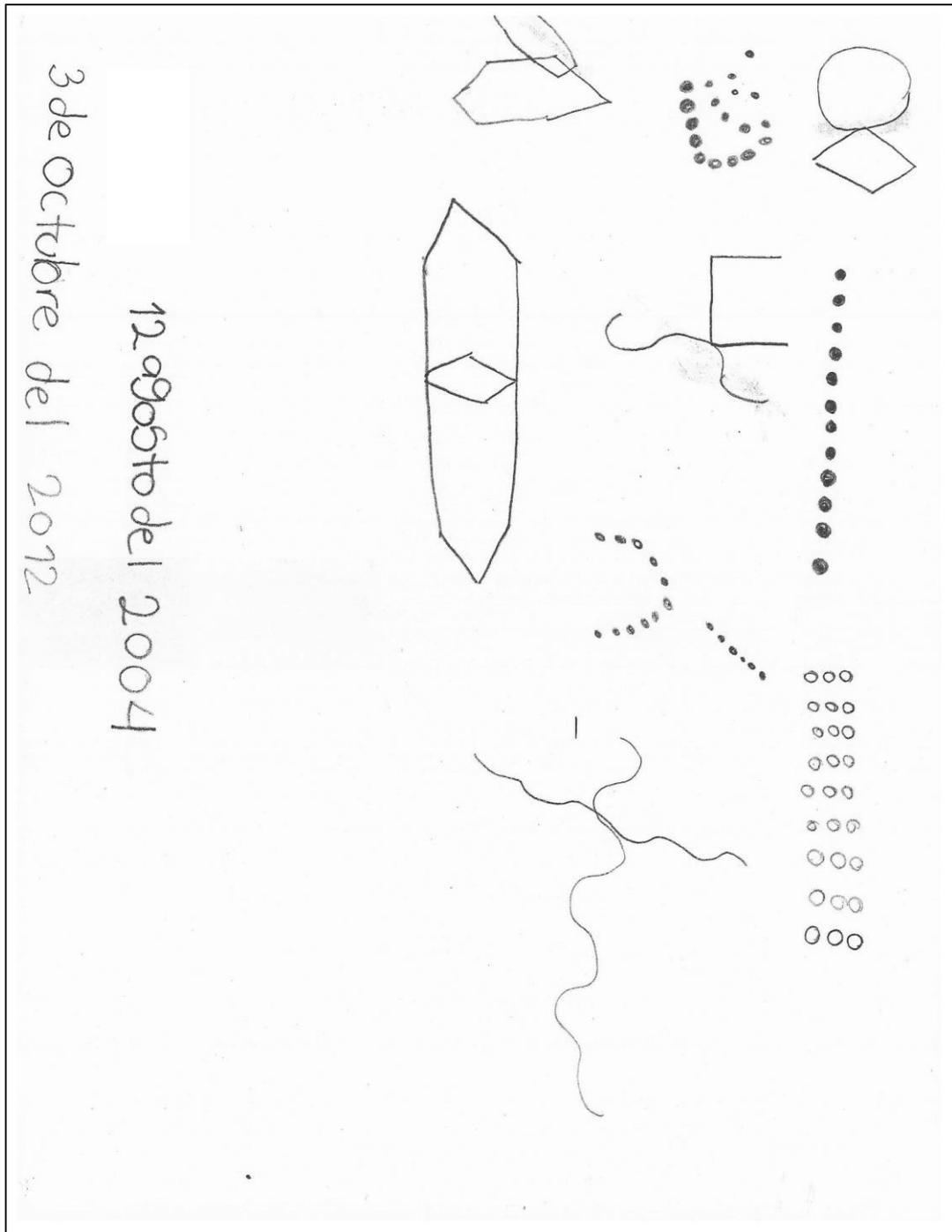
La Residencia en psicoterapia infantil de la Maestría en Psicología me otorgó bases teóricas e históricas, una metodología, la oportunidad de llevar a la práctica mis aprendizajes, supervisión y orientación de los casos, una vasta literatura y muchas respuestas y es algo con lo que estoy sumamente agradecida. Pero, doy las gracias aún más por todas las preguntas que provocaron en mí mis maestros y compañeros, de promover las discusiones, las lecturas, las hipótesis, la eterna búsqueda y el disfrute de la investigación.

