

**IUSAM – INSTITUTO UNIVERSITARIO DE SALUD
MENTAL**

**CARRERA DE ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA DE
NIÑOS Y ADOLESCENTES**

TRABAJO DE INTEGRACIÓN FINAL

“Acerca de la encopresis como síntoma principal a raíz del
tratamiento de un niño”

Alumna: Lic. Olivia Ortellado

Directora: Dra. María del Rosario Sanchez Grillo

Año 2019

INDICE

1. Introducción.....	4
2. Marco teórico.....	5
2.1 Estado del arte.....	6
3. Presentación del caso Andrés.....	8
3.1 Entrevista con la madre.....	8
3.2 Definición teórica de encopresis.....	10
4. Primeros encuentros.....	12
4.1 Entrevistas diagnósticas con Andrés.....	12
4.2 Comentarios teóricos (Bion, Aberastury, Meltzer).....	12
4.3 Psicodiagnóstico: técnicas proyectivas administradas.....	16
4.4 Comentarios teóricos (Doltó, Rodolfo, Aberastury).....	17
5. El tratamiento: Horas de juego.....	21
5.1 Desarrollo de las sesiones.....	21
5.2 Comentarios teóricos (Lieberman, Freud, Winnicott, Klein).....	23
6. Interconsultas con pediatría y gastroenterología.....	27
6.1 Comentarios teóricos (Lacan).....	28
7. Entrevista con la madre.....	30
8. Fin de tratamiento.....	31
9. Conclusiones.....	32
10. Anexos.....	34
10.1 Dibujo libre de inicio.....	34
10.2 Familia Kinética.....	35

10.3 Dibujo Persona Humana DFH.....	36
11. Referencias bibliográficas.....	37

1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo surge a partir de la solicitud de espacio terapéutico y posterior tratamiento de un paciente de 12 años con encopresis, síntoma que remitía sólo parcialmente luego de distintos tratamientos terapéuticos.

Con el desarrollo de su tratamiento y la importancia del mismo en mi experiencia clínica, es que surge la necesidad de poder transmitir, a través de la exposición de sesiones y momentos del proceso analítico sostenido, las hipótesis pensadas, su relación con las teorías psicoanalíticas y las conclusiones a las que pude arribar. El tratamiento se desarrolló en una pequeña ciudad de la provincia de Entre Ríos, República Argentina.

Considero que es de interés para este Trabajo de Integración Final poder diferenciar y reconocer la singularidad, la determinación inconsciente de su elección y los conflictos que se revelan en el síntoma así como la significación particular que el niño le da al mismo, su vínculo con las teorías sexuales infantiles y desarrollo evolutivo de la libido. Para tal fin, se expondrán breves recortes de sesiones, conceptos relacionados con el caso clínico expuesto, momentos importantes del tratamiento y la correspondiente articulación teórica con los autores consultados con el objetivo de vislumbrar la conflictiva aparejada en dicho síntoma.

Existe acotada bibliografía respecto al tema a desarrollar, esto es: encopresis en niños que están dejando atrás el período de latencia e iniciando su pubertad. Asimismo, ante la aparición de este síntoma en varios pacientes de la misma franja etaria, han surgido otros interrogantes, a saber: ¿qué ha causado la elección de este síntoma? ¿Qué similitudes se presentan en los casos en que la encopresis es el síntoma principal? Y por el contrario ¿cuáles son las diferencias?

Como consecuencia de la exposición de esta experiencia, es de esperar que surjan nuevas hipótesis e investigaciones a desarrollar a futuro, de modo que la presente articulación teórico-clínica tiene un objetivo nuevo, que es ser base propiciatoria para estudios posteriores.

2. MARCO TEORICO

Como base inicial del presente trabajo tendré en consideración lo postulado por Sigmund Freud acerca de etapas libidinales, pulsiones parciales, fijaciones, erotismo anal y vías de formación de síntomas.

Freud considera a la libido como la energía que motoriza al aparato psíquico, es originada desde el cuerpo y busca su satisfacción, en su desarrollo va transitando por distintas etapas, a saber: oral, anal, uretral, fálica, donde las pulsiones son parciales y encuentran su complacencia e intensidad independientes unas de otras; en este recorrido se van produciendo puntos de fijación y establecimiento de zonas erógenas que van mutando de acuerdo a la evolución de dichas etapas libidinales. De modo que en la formación de síntomas, compromiso entre el deseo y la defensa, se produce una regresión de la libido a etapas anteriores donde se produjeron fijaciones por exceso o carencia de satisfacción. Así es que a través de un síntoma, mientras se satisface también se censura al deseo y esto es lo que permite que sea sostenido por ambas partes y tan difícil su disolución. (Freud S., 1916-17)

También consideraré aportes de otros autores psicoanalíticos: en relación a imagen inconsciente del cuerpo se tomará a Françoise Doltó, los aportes de Donald Meltzer respecto al proceso psicoanalítico y la confusión de zonas y la importancia del espacio transicional que propicia la regresión en el trabajo psicoanalítico que propone Donald Winnicott.

De acuerdo a lo propuesto por Françoise Doltó, tendremos en cuenta su aporte relacionado con la imagen inconsciente del cuerpo quien considera que el esquema corporal no es la imagen del cuerpo. Siendo el esquema corporal una realidad de hecho y el contacto con el mundo físico, como representantes de la especie e intérprete activo o pasivo de la imagen del cuerpo mientras que la imagen inconsciente del cuerpo está ligada al sujeto y a su historia, síntesis viva de nuestras experiencias emocionales y memoria de toda la vivencia relacional. (Doltó, 1984)

De Meltzer se tomará como referencia el proceso psicoanalítico, conceptos y aporte de recolección de la transferencia, las confusiones geográficas y zonales en torno a esta zona, teniendo en cuenta la valoración que el niño hace de sus productos fecales, los hábitos y fantasías en torno a ella. (Meltzer, 1967)

Winnicott da importancia al ambiente, proponiéndolo como facilitador para que el crecimiento y desarrollo se den dentro de una armonía, así es como la preocupación maternal funciona como un yo auxiliar para que el niño pueda integrar los estímulos internos y externos, representaciones de sí mismo y de los demás. En caso de no contar con una contención adecuada, se percibe como una falla ambiental y las reacciones serán respuestas al ambiente que es vivido como amenazador y peligroso. También se considerarán los aportes que postulan al espacio transicional como propiciador del desarrollo de la transferencia y posibilidad de trabajar de forma terapéutica con el niño, así como la emergencia de las condiciones que propicien la regresión para poder descongelar las situaciones de fracaso acontecidas en el desarrollo del niño. (Winnicott, 1958)

2.1 ESTADO DEL ARTE

La investigación bibliográfica hasta la fecha nos muestra que existen trabajos previos acerca de esta temática a trabajar, Laguna Lamas (2009) en su tesis de maestría relaciona la encopresis con la función paterna y para ello ubica los aportes de Freud, Lacan y Klein. Es de importancia el estudio de las etapas de evolución de la libido, además expone y describe dos casos clínicos de su quehacer como analista.

Mario Oстера (1983) en su artículo “El amigo invisible” expone un caso clínico y menciona las fijaciones orales, anales, que acompañan el síntoma de su paciente de 11 años.

En el Congreso Virtual de Psiquiatría (2009) se comentan y estudian las causas que podrían llevar a provocar un fallo en el control de esfínteres, a saber: tensión emocional, situaciones de estrés agudo, producto de conductas desafiantes u opositoras, abuso sexual, violencia entre otras.

En su escrito “Algunos mecanismos psicóticos en la encopresis”, el Dr. Oelsner (1983) manifiesta diferentes posibilidades en la expresión de este síntoma y, no sólo necesariamente, indicador de psicosis ni constituye una patología por sí mismo. Siendo un síntoma relacionado con lo pulsional y la agresividad, en algunos casos puede expresar una regresión anal como defensa, en otros casos indicios de rebeldía infantil hacia padres autoritarios, como consecuencia de retención forzada y se relaciona con mecanismos obsesivos de control de la agresión y pérdida de objetos valiosos.

Un estudio realizado por los Dres. Almonte, Rona, Perez y Sepulveda expone sobre los factores ambientales que coadyuvan al advenimiento y sostenimiento del síntoma en estos niños, enumerando los siguientes: falta de entrenamiento o entrenamiento excesivo en el control de esfínteres; sobreestimulación a la que el niño responde de manera oposicionista y desafiante hacia los padres; como respuesta psicológica a las tensiones ambientales.

3. PRESENTACION DEL CASO ANDRÉS

El paciente sobre el que basaré el presente trabajo es un niño de 12 años que, al momento de la consulta, presenta encopresis con estreñimiento e incontinencia por rebosamiento, con varios tratamientos intentados anteriormente que no llegaron a un resultado satisfactorio. También aparecen como motivos de consulta secundarios a trabajar: aislamiento, timidez y dificultades en la separación con su madre.