LIMITACIONES

Algunas de las limitaciones en el presente trabajo fueron:

- La falta de compromiso o interés de los padres. En los dos casos, los padres no acudieron a las entrevistas ni a las sesiones aunque se les invitó e informó de la importancia de su presencia. Esto pudo dificultar o aminorar la mejoría de los niños, e incluso entorpecer el proceso terapéutico. Cabe destacar que debido a las condiciones socioculturales de la población, esto pudo deberse a que ambos padres eran los proveedores principales de la familia, por lo que no contaban con horarios flexibles de trabajo, aunque también podrían estar involucradas ciertas creencias machistas en que las mujeres son las responsables de la educación y cuestiones referentes a los niños, o por estigmatización de la profesión del psicólogo y de sus propias resistencias y miedos.
- Las resistencias al cambio y a la terapia de las madres, quienes cancelaban las sesiones, ocultaban información o saboteaban el tratamiento. Esto fue disminuyendo al paso del tiempo y de la demanda de ambas hacia su propia terapia.
- El tiempo del tratamiento se limitó a la duración de los estudios en la Residencia en Psicoterapia Infantil, por lo que quedaron algunos temas y problemáticas a trabajar.
- Los factores de riesgo propios de la población, que si bien fueron una variable en el presente trabajo, mantienen y perpetúan muchas de las sintomatologías e influían en el tratamiento y bienestar de los niños.

ANEXOS



Anexo A
Test gestáltico visomotor de Laretta Bender

WISC-IV

Escala Wechsler de Inteligencia para Niños-IV

Nombre del niño: _____

Examinador: _____

Estimación de la edad del niño

	Año	Mes	Día
Fecha de evaluación	2012	11	07
Fecha de nacimiento	2004	08	12
Edad a la evaluación	8	2	25

Conversiones de puntuación natural total a puntuación escalar

Subprueba	Puntuación natural	Puntuaciones escalares														
		SE	VB	CM	(IN)	(PC)	DC	CD	MT	(FI)	RD	NL	(AR)	CL	BS	(RG)
Diseño con cubos	26	12														12
Semejanzas	8	6	6													6
Retención de dígitos	12	9								9						9
Conceptos con dibujos	15	12								12						12
Claves	24	7													7	7
Vocabulario	19	8	8													8
Sucesión de números y letras	10	8								8						8
Matrices	15	10								10						10
Comprensión	15	10	10													10
Búsqueda de símbolos	17	11													11	11
(Figuras incompletas)	29	17								(17)						
(Registros)	34	6													6	6
(Información)	16	13								(13)						
(Aritmética)	14	8													8	8
Palabras en contexto (Pistas)	9	8								(8)						
Suma de puntuaciones escalares		24	34	17	18	93										

*Para puntuación escalar de subpruebas, véase tabla C1, Manual de aplicación

	Todas las 10 subpruebas*	3 de Comprensión verbal	3 de Razonamiento perceptual
Suma de puntuaciones escalares	93	24	34
Número de subpruebas	+10	+3	+3
Puntuación media	9.3	8	11.3

* La media total se calcula a partir de las 10 subpruebas esenciales.

Cálculo de puntuaciones índice

Escala	Suma de puntuaciones escalares	Índice compuesto	Rango percentil	Intervalo de confianza de 95 %
Comprensión verbal	24	89	23	83-96
Razonamiento perceptual	34	108	70	100-115
Memoria de trabajo	17	91	27	84-99
Velocidad de procesamiento	18	94	34	86-104
Escala Total	93	94	34	89-101

* Véase tablas de la A-2 a la A-4, Manual de aplicación

Manual Moderno
D.R. © 2005 (Estandarización)
Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.
Av. Sonora 206, Col. Hipódromo, 06100 México, D.F.

** Traducido y adaptado con permiso. Copyright © 2003 por The Psychological Corporation, U.S.A. Traducción al Español copyright © 2005 por The Psychological Corporation, U.S.A. Elementos originales en Español Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V., México. Todos los derechos reservados.

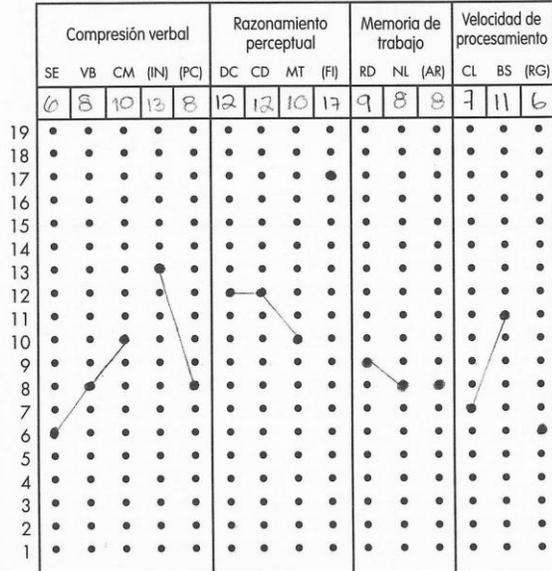
Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada en sistema alguno de tarjetas perforadas o transmitida por otro medio —electrónico, mecánico, fotocopiador, registrador, etcétera— sin permiso previo por escrito de la Editorial.