3.1 ENTREVISTA CON LA MADRE (Mayo 2015)

Concerté una primera entrevista con la madre para conocer la historia de Andrés, en la misma relata que la encopresis sucede desde hace mucho tiempo, que no logró el control de esfínteres por completo desde pequeño y que hubo periodos en que pudo controlarlo mediante tratamientos psicoterapéuticos breves pero reaparecía al ser dado de alta de estos espacios.

Los datos obtenidos respecto de la composición familiar han sido los siguientes: padre, madre y dos hermanos varones mayores, de 21 y 18 años. Andrés es el tercer hijo del matrimonio, sus padres se separan cuando él tiene 6 años, viviendo desde entonces con su madre. Su progenitor se muda a otra localidad cercana junto a sus otros dos hermanos, por lo tanto estuvo hasta los 6 años en contacto con su padre y a partir de ese momento, el niño mantiene escaso contacto y relación con él. Asimismo, al decir de su madre, era una persona ausente en la vida de Andrés, con el cual no pasa mucho tiempo, al ser invitado a la casa paterna no quiere ir, atribuyéndolo a su encopresis y la consecuente vergüenza que le produce.

Hubo dos acontecimientos importantes en la vida familiar que han sido mencionados en esta entrevista: a los 9 meses de vida de Andrés se incendia la casa adonde vive toda la familia y quedó muy shockeado (tenso e inquieto) por varias horas, la familia se mudó a esta ciudad (en la que se lleva adelante el tratamiento) y continuaron residiendo aquí. Luego a los 9 años de edad, en un viaje a Buenos Aires de la madre, con su pareja de ese momento y el niño sufren un accidente automovilístico a raíz de lo cual, lo que iba a ser un paseo de fin de semana, se transforma en una mudanza de dos años por las consecuencias del accidente hasta la separación de su madre con la pareja que tenía en ese momento, por agresiones y maltratos

verbales hacia ella. En esa etapa en Buenos Aires, Andrés pasó muchas horas solo (hasta 12 horas diarias) y no pudo adaptarse por completo a la vida en esa ciudad. La madre relata que lloraba mucho y deseaba volver a su ciudad, lo que sucede en el año 2015 (a sus 11 años) debido a que viajan “escondidos” de la ex pareja de su madre, teniendo que dejar allí todas sus pertenencias e incluso dos perros que eran suyos.

De acuerdo a lo relatado por su madre, se abren preguntas e hipótesis acerca de las separaciones repetidas y traumáticas de lugares, personas y otros objetos significativos que Andrés ha vivido durante esos años. Esto genera un interrogante: ¿qué significaba para Andrés separarse de sus heces? Debido a que todas las separaciones que vivió fueron traumáticas, accidentadas y muy sufridas.

Al momento del primer encuentro con su madre, hacía un mes de la mudanza desde Buenos Aires, se encontraban viviendo con su abuelo materno y Andrés dormía con ella. Agrega que también solicitaba su acompañamiento a los lugares que concurría (escuela y mi consultorio), tanto al ingreso como a la salida, pidiéndole que lo espere.

El desarrollo evolutivo ha sido dentro de los tiempos normales, exceptuando el control de esfínteres y, al momento de realizar la consulta, comienza a despertar su curiosidad sexual, por ejemplo: distintos nombres para el órgano sexual masculino. Como si al entrar a la pubertad quisiera retomar el desarrollo de la libido desde lo anal a lo fálico- uretral, desarrollo que había quedado pausado quizás cuando sus padres se separaron.

Andrés se incorporó a la escuela una vez iniciado el ciclo lectivo, en ese momento estaba asistiendo a 6to grado en una escuela estatal, correspondiente al último año de educación de nivel primario.

Luego de esta primera reunión para conocer la historia y motivo de consulta de Andrés, se programan horas de juego diagnósticas para ver la pertinencia de un tratamiento con orientación psicoanalítica.

3.2 DEFINICION DE ENCOPRESIS

Con el objetivo de contar con una definición posible sobre la que basaremos el presente trabajo, se tomará la que brinda el DSM IV (2000) que establece criterios a considerar para pensar en un diagnóstico al momento de iniciar un encuentro terapéutico con el niño. Los criterios a tener en cuenta son:

- A. Evacuación repetida de heces en lugares inadecuados (p. ej., vestidos o suelos), sea involuntaria o intencionada.
- B. Por lo menos un episodio al mes durante un mínimo de 3 meses.
- C. La edad cronológica es por lo menos de 4 años (o un nivel de desarrollo equivalente).
- D. El comportamiento no se debe exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., laxantes) ni a una enfermedad médica, excepto a través de un mecanismo que implique estreñimiento.

Considerando lo relatado por la madre y los cuatro criterios expuestos en el DSM IV se puede pensar en este cuadro. Asimismo, dentro de la clasificación aparece la definición de encopresis no orgánica en el apartado de “Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia”, a saber:

- Trastorno caracterizado por la presencia reiterada de deposiciones voluntarias o involuntarias de heces de consistencia normal o anormal, en lugares no adecuados para este propósito, de acuerdo con las pautas socioculturales propias del lugar. El trastorno puede ser la expresión de la continuidad de una incontinencia fisiológica infantil, aparecer después de haber adquirido el control de los esfínteres o consistir en la deposición deliberada de heces en lugares no adecuados, aun cuando exista un control normal de los esfínteres.

Y esta es la definición que más se asemeja con el síntoma que presentaba Andrés como motivo de consulta al momento de solicitarla, siguiendo con la definición del Manual citado, expondré las pautas que colaboraron en el establecimiento del diagnóstico del niño:

- Emisión inadecuada de heces, la cual puede manifestarse de diferentes formas. En primer lugar, puede ser la expresión de una enseñanza inadecuada del control de esfínteres o de un fallo en el aprendizaje de dicha enseñanza, con antecedentes de un continuo fracaso del control de los esfínteres. En segundo lugar, puede ser expresión

de un determinado trastorno psicológico en el cual hay un control fisiológico normal de la función, pero que por alguna razón hay un rechazo, resistencia o fracaso a la aceptación de las normas sociales sobre el defecar en los lugares adecuados. En tercer lugar, puede ser consecuencia de una retención fisiológica por la impactación de las heces, con un desbordamiento secundario y deposición de heces en lugares no adecuados. Esta retención puede haber tenido origen en las consecuencias de tensiones entre padres e hijos sobre el aprendizaje del control de esfínteres, de la retención de heces a causa de una defecación dolosa (por ejemplo, como a consecuencia de una fisura anal) o por otras razones.

4. PRIMEROS ENCUENTROS

4.1 ENTREVISTAS DIAGNOSTICAS CON EL NIÑO (Junio 2015)

Y así es como una mañana de 2015, luego del encuentro con la madre donde queda expuesto el motivo manifiesto de consulta, Andrés llega a mi consultorio, acompañado por su progenitora. Desde ese primer encuentro y durante todo el transcurso del tratamiento (de mayo a diciembre), mantuvimos un muy buen vínculo con el niño, quien a pesar de mostrar timidez e inseguridad ante la nueva situación, pudo expresar con cierta conciencia su motivo de consulta y las vivencias que lo angustiaban en relación a su “síntoma”. Todo esto me hizo pensar que Andrés ponía mucho de sí para sobrellevar esta dificultad que le implicaba aislarse socialmente, parecía haber cierta conciencia de que no podría solucionar sólo y por sus propios medios estos síntomas, animarse a crecer, entrar al mundo púber y ser adolescente, es decir, desarrollarse de la mejor manera. Al principio Andrés se mostró añorado, aparentando menor edad de la que tenía y mencionando estar preocupado por lo que le pasaba.

Durante el primer encuentro, realiza un dibujo libre: una casa (Anexo I) y relata una historia adonde vive una familia de seis integrantes que viven felices en el campo y tienen un perro. Seguido a esta actividad, decide jugar al ajedrez y me cuenta que lo aprendió en la escuela cuando vivía en Buenos Aires, fuera del horario escolar.

En la dinámica del mencionado juego aparece algo muy significativo y es que si bien el orden de los elementos en el tablero es el esperado, lo específico en esta elección es la confusión que hace en las reglas del juego: *la finalidad es matar a la reina, que toma los movimientos del rey y viceversa, el rey hace los movimientos de la reina.*

4.2 COMENTARIOS TEORICOS (Bion, Aberastury, Meltzer)

W. Bion propone la definición de “hecho seleccionado” donde un suceso reúne pautas y patrones vinculados y conjugados que organizan la complejidad de una experiencia emocional, lo que otorga significado a la conjunción devenida.