ISBN 970-729-262-8 (Protocolo de registro)
ISBN 970-729-261-1 (Diseño acumulado)

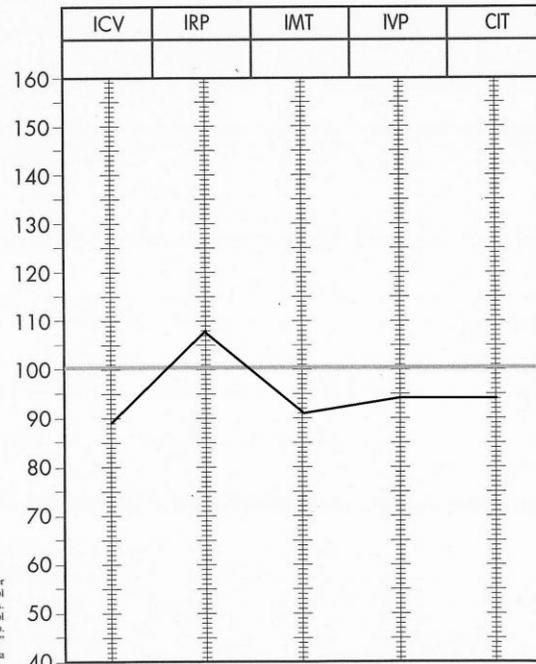
MP
75-3

Protocolo de registro

Perfil de puntuaciones escalares de subprueba