El mencionado autor es citado en el artículo “Intimidad y Vínculo en la obra de W. Bion” (citado en Terán de Corniglio, Miramón y Marín, 2017): “Si un nuevo resultado ha de

tener algún valor, debe unir elementos ya conocidos desde hace tiempo, pero hasta entonces ajenos y dispersos entre sí, e introducir, de pronto, un orden donde reinaba el desorden. Entonces nos capacita para ver, de una sola mirada, cada uno de dichos elementos en el lugar que ocupan en el todo. El nuevo hecho no sólo es valorado por sí mismo, sino que solo él da valor a los hechos antiguos que reúne”.

A continuación en el mismo texto, los autores agregan que la “función psicoanalítica” en la clínica, permite y colabora en el trabajo vincular. En esta metabolización y a través de “experiencias emocionales”, devienen patrones múltiples que corresponden a la vida mental del paciente y del analista en un espacio multidimensional que irá tomando organización a través de los “hechos seleccionados” que organizan el campo analítico. (p. 308)

Aunque resulta bastante explícito, es a través de este juego y desde la primera consulta, que queda expuesta la confusión de las funciones materna y paterna, donde aparece una madre poderosa que asume el poder y comanda toda la situación mientras que el padre está desvalorizado, ausente y con poca importancia en la vida de Andrés.

También aparece en primer lugar la necesidad de matar a la madre reina para poder acercarse al padre, quizás como objeto de amor pero también como objeto de identificación, se observa una necesidad de retomar todas las relaciones triangulares.

Me detendré aquí para examinar, exponer y relacionar los aportes teóricos de Arminda Aberastury respecto a la primera hora de juego con el desarrollo de la hora de juego de Andrés. En Teoría y Técnica del Psicoanálisis de Niños propone que ya durante el primer encuentro y aplicando la técnica de juego, aparecen las fantasías de enfermedad o de curación. Considera que: “con la técnica del juego, hechas las modificaciones señaladas, comprobé que el niño nos comunica desde la primera hora cuál es su fantasía inconsciente de enfermedad o conflicto por el cual es traído al tratamiento y en la mayor parte de los casos, su fantasía inconsciente de curación” (Aberastury, 1972, p. 108).

Teniendo en cuenta el dibujo de inicio que realiza Andrés se puede pensar en una escena ideal, donde todos los integrantes están contentos y disfrutan de una situación, sin conflictos y en armonía. Tal como era cuando todos los miembros de la familia estaban cerca, en contacto y podían disfrutar de una calidad y cotidianeidad en el vínculo.

Por otro lado, si considero el juego realizado y su manera de jugar al ajedrez especialmente, aparece una fantasía respecto a los lugares, funciones e identificaciones materna y paterna, quedando el padre sin posibilidades de intervención y acercamiento, sea por la distancia geográfica, por la relación con la madre de Andrés o por la poca comunicación entre ambos. Y la consecuente fantasía de curación se entiende entonces como sus reglas propuestas para el juego: ir contra la reina para terminar con ella y su reinado, dejando al rey libre.

En este sentido se plantea una situación edípica para trabajar y desarrollar en el tratamiento debido a que las piezas “importantes” ocupan lugares erróneos, también aparece confusión en las identificaciones que dan cuenta de las confusiones que Andrés podía sentir a nivel intrapsíquico.

En el artículo “Introducción a las ideas de Donald Meltzer vinculadas con el material clínico de las supervisiones”, Waksman de Fisch (1999) expone claramente acerca de las diferentes etapas por las que atraviesa el proceso psicoanalítico y es de importancia para este trabajo articular algunos momentos con el modelo propuesto por Meltzer. A continuación, basándome en “El proceso psicoanalítico” (Meltzer, 1964) y el artículo de referencia desarrollaré brevemente las etapas y tomaré en consideración las que resultan apropiadas para explicar cuestiones que resuenan en Andrés.

- Recolección de la transferencia. Esta primera etapa del análisis tiene su fundamento en la transferencia de los objetos y personajes del mundo interno hacia el mundo externo, personas y objetos que son significativas para el niño. Así sucede también con la figura del analista, el establecimiento del encuadre y el transcurso de las sesiones, lo que brinda un alivio a la ansiedad. En palabras de Meltzer “esta tendencia de los procesos transferenciales a encontrar expresión cuando sus ansiedades han sido aliviadas resulta en el fenómeno que he llamado “la recolección de la transferencia”. (Meltzer, 1964, p. 38)
- Ordenamiento de las confusiones geográficas. Aquí lo principal se relaciona con la experiencia de separación y de identidad separada del objeto, donde el paciente intenta resolver sus ansiedades con mecanismos que anulen las consecuencias de la separación. En este sentido, la identificación proyectiva masiva cumple el propósito

de generar confusión entre el objeto y el self y va acompañada de una confusión entre el mundo interno y el mundo externo.

- Ordenamiento de las confusiones zonales. Se pone de relieve el abandono de la identificación proyectiva masiva como mecanismo principal, lo cual posibilita el esclarecimiento de un tipo limitado de dependencia: pecho-inodoro para designar su finalidad puramente expulsiva y la experiencia de objeto parcial, asimismo se refiere a las distintas zonas erógenas y su forma de intercambio con el objeto.

Se acentúa la distinción entre interior y exterior de los objetos, más aún no se logra la diferenciación entre realidad externa y realidad psíquica, lo que la convierte en la principal tarea de esta tercera etapa porque aparecen confusiones y oscilaciones entre ambas realidades. Aquí el objetivo será establecer un orden suficiente para posibilitar la experiencia del pecho-nutricio y complejo edípico genital, integración de la bisexualidad y las partes escindidas.

- Umbral de la posición depresiva. “Ha llegado el periodo de latencia del proceso analítico” (Meltzer, p. 77) y se produce una oscilación entre el daño y la reparación, entre la posición esquizoparanoide y la depresiva, entre la parte adulta y la infantil. Se trata de un periodo difícil para el trabajo analítico debido al surgimiento de tendencias regresivas junto con ataques al análisis y al analista y atravesamiento de periodos poco productivos.

“Es un momento de cambio decisivo en la economía del dolor mental en el proceso analítico, cuando el desvanecimiento de las ansiedades persecutorias da lugar al dolor depresivo” (Meltzer, p.89)

- Destete. Se reconoce el trabajo del analista y con ello la necesidad de ahorrarle un tiempo de vida que debe dedicar a otros pacientes, así como implica el creciente reconocimiento de que las capacidades creativas y reparatorias no son un atributo del self, sino el resultado del sostén y la inspiración que emana de los objetos internos, que despiertan gratitud y esperanza.

Teniendo en cuenta este desarrollo y las etapas mencionadas, considero que Andrés se encontraba en un momento vital en el que tanto las funciones paternas como las maternas se encontraban desordenadas y confusas, donde los roles no eran claros y, reiterando lo expuesto

anteriormente, su madre aparecía como una “pieza” muy potente de la dinámica familiar; mientras que, al contrario, su padre hace su aparición como una parte poco relevante en la configuración de este grupo, siendo desvalorizado y casi no tenido en cuenta para coadyuvar en el crecimiento y desarrollo de Andrés.

Correlativamente en su mundo interno, la confusión se hizo evidente respecto a la valoración que hace de sus heces, su negativa inconsciente al control esfinteriano y a considerar como notable sólo lo que su madre puede aportar en su desarrollo, teniendo a su padre como una figura lejana y poco confiable. En dicho momento, sólo su abuelo materno era ubicado como alguien en quien confiar, estar cerca y comenzar a officiar como un tercero.

Considerando las etapas del proceso psicoanalítico expuestas, con Andrés se había comenzado a desarrollar la etapa de Recolección de la transferencia debido a que el establecimiento del encuadre y la relación analítica permitieron que pueda transferir al mundo externo la vivencia de su mundo interno, junto con las ansiedades y angustias concomitantes que permitieron una rápida sensación de alivio.

4.3 PSICODIAGNOSTICO: TECNICAS PROYECTIVAS ADMINISTRADAS

Siguiendo con la exposición, desarrollo y relato de los primeros encuentros, además de la hora de juego consideré necesaria la realización de un psicodiagnóstico, con la administración de las siguientes técnicas:

- ✓ proyectivas gráficas: HTP (House, Tree, Person), Persona Bajo La Lluvia, Familia Kinética.
- ✓ verbales: Cuestionario Desiderativo.
- ✓ de estímulo visual y respuesta verbal: CAT.