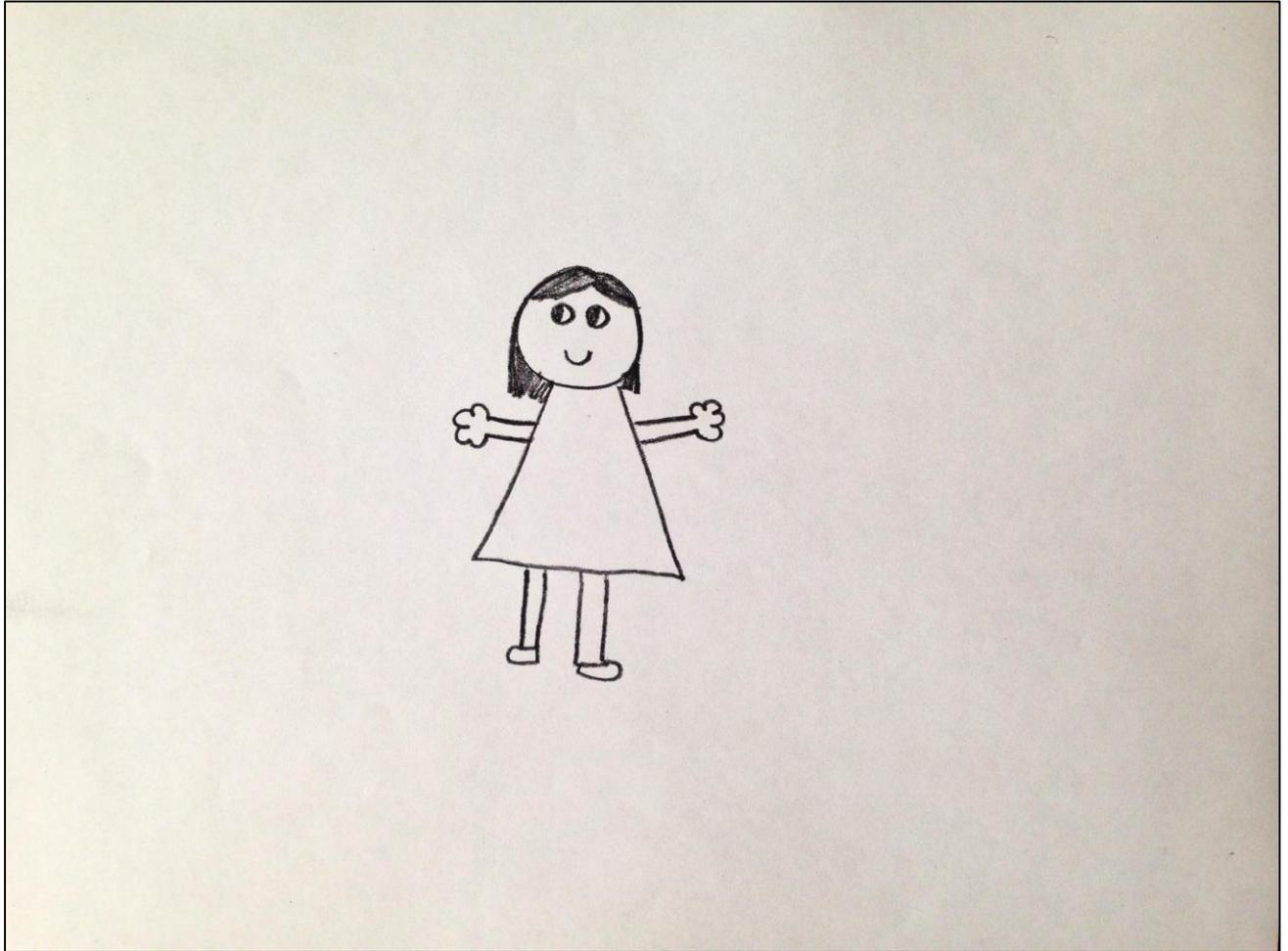


Perfil de puntuaciones compuestas



Anexo B

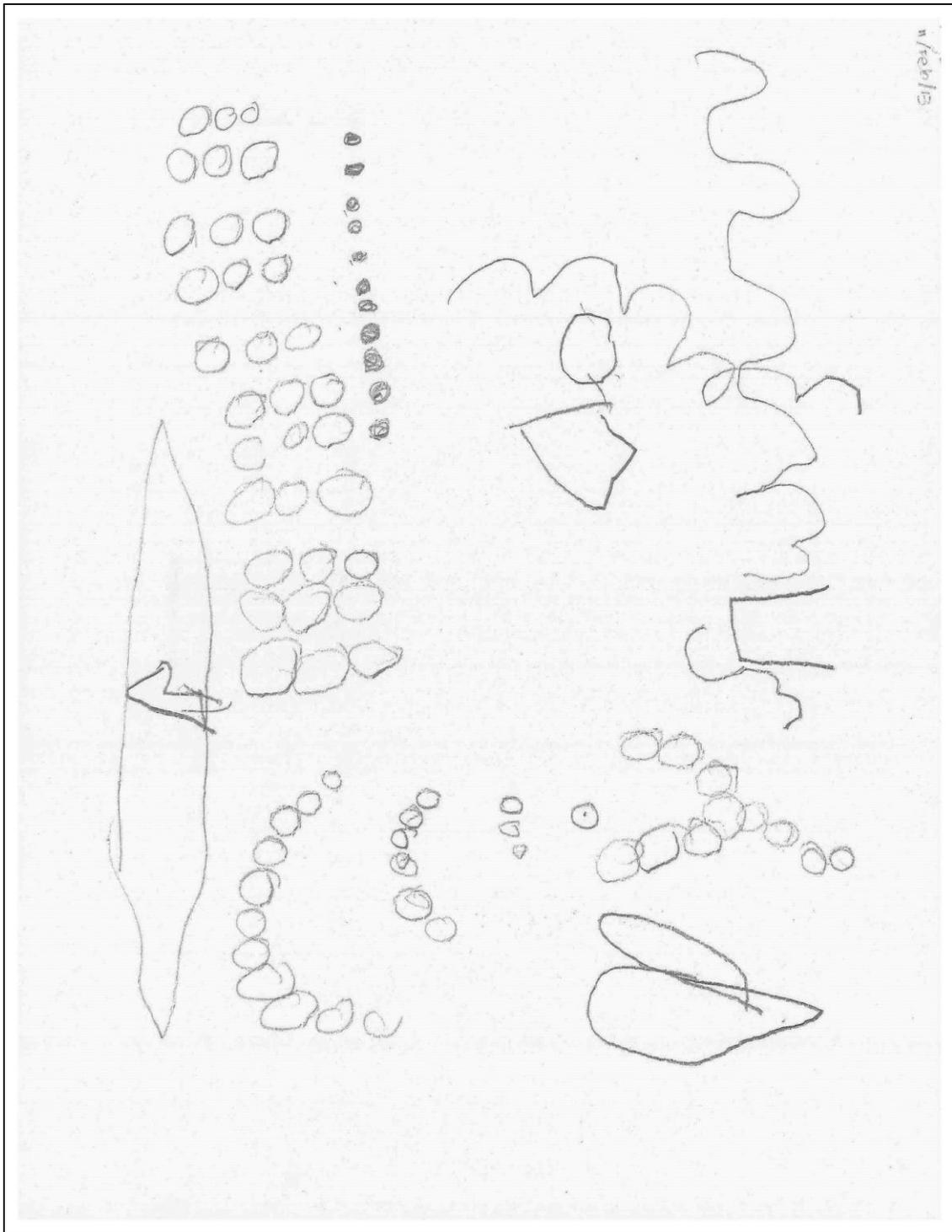
WISC-IV, Escala Wechsler de inteligencia para niños