Las técnicas administradas me han sido de utilidad para conocer aspectos inconscientes de Andrés y tenerlos en cuenta para su trabajo al dar inicio al tratamiento, algunas conclusiones obtenidas al respecto fueron:

- ✓ Las técnicas gráficas permitían ver claramente la preocupación y angustia respecto a su encopresis: esto se puede apreciar en Familia Kinética (Anexo II), donde las figuras humanas aparecen “cortadas y remarcadas” a la altura del abdomen, la figura

paterna junto a una caja registradora y él situado al lado (no está dibujado y lo menciona aunque no se dibuja)

También exponiendo de forma implícita la relación y desconexión con su cuerpo dibuja solo un rostro cuando se le solicitó una persona (anexo III)

- ✓ En las técnicas verbales aparecen respuestas llamativas que ponen de manifiesto su sadismo oral (plantas carnívoras) así como aspectos de agresividad (gomera, honda) y de confusión entre la protección y el ataque (vacunas como respuesta negativa).
- ✓ En las técnicas de estímulo visual (CAT) se evidencia el conflicto edípico a través de las historias que relató: pollitos comiendo con su mamá; familia peleando por ver quién es el más fuerte, un león viejo al que le roban su queso, una mamá que duerme con sus cachorros (todas las historias dejan al padre en un lugar desvalorizado y a la madre muy poderosa, ocupando un lugar central en el argumento). Con sus narraciones también expone su agresividad: tigre cazando y comiendo al mono; su vivencia respecto a la pérdida de su hogar: casa abandonada que está en venta y se dejaron olvidado al bebé dentro; y sobre el motivo de consulta, de forma bastante explícita: un perrito que se ensucia, la mamá lo baña y luego lo reta porque se vuelve a ensuciar cuando sale afuera a jugar.

4.4 COMENTARIOS TEÓRICOS (Doltó, Rodulfo, Aberastury)

En este apartado tomaré la contribución de Francoise Doltó en su obra “La imagen inconsciente del cuerpo” para entender los gráficos de Andrés ya que, como propone la autora, el material gráfico no ha de ser interpretado desde el inicio, sino de acuerdo a lo que el niño pueda ir asociando. Agrega que “hablar de imagen, de imagen del cuerpo, no quiere decir que ésta sea únicamente de orden imaginario, puesto que es de estructura libidinal expuesta a un conflicto que va a ser desanudado mediante la palabra del niño. Aun es preciso que ésta sea recibida por quien la escucha, a través de los acontecimientos de la historia personal del niño”. (Doltó, 1984, p. 17)

Más adelante, en el mismo texto plantea las diferencias entre esquema corporal e imagen inconsciente del cuerpo siendo la primera representante de la especie, sea cual fuere el lugar la época o las condiciones en que vive: “este esquema corporal será el intérprete activo o pasivo de la imagen del cuerpo, en el sentido que permite la objetivación de una intersubjetividad, de una relación libidinal fundada en el lenguaje, relación con los otros y que, sin él, sin el soporte que él representa, sería, para siempre, un fantasma no comunicable”.

Agrega que si el esquema corporal es el mismo para todos los individuos, no sucede lo mismo con la imagen inconsciente del cuerpo “es propia de cada uno: está ligada al sujeto y a su historia. Es específica de una libido en situación, de un tipo de relación libidinal. De ello resulta que el esquema corporal es en parte inconsciente, pero también preconscious y consciente, mientras que la imagen del cuerpo es eminentemente inconsciente; puede tornarse en parte preconscious, y sólo cuando se asocia al lenguaje consciente, el cual utiliza metáforas y metonimias referidas a la imagen del cuerpo, tanto en las mímicas, fundadas en el lenguaje, como en el lenguaje verbal” (p. 21).

Cada uno de estos momentos va acompañado de una castración concomitante y, en ese momento, la castración anal que hubiera correspondido pareciera ser que no fue lo suficientemente efectiva por diferentes situaciones, a saber: malestar y separación de los padres, posterior accidente, migración hacia Buenos Aires, separación de la madre con su nueva pareja y separación de su abuelo por mudanza.

Por tanto, la interrelación entre la imagen inconsciente del cuerpo y esquema corporal posibilita la comunicación y el contacto con el otro, nuestro esquema corporal brinda el soporte para que la imagen inconsciente del cuerpo pueda desplegarse. En el caso de Andrés las separaciones dificultaron esta interrelación.

En este sentido también se puede pensar en la conflictiva que Andrés trae desde su producción gráfica a través de los aportes de Marisa Rodulfo que, en su trabajo de investigación (El niño del dibujo, 2014), argumenta que es posible la interpretación de los gráficos de los niños siguiendo las pautas clásicas de la interpretación de los sueños. En el recorrido de su exposición va correlacionando ambos, donde tiene en cuenta los medios de expresión con los que cuenta el niño: juguetes, hojas, lápices, masas; estos elementos se

encuentran a disposición de la asociación libre y son tomados como elementos de la sesión, más allá del lenguaje verbal.

Aquí también es mencionada Sophie Morgenstern como una pionera en tomar al dibujo como aproximación al inconsciente, debido al trabajo realizado en un paciente con mutismo selectivo, donde los recursos gráficos fueron los que colaboraron en la comprensión y establecimiento del origen del síntoma y de la neurosis: “es sobre todo en el dibujo donde el niño expresa más fácilmente sus quejas reprimidas, sus agravios y sus odios. El dibujo brota más directamente del inconsciente y consigue así esconder a su autor su verdadero contenido” (citada en Rodulfo, 2014, p. 33).

En el mismo sentido, Rodulfo propone analizar los gráficos de la misma manera que los contenidos de los sueños, considerando condensación, desplazamiento y fenómenos del sueño que son utilizados en el mismo sentido para la producción gráfica. Agrega que “al estudiar los gráficos realizados por los niños desde el momento inicial hasta el final de sus tratamientos psicoanalíticos fue grande mi sorpresa al comprobar en muchos de ellos que los elementos esenciales al planteo y resolución de lo que los traía a la consulta se encontraba desde el comienzo, incluso ya en su primer dibujo, enmarañados las más de las veces, al punto que fue preciso una ardua tarea de desciframiento” (p. 88).

Andrés al momento de los primeros encuentros, no puede dar cuenta de su propia imagen corporal ya que se sentía cuestionado por su falta de control de esfínteres, desde el exterior (madre) y él mismo que tampoco no se sentía a gusto con esta situación (vergüenza, aislamiento social), la relación con su cuerpo se daba a través de esta “falla en el control”, quedando en una posición anañada y sin recursos.

Teniendo en cuenta el análisis del proceso psicodiagnóstico realizado, se realizaba la importancia que Andrés otorgaba a su imposibilidad de control de esfínteres ya que aparecía como una zona erógena valorizada por él, las confusiones respecto a las funciones materna y paterna; su lugar en el conflicto edípico y sus dificultades en la resolución del mismo.

Dando por finalizada esta etapa, decido iniciar tratamiento de orientación psicoanalítica con el niño. La división propuesta por Arminda Aberastury en “Teoría y Técnica del Psicoanálisis de Niños” (1972), entre diagnóstico y tratamiento propiamente dicho, me sirvió para identificar y conocer cuestiones de Andrés que resultaban más difíciles

de acceder y es lo transmitido desde los autores en el trabajo con un niño/púber para ocuparse no solo el síntoma sino lo que pueda surgir en relación a él, conflictivas, mecanismos de defensa e identificaciones.

5. EL TRATAMIENTO: HORAS DE JUEGO (Julio a Diciembre 2015)

5.1 DESARROLLO DE SESIONES

El tratamiento llevado adelante ha sido principalmente basado en las propuestas traídas por él, elección de juegos y actividades que marcaron las diferentes etapas del tratamiento, se desarrolla con una frecuencia semanal de 45/50 minutos, con la presentación de una caja de juegos individual y juegos de mesa a su disposición para utilizar de acuerdo a su elección.

El contenido de la caja de juegos constaba de una familia de muñecos (madre, padre e hijo), también familia de animales salvajes y domésticos, masas de diferentes colores, soldados, autos, bloques, rompecabezas, hojas, lápices y elementos de expresión escrita (papeles de colores, plasticola, tijera, lanas). Mientras que los juegos de mesa ofrecidos eran: Juego de la Oca, Coincidencias, Con pocas Pistas, La Información, Carrera de Mente; las edades sugeridas de los juegos variaban desde los 3 a los 12 años.

Desde el inicio del tratamiento, Andrés propone utilizar principalmente juegos de mesa en los encuentros, los elegidos por él han sido: Con pocas pistas, La información y Coincidencias, éstos coinciden con su edad cronológica, siendo los dos primeros juegos de preguntas y respuestas, de indagación y conclusiones, que requieren un compañero de juego para llevar adelante la actividad.

Los mismos se correspondían con las inquietudes que surgían en relación a su síntoma principal y al momento de inicio del tratamiento: “buscamos información con pocas pistas”; mientras que Coincidencias se juega como una variante del tutti-frutti, escribir palabras y ver cuales coinciden y cuales son diferentes.

En este sentido la elección aparecía como más allá de la necesidad de jugar sino de crear un espacio compartido y transicional adonde poder trabajar lo que le pasaba, un pedido para compartir y jugar con otro.

Con el correr del tratamiento y de forma progresiva, Andrés se fue animando a elegir otro tipo de juegos, de índole más regresiva y que fueron interpretados como la necesidad de situarse en las etapas pretéritas donde surge su conflictiva, a saber: Juego de la Oca (6 años): como en el tratamiento sostenido y tomándolo como referencia, se da inicio a un camino con idas y reveses, avances y retrocesos, progresiones y regresiones hasta su culminación.

Asimismo esta elección lleva a otra aún más regresiva a través del juego ¿De dónde provienen?, cuya finalidad es asociar un producto con su origen a través de tarjetas y tableros,

este juego es sugerido para niños de 4 años, lo que coincide aproximadamente con la edad en la que se sitúa su dificultad en el control de esfínteres así como también aquí se pone de relieve la curiosidad infantil por la reproducción, nacimiento y desarrollo.

Sigue con su elección y propone jugar a Pesca Mágica y a Asociación Lógica (4 años) evidenciando la posibilidad y necesidad de regresar a puntos de fijación conflictivos – etapa anal – y la necesidad de jugar con otro, lo cual pudo entenderse como reparatorio desde la transferencia, regresar acompañado y dentro de un espacio compartido, a restaurar vínculos y a la etapa en que se encontraba solo en Buenos Aires.

Con el correr del tiempo y en varias sesiones, aparece un “error” que se reitera: jugando a Coincidencias (variación del tutti frutti) una de las categorías de juego es Provincias Argentinas, allí Andrés escribe la ciudad adonde vive su padre y no la provincia solicitada, este lapsus proporcionó que, a través de una interpretación hecha con este dato, el niño puede comenzar a hablar de su padre y, consecuentemente, retomar la cotidianidad en la comunicación y los encuentros personales así como manifestar la necesidad de tener más contacto con él.

A pesar de los intentos realizados, no pude reunirme ni concretar una entrevista con el padre pero se hizo presente intrapsíquicamente y Andrés empezó a requerir su presencia, comunicarse, pasar más tiempo y planear actividades con su padre; por otro lado el padre también pudo responder a esta demanda y comenzar a conectarse con su hijo.

Al mismo tiempo, su forma de expresarse fue cambiando y la introducción de bromas y chistes en el espacio han hecho que Andrés pueda ir relajándose, mostrándose más conversador y sociable, con propuestas para realizar en los encuentros, comienza a festejar los triunfos en los juegos de mesa y a hacerme bromas cuando voy perdiendo. Apareciendo de esta forma un monto de agresividad y competencia que le permite canalizar estas cuestiones, ir aflojando su rigidez y, consecuentemente, mostrarse más receptivo y conectado con su sentir, permitiéndose ser más genuino. En síntesis, un chico con dificultades de contacto al principio, “muy seco” en el trato con otro, iba “aflojándose” en el vínculo terapéutico.

5.2 COMENTARIOS TEORICOS (Lieberman, Freud, Winnicott, Klein)

Andrés se manifestó como un chico tímido e introvertido, que daba respuestas monosilábicas en esta etapa, lo que requirió un *contraestilo* complementario, con cierta actividad de mi parte: poniendo palabras a sus silencios, brindando contención a su inseguridad y valorizando sus conocimientos para que pueda tener más confianza en sí mismo; también fue importante la introducción de comentarios graciosos y bromas a fin de crear un vínculo transferencial y de contención para que Andrés pueda ir desplegando su conflictiva.

En este sentido, David Lieberman en su ensayo “Estilos en el diálogo analítico” (1975) desarrolla diferentes estilos terapéuticos que intervendrán de forma inconsciente dentro de un proceso terapéutico que dependerá de la forma en que el paciente exprese su conflictiva. Asimismo argumenta que “podemos decir otro tanto de analista, quien al captar los indicios de su analizando en la sesión, realiza también opciones ya sea adscribiendo significados a determinados elementos o estímulos que emanan de su analizado, privilegiando determinados aspectos verbales, paraverbales y no verbales, y descartando otros”.

En el transcurso del mencionado ensayo expone que “de tal manera que dejamos de ubicar a nuestros analizandos en casilleros determinados y los ubicamos como personas en un diálogo en medio de un tratamiento con pautas fijas, regladas, que transcurren en un contexto espacio-temporal determinado por la duración del análisis, el lugar donde se realiza y la persona que lo lleva a cabo”.

Continuando con la articulación teórico-clínica del tratamiento de Andrés y, a partir de la creación de un espacio transicional, como señala Winnicott en “Realidad y Juego” (1980), es que “la psicoterapia se desarrolla en la superposición de dos zonas de juego: la del paciente y la del terapeuta” (p. 79). Afirma que el jugar tiene un tiempo y un espacio. No se encuentra adentro, tampoco está afuera, no forma parte del mundo repudiado, el no-yo, lo que el individuo ha decidido no reconocer como verdaderamente exterior.

Winnicott menciona que “el juego es por sí mismo una terapia...una experiencia creadora, y es una experiencia en el continuo espacio-tiempo, una forma básica de vida” (p. 96).

Además, lo común en el juego de Andrés es la búsqueda de un otro, así se establece un vínculo transferencial que le permite salir de su aislamiento, expresar fantasías tempranas y buscar en otro, un adulto que explique y aclare sus confusiones respecto a los roles, funciones y dinámica familiar.

Winnicott (La naturaleza humana, 1988) afirma que “en la labor psicoanalítica, al analista se le presentan con regularidad notable pruebas de lo inconsciente cuando el paciente trae de improviso a la situación analítica aquello que antes era inconsciente, y hasta fuertemente renegado. En la relación entre el paciente psiconeurótico y el analista, aparece y reaparece una relación especial que lleva la marca de la neurosis del paciente, y es la enfermedad de éste que aparece en forma de muestras. A este fenómeno se lo denomina “neurosis de transferencia”. (p. 93)

Teniendo en cuenta el tipo de juego elegido, las edades correspondientes de cada uno, además de sus temáticas y la regresión que Andrés fue realizando con el material lúdico, coincido con Winnicott en la siguiente afirmación respecto al desarrollo humano: “y entre los 2 y los 5 años un niño tiene que habérselas con la herencia, los instintos, las peculiaridades de su cuerpo, los factores ambientales buenos y malos, al mismo tiempo que construye sus relaciones personales, sus simpatías y antipatías, su conciencia moral personal y sus esperanzas para el futuro” (La naturaleza humana, p. 96). A través del tratamiento y el establecimiento de la transferencia es que Andrés puede comenzar a reeditar su historia.

En el mismo sentido, en “La personificación en el juego de los niños” (1929) Melanie Klein señala que el contenido específico de los juegos que se repiten o recurren de diferentes formas es el mismo que el núcleo de las fantasías masturbatorias y, mediante el juego, se busca una descarga de las mismas. Así describe que a través de la personificación el niño proyecta su mundo interno en las diferentes variantes que pueda ir creando lúdicamente. Desarrolla varios tipos de juegos en pacientes y como los mecanismos de proyección y desplazamiento se hacen evidentes en el jugar de estos niños.

Continúo con la exposición y acuerdo con la autora que agrega que: “los mecanismos de disociación y proyección son un factor principal en la tendencia a la personificación en el juego. Por medio de ellos la síntesis del superyó, que sólo puede ser mantenida con mayor o

menor esfuerzo, puede ser abandonada por el momento y además, disminuye la tensión de tener que mantener la tregua entre el superyó como un todo y el ello. El conflicto intrapsíquico se hace así menos violento y puede ser desplazado al mundo externo.” (p. 196)

Más adelante en la misma obra, explica que este mecanismo es la base de la transferencia en el análisis de adultos, por lo cual dicho mecanismo produce el debilitamiento o desplazamiento al mundo externo, de esta forma también se vuelve colaborativo para el trabajo terapéutico a realizar. En este niño fue primordial haber captado este movimiento a fin de poder propiciar el trabajo analítico y estar atenta a fin de poder interpretar acerca de lo que iba transcurriendo en las sesiones, diferentes maneras de exponer sus fantasías y, mediante la relación transferencial, poder tomar los roles asignados en los juegos propuestos.

Basándome en estos aportes, se hace claro que Andrés puede ir de forma regresiva al núcleo de sus conflictos y recrearlos, no a través de personificaciones, sino con juegos de etapas pretéritas que lo ayudan a desplegar y tramitar de un modo reparatorio sus vivencias tempranas.

Por otro lado, en el artículo “Aspectos metapsicológicos y clínicos de la regresión dentro del marco psicoanalítico” (1954) Winnicott plantea la regresión como lo contrario de progreso. “Progreso como la evolución del individuo, del psiquesoma, de la personalidad y de la mente con (a la larga) la formación del carácter y la socialización”.