Anexo C
Dibujo de la Figura Humana

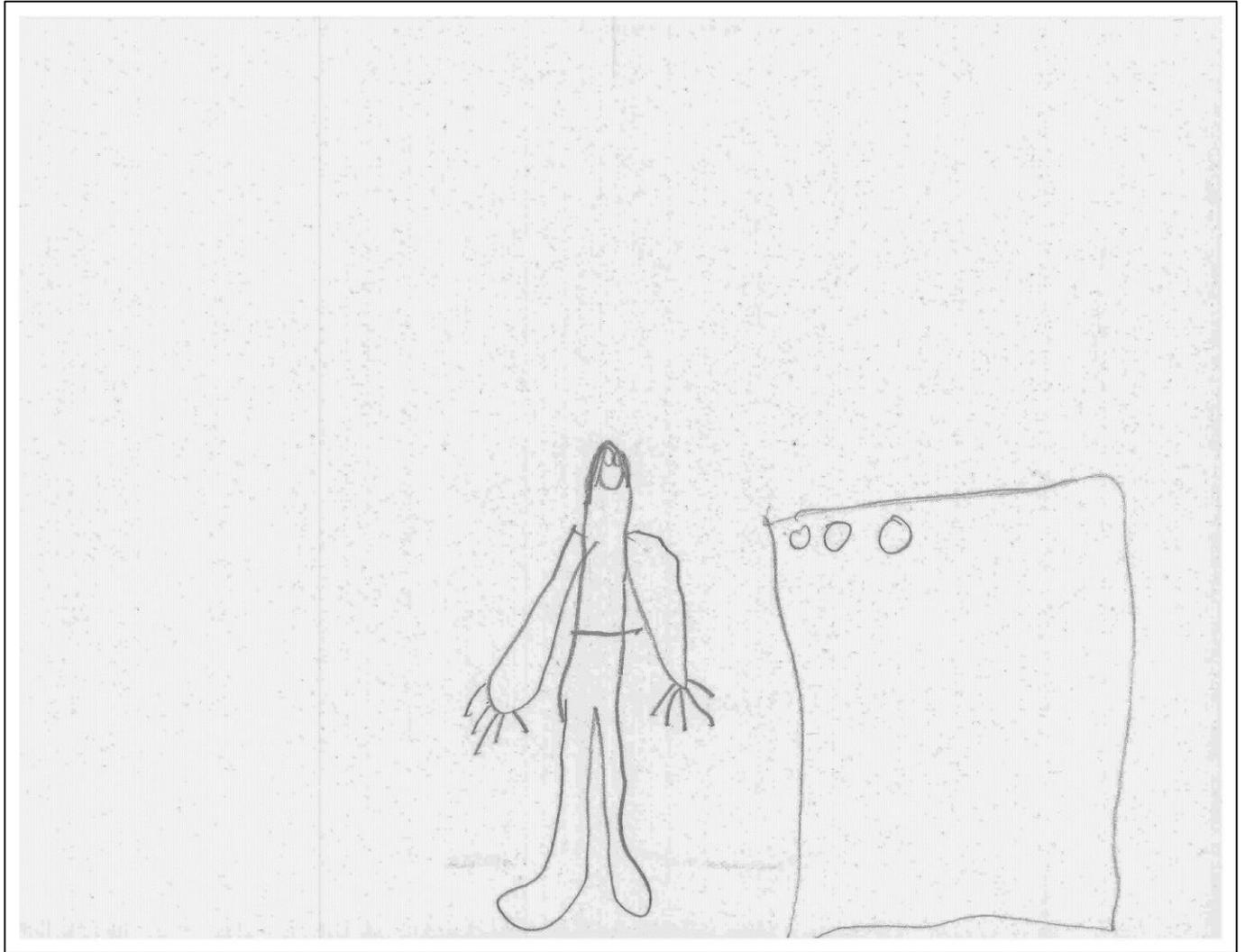


Anexo D
Dibujo de Carla y su mamá con lentes

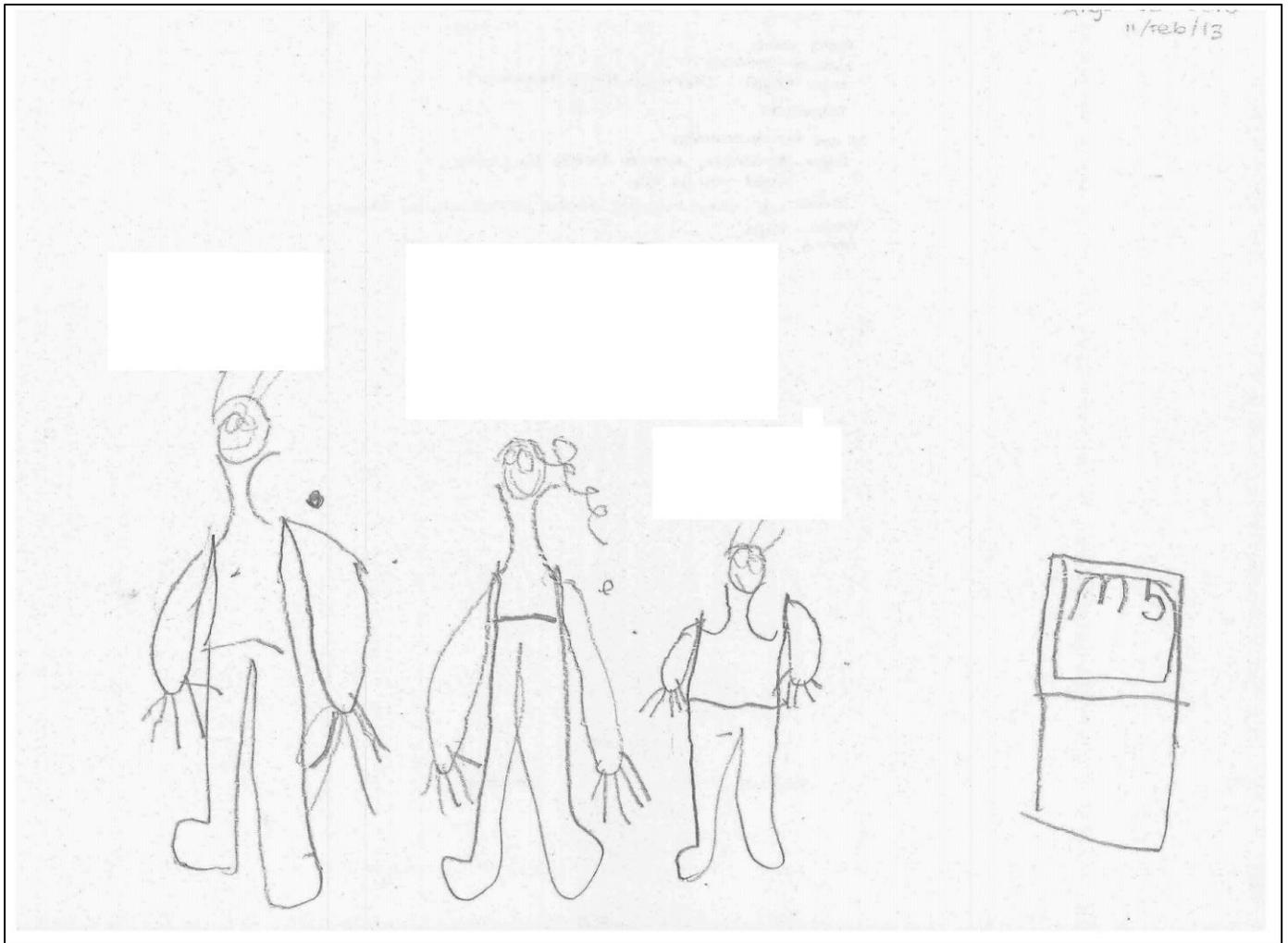


m/febr/15

Anexo E
Test gestáltico visomotor de Laretta Bender



Anexo F
Dibujo de la Figura Humana



Anexo G
Dibujo de la Familia en la práctica médico pedagógica



Anexo H
Ahogado 1



Anexo I
Ahogado 2

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anzieu, A. (2001b). La función del cuerpo. En A. Anzieu, S. Daymas, & C. Anzieu-Premmereur, *El juego en la psicoterapia del niño* (págs. 125-143). París: Biblioteca Nueva.
- Anzieu, A. (2001a). La técnica psicoanalítica con el niño. En A. Anzieu, S. Daymas, & C. Anzieu-Premmereur, *El juego en psicoterapia del niño* (págs. 29-53). París: Biblioteca Nueva.
- Anzieu, A., & Daymas, S. (2001b). El juego en psicoterapia en periodo de latencia y adolescencia. En A. Anzieu, C. Anzieu-Premmereur, & S. Daymas, *El juego en la psicoterapia del niño* (págs. 109-124). París: Biblioteca Nueva.
- Anzieu, A., & Daymas, S. (2001a). Introducción. En A. Anzieu, S. Daymas, & C. Anzieu-Premmereur, *El juego en psicoterapia del niño* (págs. 19-28). París: Biblioteca Nueva.
- Aulagnier, P. (1991). *Cuerpo, Historia, Interpretación. De lo originario al proyecto identificador*. Buenos Aires: Paidós Psicología Profunda.
- Axline, V. (1975). *Terapia de juego*. México: Diana.
- Balint, M. (1982). *La falta básica. Aspectos terapéuticos de la regresión*. Buenos Aires: Paidós, Psicología Profunda.
- Bellak, L. (1990). *T.A.T, C.A.T. Y S.A.T. Uso clínico*. México: Manual Moderno.
- Bender, L. (1974). *Test Gestáltico Visomotor*. Buenos Aires: Paidós.