Y continúa: para que se produzca una inversión de este progreso en el individuo tiene que haber una organización que permita la regresión. Vemos:

Un fracaso en la adaptación por parte del medio, que produce el desarrollo de un self falso,

Una creencia en la posibilidad de una corrección del fracaso originario representada por la capacidad latente para la regresión, que entraña una compleja organización del yo,

Un medio ambiente especializado seguido por la regresión real,

Un nuevo desarrollo emocional hacia adelante. (pág. 374-375)

Esta organización permite que, ante condiciones favorables que propicien tal regresión, se dé la oportunidad para retomar el desarrollo hacia adelante, que fue imposibilitado por un fracaso del medio ambiente. Winnicott considera esperable que un individuo pueda defenderse mediante la *congelación de la situación de fracaso* ante una falla del ambiente, con la esperanza de que surgirán las condiciones y oportunidades para experimentar nuevamente, en estado de regresión, tal situación acontecida y, de este modo, se logra una adaptación adecuada. Es decir, que la regresión es parte de un proceso curativo, una nueva oportunidad para descongelar la situación congelada y una oportunidad para el medio ambiente, a fin de realizar una adaptación adecuada aunque tardía.

6. INTERCONSULTAS CON PEDIATRÍA Y GASTROENTEROLOGÍA

(Septiembre 2015)

Este movimiento en su forma de expresarse y relacionarse con el otro también fue teniendo su correlato a nivel corporal y, en este sentido, surgió una mayor conciencia de

enfermedad y relación con el síntoma, así como posibilidades de realizar interconsulta con el pediatra con el objetivo de descartar cuestiones orgánicas que puedan favorecer su trastorno, desde ese espacio es derivado a especialista en gastroenterología.

Aquí, en la necesidad de interconsulta y clarificar un diagnóstico, puede vislumbrarse el inicio de un ordenamiento a nivel familiar y no solo en Andrés, ya que el ingreso de la terceridad (en este caso, los médicos hombres), puede interpretarse como una posibilidad de comenzar a tramitar la conflictiva edípica que empieza a resurgir por distintos factores: su edad cronológica, cambios físicos y evolutivos (pubertad). Y el cambio de su madre al dar lugar al ingreso del padre en el mundo de Andrés, facilitar el contacto y comunicación entre ellos así como los encuentros durante los fines de semana.

Sobre la mitad del tratamiento terapéutico viajan con su madre a otra localidad a fin de consultar con gastroenterólogo infantil, a partir de esa consulta Andrés comienza a controlar sus esfínteres con la receta e ingesta de un “regulador intestinal” lo que, desde la mirada de su madre, adquiere un tinte mágico ya que el niño comenzó a tomarlo e instantáneamente logra el control.

Desde la perspectiva del tratamiento que sostenía con Andrés se pudo percibir que, en este movimiento a nivel intrapsíquico y con la introducción de la función paterna así como el reordenamiento de la función materna, Andrés pudo comenzar a reeditar y tramitar su conflictiva edípica, retomar su desarrollo y crecimiento individual, dejar de ser un niño dependiente de su madre para todas sus actividades y decidirse a restablecer el vínculo padre-hijo, tan necesario para él.

Al mismo tiempo, su padre, a quien veía muy poco a pesar de vivir a 50 kilómetros de su ciudad, comienza a verlo con mayor frecuencia y entablar un contacto más fluido, pasando más tiempo juntos y a solas, propiciando nuevamente un vínculo padre-hijo, organizando y proyectando actividades conjuntas para realizar los fines de semana.

Y así es como la convergencia de la consulta con pediatría y gastroenterología, el control de esfínteres, la aparición de su padre en su cotidianeidad, la preocupación personal y familiar, su propia conciencia de enfermedad y abordaje profesional parecían colaborar en un mejor “control” de los vínculos y en una más “aceitada” evacuación. Asimismo, otro dato relevante en la trama familiar es que también ingresa en su vida diaria, o es comenzado a

nombrar desde este momento, su sobrino de 4 años que se estaba iniciando en el aprendizaje del control de esfínteres, lo que se interpreta como el encuentro y una búsqueda de solución a su incontinencia, el sobrino aparece como un par en este aprendizaje y, con él, puede animarse a retomarlo a fin de establecer este hábito.

Luego de estas interconsultas, continuaron los progresos terapéuticos al mismo tiempo que se consolidaba su control de esfínteres, Andrés se mostraba más aliviado y expresivo, siendo más fluido en sus vínculos y pudiendo continuar su desarrollo evolutivo hacia la adolescencia sin tanta angustia.

6.1 COMENTARIOS TEÓRICOS (Lacan)

Esta etapa del tratamiento, donde la evocación del vínculo con su padre pasa a ser un tema importante, implicó un progreso en el vínculo con su progenitor y consigo mismo.

En “La verdad surge de la equivocación” (1953), Lacan desarrolla la importancia del lenguaje y como se concibe desde una trama o red que envuelve el conjunto de cosas e instauro el orden simbólico. Andrés en su decir fallido evoca indirectamente a su padre y allí es donde se produce la “emergencia de sentido”, en este aparente e inocente error es donde el niño revela su verdad: “El error es la manifestación habitual de la verdad misma – y, por lo tanto, las vías de la verdad son, por esencia, las vías del error”. (p. 383).

En el mismo escrito y, valorando el gran aporte freudiano, postula que la verdad surge de la equivocación, de los fallidos. Siendo estos actos los que triunfan ya que las palabras que aparecen son las que confiesan, revelan verdades: asociaciones, sueños, síntomas, lapsus. En este sentido, en el vínculo de transferencia y a través de los juegos, Andrés puede manifestar más de lo que quiere decir, es decir, a la ciudad donde vive su padre la emitió como un significante.

7. ENTREVISTA CON LA MADRE (Octubre 2015)

Luego de la consulta con el especialista en gastroenterología, coordino una nueva entrevista con su madre para tener información acerca de dicha consulta, conocer el estado de Andrés y como seguía la situación descripta en las primeras entrevistas.

Allí su madre relata que, luego de iniciar el tratamiento indicado por el médico y establecerse el hábito de la evacuación de forma más ordenada, el cuerpo de Andrés comenzó a cambiar, refiere que notó su torso más desarrollado y que Andrés ganó altura, asimismo agrega que el niño se muestra de mejor ánimo y más seguro de sí mismo. Al mismo tiempo y sumado a esta nueva mirada materna, ella comienza a propiciar y habilitar los encuentros con su padre, permitiendo que puedan retomar y recomenzar el vínculo que se encontraba suspendido por la distancia geográfica. En este encuentro también se le sugiere a la madre que Andrés pueda comenzar a acudir a los diferentes espacios que concurre y al tratamiento sin que ella deba acompañarlo y esperarlo, para dar comienzo a una etapa de más independencia y autonomía del niño.

Estas observaciones de la madre así como las modificaciones que pudieron realizar en el núcleo familiar también colaboraron en que Andrés pueda adaptarse e ir acompañando su crecimiento corporal junto con su desarrollo psíquico, preparándose para iniciar la etapa correspondiente a la adolescencia con más confianza en sí mismo, dejando de ser un niño para iniciar el camino de la vida con más seguridad tanto en él como en sus vínculos.

8. FIN DE TRATAMIENTO (Diciembre 2015)

Acordando con Andrés y considerando su pedido, decidimos hacer una pausa llegadas las vacaciones escolares, con la disponibilidad de retomar ante cualquier inconveniente o

malestar que pueda surgir o la necesidad de contar con el espacio terapéutico. Luego de este receso, no hubo más comunicación por parte de él ni de su madre.

Es de esperar que este tratamiento haya contribuido a un desarrollo armónico y organizar cuestiones familiares que no estaban claras al inicio, considero que Andrés ha hecho un gran trabajo intrapsíquico en el que se animó a regresar a sus puntos de fijación.

Ha sido un proceso analítico en el que se trabajó más que el síntoma que angustiaba a Andrés debido a que se pudieron resolver situaciones traumáticas de su vida (varias mudanzas, incendio, separaciones familiares y de sus mascotas), también fue el comienzo de una relación más armónica con su cuerpo a través de la toma de conciencia del síntoma y su propia valoración, propició repensar la dinámica familiar de ese momento y comenzar un vínculo más cercano con sus padres y hermanos lo que trajo aparejado cambios muy importantes en la dinámica familiar, permitiendo que dicha configuración familiar se modifique con su crecimiento y ha contribuido principalmente a lograr bienestar en el niño y su grupo familiar.

Asimismo, este periodo sirvió para que tanto la familia como el niño tomaran conciencia del síntoma y la importancia de revisar su mundo interno además de conectarse con lo que le pasaba con su cuerpo.

9. CONCLUSIONES

Más allá del recorte a nivel teórico realizado para esta exposición, quisiera destacar la importancia del estudio detallado de esta etapa vital y la importancia de la sintomatología

que trae al niño a consulta, de allí pude partir a investigar y relacionar con los diferentes autores y textos vistos a lo largo de los años de formación en la institución.

A medida que iba desarrollándose el tratamiento con Andrés, pude estudiar y cotejar teóricamente lo que aparecía en la clínica, en la evolución del niño y ver los cambios intra e intersubjetivos que fueron sucediéndose, considerando que los más importantes han sido: niño con su cuerpo, configuraciones familiares, toma de conciencia en relación al síntoma, trabajo con horas de juego y gráficos, movimiento en las identificaciones.

En relación al síntoma principal, ha sido de gran importancia su estudio para poder vislumbrar las múltiples conexiones que se pueden rastrear a través de un tratamiento de orientación psicoanalítica.

La finalidad fue correlacionar y vislumbrar diferentes sentidos y significaciones que tal síntoma puede tomar, siendo abordado, desarrollado y relacionado desde diferentes miradas y autores, sin perder del centro la singularidad de Andrés.

En este niño aparece la posibilidad de poner en relieve la necesidad de elaborar situaciones traumáticas, pérdida de lazos afectivos y “lugares” familiares (casa incendiada, figura paterna, mascotas) donde la posibilidad de sostener el vínculo terapéutico ha propiciado el despliegue de manifestaciones sintomáticas y sentirse contenido para llevar adelante el tratamiento y comenzar a poner palabras a su malestar.

Con el tratamiento Andrés ha podido procesar dichas situaciones traumáticas sucedidas a muy temprana edad que habían marcado su crecimiento y es de esperar que esta experiencia terapéutica haya colaborado en el reordenamiento y establecimiento de objetos internos e identificaciones que puedan acompañarlo y propiciar su desarrollo evolutivo así como en una futura posibilidad de seguir trabajando en otro espacio, cuando Andrés y su familia lo consideren necesario.

Tanto la experiencia de aprendizaje sostenida en el ámbito académico como en el espacio de supervisión han sido fundamentales para tal fin, pudiendo contar con el acompañamiento de analistas que transmitieron sus conocimientos y fueron inspiradores de elegir el tema desarrollado en este TIF.

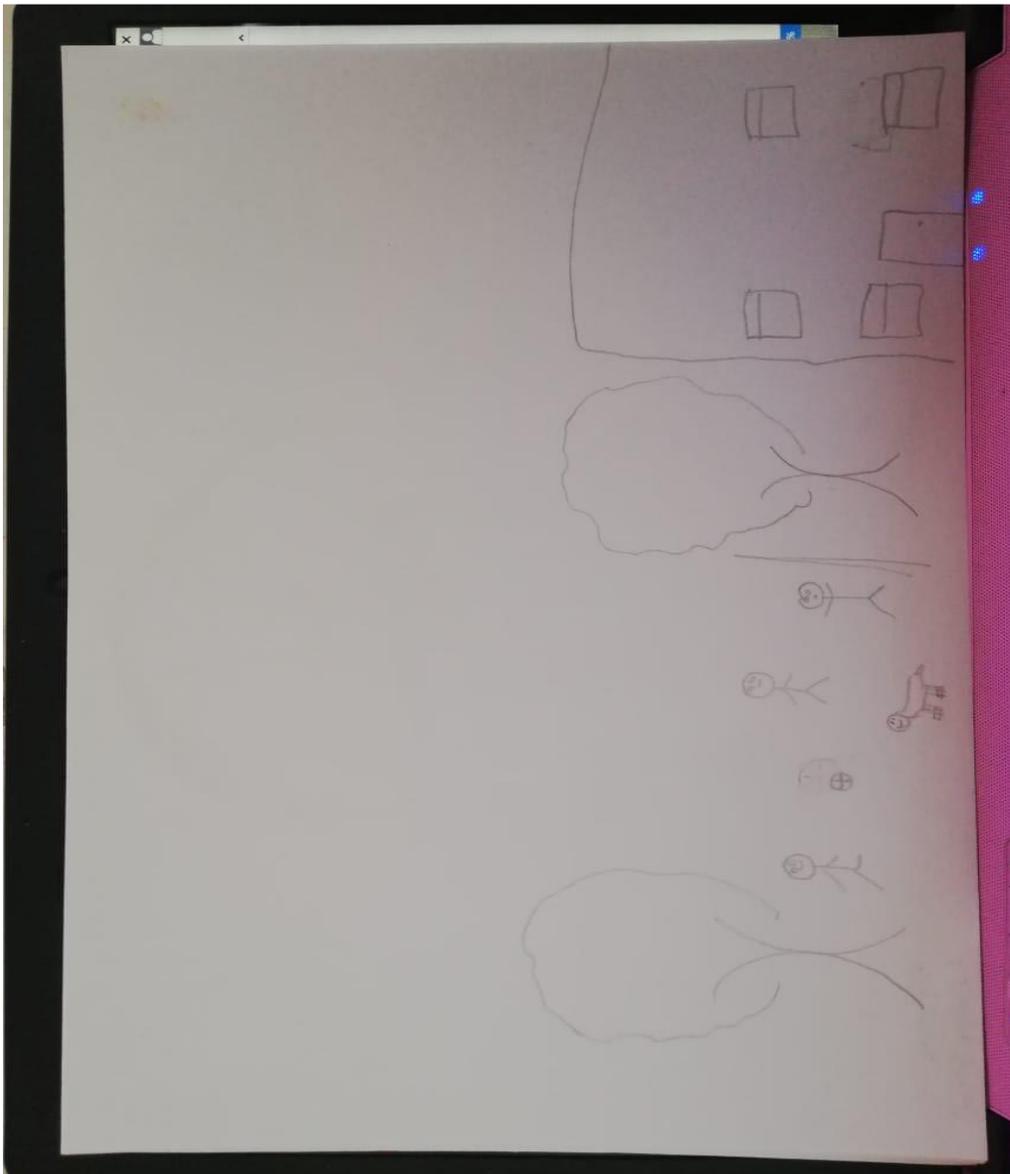
Desde el punto de vista de la articulación teórico-práctica, pude relacionar, reflexionar y apreciar lo aprendido desde la formación teórica de la Especialización y cotejarlos desde el trabajo clínico realizado con Andrés.

Asimismo, la incorporación y trabajo con otros profesionales colaboraron y permitieron el enfoque interdisciplinario que coadyuvó en la resolución de la conflictiva e incluyó diferentes miradas sobre el mismo síntoma.