- Bergeret, J. (1990). Los estados límites 20 años después, entrevista por Dominique Wintrebert. Rev. Vertex. Vol. 1- No 1. Buenos Aires. . En D. Bloch, *Para que la bruja no me coma. Fantasía y miedo de los niños al infanticidio*. México, D.F.: Siglo XXI.
- Bettelheim, B. (2010). *Psicoanálisis de los cuentos de hadas*. Barcelona: Crítica.
- Bion, W. (1978). *Seminarios de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Bleichmar, H. (1997). *Avances en psicoterapia psicoanalítica: Hacia una técnica de intervenciones específicas*. Buenos Aires: Paidós.
- Bleichmar, S. (2000). *Clínica psicoanalítica y neogénesis*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bleichmar, S. (2008). *En los orígenes del sujeto psíquico: del mito a la historia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bloch, D. (1985). *Para que la bruja no me coma. Fantasía y miedo de los niños al infanticidio*. México, D.F.: Siglo XXI.
- Bowlby, J. (1954). *Los cuidados maternos y la salud mental*. Washington: Oficina sanitaria panamericana.

- Bowlby, J. (1986). *Vínculos Afectivos. Formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Morata.
- Dio Bleichmar, E. (2007). *Manual de Psicoterapia de la relación padres e hijos*. Buenos Aires: Paidós.
- Dolto, F. (2001). *Psicoanálisis y Pediatría*. México, D.F.: Siglo XXI.
- Freud, A. (1973). *El yo y los mecanismos de defensa*. Buenos Aires: Paidós.
- Freud, A. (1987). *El Psicoanálisis infantil y la clínica*. Buenos Aires: Paidós.
- Freud, S. (1984). Duelo y Melancolía. En S. Freud, *Obras Completas de Sigmund Freud, Tomo XIV* (págs. 235-256). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1991a). 23° Conferencia: Los caminos de la formación de síntoma. En S. Freud, *Obras Completas Sigmund Freud Tomo XVI* (págs. 323-344). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1917).