10. ANEXOS

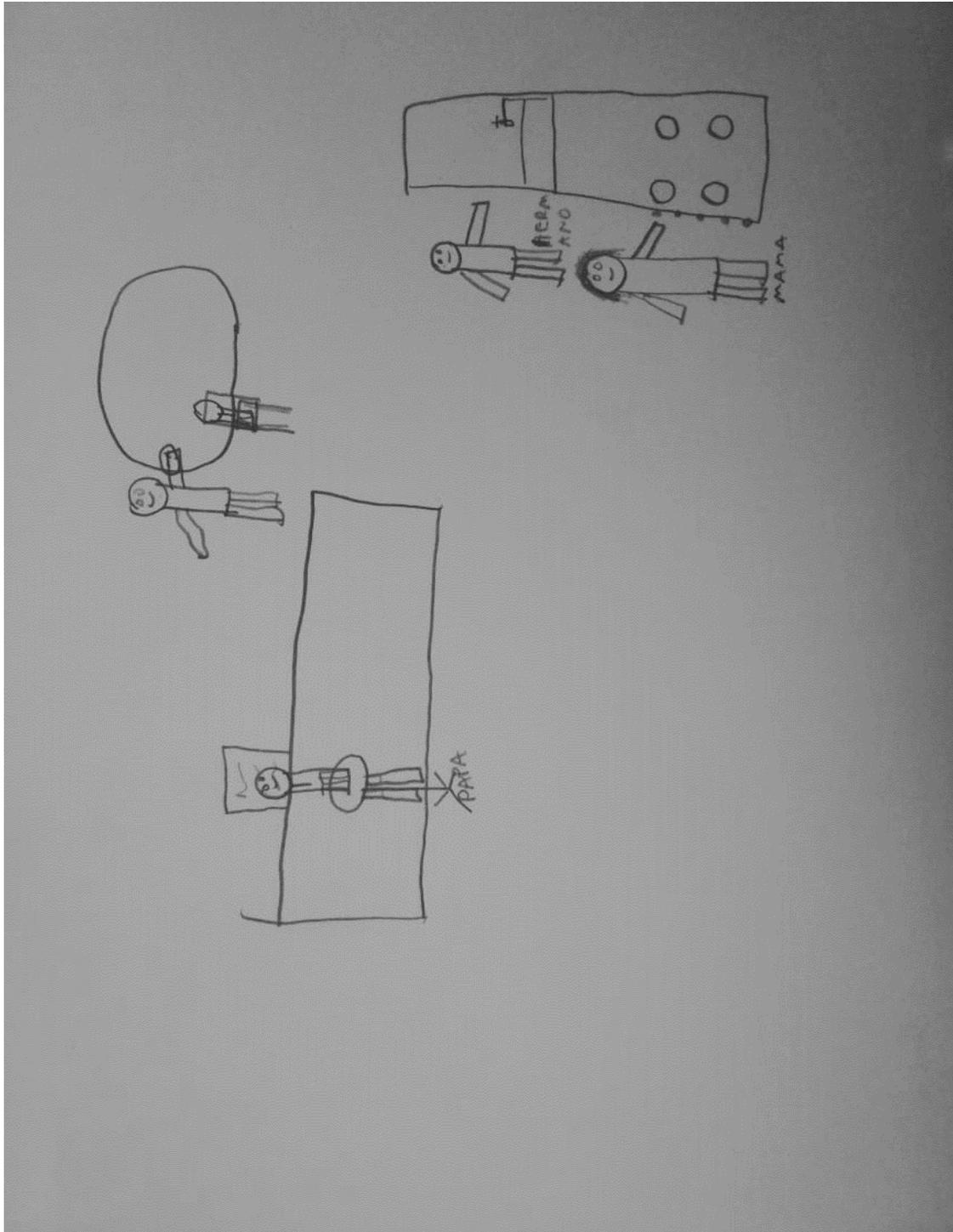
10.1 ANEXO I

Dibujo Libre de Inicio (Mayo 2015)



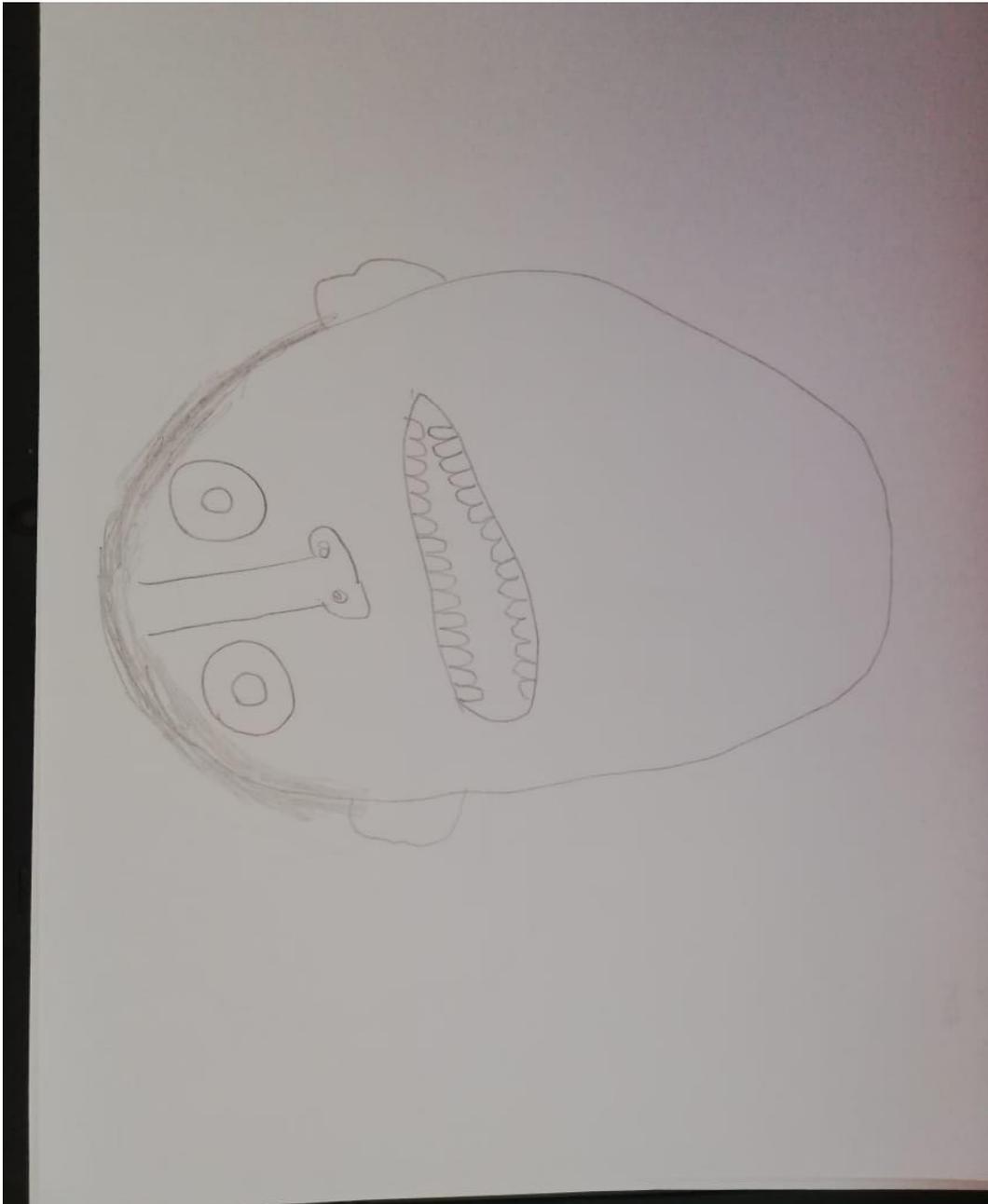
10.2 ANEXO II

Familia Kinética (Junio 2015)



10.3 ANEXO III

Dibujo de Figura Humana (Mayo 2015)



11. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ABERASTURY, A. (1972). Teoría y técnica del psicoanálisis de niños. Buenos Aires. Editorial Paidós.
- BRITTON, R., STEINER, J. (2003). La Interpretación: ¿hecho seleccionado o idea sobrevalorada? *Psicoanálisis APdeBA*, vol. 25, N° 2/3, pp. 407-423. Recuperado de <https://www.apdeba.org/wp-content/uploads/Britton-Steiner.pdf>
- DOLTÓ, F. (1984). La imagen inconsciente del cuerpo. Buenos Aires. Editorial Paidós.
- FREUD, S. (1908). Carácter y erotismo anal. Vol. IX.OC. Buenos Aires. Amorrortu Editores
- FREUD, S. (1915). Pulsiones y destinos de pulsión Vol. XIV. OC. Buenos Aires. Amorrortu Editores.
- FUENTES ALBERO, M, CARRICAJO LOBATO, M., BUSTAMANTE NAVARRO, R., GARCÍA CORTECERO, L. (2009) Actualización en encopresis. *10° Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis*. Recuperado de <https://psicopatocognitiva.files.wordpress.com/2012/02/actualizacion-en-encopresis.pdf>
- KLEIN, M. (1929). La personificación del juego en los niños. *Amor, Culpa y Reparación*. Buenos Aires. Editorial Paidós.
- LIBERMAN, D. (1975) Estilos en el dialogo analítico. *Temas de historia de la Psiquiatría Argentina*, vol. 20. Recuperado de <http://www.polemos.com.ar/docs/temas/Temas20/Estilos%20en%20el%20di%20E1logo%20anal%EDtico.htm>
- MELTZER, D. (1964). El proceso psicoanalítico. Buenos Aires. Ediciones Hormé.
- MIRAMÓN, B., TERÁN DE CORNIGLIO, A., MARÍN, E. (2017). Intimidad y vínculo en la obra de Wilfred Bion. *La época APA online*. Recuperado de <https://laepoca.apa.org.ar/13/intimidad-y-vinculo-en-la-obra-de-w-bion/>
- RODULFO, M. (2014). El niño del dibujo. Estudio psicoanalítico del grafismo y sus funciones en la construcción temprana del cuerpo. Buenos Aires. Editorial Paidós.
- SÁNCHEZ GRILLO, M. (2010) El niño de las hormigas: un caso paradigmático del psicoanálisis con niños. Buenos Aires. Ediciones Biebel.

- SILKA SANTORO, G. (2012) Algunas reflexiones sobre la teoría de David Liberman. *Psicoanálisis*, vol. 34, N° 3, pp. 549-570. Recuperado de <http://www.psicoanalisisapdeba.org/wp-content/uploads/2018/04/Silka.pdf>
- WAKSMAN DE FISCH, F. (1999). Introducción a las ideas de Donald Meltzer vinculadas con el material clínico de las supervisiones. *Psicoanálisis APdeBA*, vol. 21, N° 1/2, pp. 21-39. Recuperado de <https://www.apdeba.org/wp-content/uploads/Waksman-de-Fisch.pdf>
- WINNICOTT, D. (1971). El juego. Exposición teórica. *Realidad y juego*. Buenos Aires. Editorial Gedisa.
- WINNICOTT, D. (1954). Aspectos metapsicológicos y clínicos de la regresión dentro del marco psicoanalítico. *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Buenos Aires. Editorial Paidós.
- WINNICOTT, D. (1988). La naturaleza humana. Buenos Aires. Editorial Paidós.