- Freud, S. (1991c). Conferencias de Introducción al psicoanálisis. En S. Freud, *Obras Completas Sigmund Freud Tomo XV*. Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1915-1916).
- Freud, S. (1991b). La interpretación de los sueños. En S. Freud, *Obras Completas Sigmund Freud Tomo IV y Tomo V*. Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1900).
- Freud, S. (1992a). Análisis de la fobia de un niño de cinco años (el pequeño Hans). En S. Freud, *Obras Completas Sigmund Freud Tomo X* (págs. 01-119). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1909).
- Freud, S. (1992c). Carta 69. En S. Freud, *Obras Completas Sigmund Freud Tomo I* (págs. 301-302). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1897).
- Freud, S. (1992e). Cinco conferencias sobre psicoanálisis. En S. Freud, *Obras Completas Sigmund Freud Tomo XI* (págs. 01-53). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1910)
- Freud, S. (1992d). El creador literario y el fantaseo. En S. Freud, *Obras Completas Sigmund Freud Tomo IX* (págs. 123-137). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1908)
- Freud, S. (1992f). Lo ominoso. En S. Freud, *Obras Completas Sigmund Freud Tomo XVII* (págs. 215-253). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1919).
- Freud, S. (1992b). Más allá del principio de placer. En S. Freud, *Obras Completas Sigmund Freud Tomo XVIII*. Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1920).
- Frostig, M. (1993). *Figuras y Formas. Guía del maestro. Programa para el desarrollo de la percepción visual*. México: Médica Panamericana.
- Green, A. (2012). *Narcisismo de vida, narcisismo de muerte*. Buenos Aires: Paidós.

- Heredia, M. C. (2013). Sociedad y Psicopatología. En E. Lucio Gómez-Maqueo, & M. Heredia Y Ancona, *Psicopatología: Riesgo y Tratamiento de los problemas infantiles* (págs. 27-47). México, DF: Manual Moderno.
- Hornstein, L. (1991). Piera Aulagnier: sus cuestiones fundamentales. En L. Hornstein, P. Aulagnier, M. Pelento, A. Green, M. Rother de Hornstein, H. Bianchi, . . . E. Bosoer, *Cuerpo, historia, interpretación. Piera Aulagnier de lo originario al proyecto identificador*. Buenos Aires: Paidós.
- Isaacs, S. (1988). Naturaleza y Función de la Fantasía. En M. Klein, *Obras Completas de Melanie Klein 3*. Buenos Aires: Paidós.
- Klein, M. (1988a). La técnica psicoanalítica del juego: su historia y significado . En M. Klein, *Envidia y Gratitud, Obras Completas Melanie Klein 3* (págs. 129-146). Buenos Aires: Paidós.
- Klein, M. (1988b). Notas sobre algunos mecanismos esquizoides . En M. Klein, *Envidia y Gratitud, Obras Completas Melanie Klein 3* (págs. 10-33). Buenos Aires: Paidós.
- Klein, M. (2008). El psicoanálisis de niños (2). En M. Klein, *Obras Completas de Melanie Klein*. Buenos Aires: Paidós.
- Knell, S. (1995). *Cognitive- behavioral play therapy*. Oxford: Jason Aronson Book.
- Koppitz, E. (1980). *El test Gestáltico visomotor para niños*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Guadalupe.
- Koppitz, E. (1984). *El dibujo de la figura humana en los niños*. México: Guadalupe.
- Korbman, R. (1984). *El dibujo de la familia como instrumento detector del conflicto familiar en niños. Tesis de Doctorado en Psicología*. México: UNAM.
- Lacan, J. (2009). *Escritos*. México, D.F.: Siglo XXI.
- Landreth, G. (2012). *Play therapy: the art of the relationship*. New York: Routledge.
- Laplanche, J. (1989). La pulsión de muerte en la teoría de la pulsión sexual. En A. Green, *La pulsión de muerte* (págs. 15-34). Buenos Aires: Amorrortu.
- Laplanche, J., & Pontalis, J. (2006). *Fantasía Originaria, Fantasía de los Orígenes, orígenes de la fantasía*. Barcelona: Gedisa.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (1996). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Levy, A. J. (2012). Enfoque psicoanalítico de la terapia de juego. En C. Schaefer, *Fundamentos de la terapia de juego* (págs. 41-58). México, D.F.: Manual Moderno.
- Linares, J. L. (2006). *Las formas del abuso*. Barcelona: Paidós.
- Lucio, E. (2013). Psicopatología Infantil. En E. Lucio Gómez-Maqueo, & M. Heredia y Ancona, *Psicopatología: Riesgo y Tratamiento de los problemas de la infancia* (págs. 1-25). México, D.F.: Manual Moderno.

- Machover, K. (1960). *Los dibujos de la Figura humana en los niños*. México: Manual Moderno.
- Machover, K. (1960). *Los dibujos de la Figura Humana en los niños*. México: Manual Moderno.
- Macías, G. (1994). *Introducción al desarrollo infantil. Génesis y estructura de las funciones mentales*. México, D.F: Trillas.
- Mannoni, M. (1997). *El niño y su "enfermedad" y los otros*. Buenos Aires: Ediciones nueva visión.
- Morel, G. (2008). *La loi de la mère: Essai sur le sinthome sexuel*. Paris: Economica.
- Oaklander, V. (2009). *El tesoro escondido. La vida interior de niños y adolescentes: terapia infanto-juvenil*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- Oaklander, V. (2010). *Ventanas a nuestros niños*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- Organización Mundial de la Salud, O. (2010). *Intervenir en salud mental*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.
- Schaefer, C. (2012). *Fundamentos de terapia de juego*. México: Manual Moderno.
- Schaefer, C., & Blundon Nash, J. (2012). Terapia de juego: Prácticas y conceptos básicos. En C. Schaefer, *Fundamentos de la terapia de juego* (págs. 3-13). México, D.F.: Manual Moderno.
- Salud, S. d. (2013). Programa de Acción: Salud Mental, México, 2001. ISBN 968-811-994-6. En M. Lucio, & M. Heredia, *Psicopatología. Riesgo y tratamiento de los problemas infantiles*. México, D.F.: Manual Moderno.
- Segal, H. (1977). *Introducción a la obra de Melanie Klein*. Buenos Aires: Paidós Psicología Profunda.
- Segal, H. (1989). De utilidad clínica del concepto de instinto de muerte. En A. Green, *La pulsión de muerte* (págs. 35-49). Buenos Aires: Amorrortu.
- UNICEF. (2010). *Informe Nacional sobre la violencia y la salud*. Obtenido de http://www.unicef.org/mexico/spanish/proteccion_6932.htm.
- Wechsler, D. (2007). *Manual WISC-IV Español*. México: Manual Moderno.
- Winnicott, D. (2011). *Realidad y Juego*. Barcelona: Gedisa.