

## **Trabajo de Integración Final**

**TITULO: “Cristóbal descubre un nuevo mundo, o de cómo se puede salir del cascarón”. *El juego en el proceso terapéutico***

*Especialización en Psicología Clínica de Niños y Adolescentes*

*IUSAM (Instituto Universitario de Salud Mental)*

*Directora de Carrera: Dra. Claudia Bregazzi*

*Alumna: Lic. Marcela Melidoro*

*Directora de TIF: Dra. Claudia Bregazzi*

## Trabajo de Integración Final. Especialización en Clínica de Niños y Adolescencia.

### Tabla de contenido

<b>1. Resumen</b> .....	2
<b>2. Introducción</b> .....	3
<b>3. Objetivos</b> .....	4
3.1 Objetivo General.....	4
3.2 Objetivos específicos.....	4
<b>4. Marco Teórico</b> .....	5
4.1 Una aproximación al autismo.....	5
4.2 Acerca de la relación parento-filial.....	7
4.3 Acerca del juego.....	10
<b>5. Material y Métodos</b> .....	14
5.1 Presentación del caso.....	14
5.1.1 Datos obtenidos en las entrevistas parentales.....	14
5.1.2 Datos obtenidos en las entrevistas con el niño.....	15
5.2. Aproximación Diagnóstica.....	16
5.3 Material.....	18
5.4 Método.....	18
5.4.1 Procedimiento.....	18
5.4.2 Primera Hora de Juego Diagnóstica.....	18
5.4.3 Horas de Juego Terapéuticas.....	20
<b>6. Análisis y elaboración</b> .....	26
6.1 Primer Nivel de Análisis.....	26
6.2 Segundo Nivel de Análisis.....	28
<b>7. Conclusiones</b> .....	30
<b>8. Bibliografía</b> .....	32

<b>9. Anexos</b> .....	34
9.1 Conclusiones de técnicas administradas para el diagnóstico diferencial....	34
9.2 Trastorno de la Comunicación Social.....	36
9.3 Gráfico de la Primera Hora de Juego.....	38

## 1. Resumen

Éste trabajo se inspira en un caso real; se trata de un niño de 5 años 10 meses al momento de la consulta quien comenzó tratamiento psicoterapéutico a los 6 años 10 meses y continúa actualmente.

Inicialmente presentaré el historial clínico para luego hacer un recorrido sobre distintas concepciones teóricas ya que, por las características de presentación del caso, el diagnóstico inicial fue modificándose: desde pensarlo inicialmente como un trastorno generalizado del desarrollo -clasificación DSM IV- con la presencia de defensas asociadas al enclave autista, hasta un trastorno vincular temprano con inhibición. A mi criterio, la confrontación de diversas fuentes teóricas es necesaria debido a lo complejo que en ocasiones resulta delimitar claramente el diagnóstico.

El elemento principal de análisis será el juego, ya que su presentación y evolución a lo largo del proceso constituye el indicador clínico por excelencia en la psicoterapia y el psicoanálisis infantil. Determinaré algunos marcadores tales como: tipo de juego, objetos preferidos, tipos de interacción, roles de los participantes, resolución de conflictos, uso del lenguaje, con el fin de ir comparándolos a lo largo del proceso terapéutico para evidenciar los cambios producidos y por ende las modificaciones sobre el diagnóstico inicial. El método empleado para el análisis referido será el del **Modelo de los tres niveles** de Altmann de Litvan, M.; Miller y D., Bernardi, R. (2014).

Es en la dinámica dramática del juego donde el inconsciente se hace presente, se lo conoce y se lo elabora; la labor del analista es más útil cuando la realiza dentro del juego en forma dramática. Esta condición, acompañada de un encuadre estable, fueron factores suficientes que permitieron desarrollar cambios evolutivos positivos en el niño de este historial.

## **2. Introducción**

A la luz de la información diagnóstica, trabajaré sobre la hipótesis de un trastorno vincular temprano, caracterizado por una excesiva ansiedad de separación como así también por conductas de inhibición, provocando alteraciones en el desarrollo.

Como se verá en las viñetas clínicas transcritas, la ansiedad de separación y la desconfianza hacia el mundo en general condicionaba en el niño un comportamiento de inhibición que lo protegía de una realidad amenazante. No se trataría pues de un comportamiento de retracción ya que, en este niño, se conservaba la relación con el objeto. Esto se infiere del análisis de la evolución del vínculo paciente-terapeuta, como así también de las características del juego. No podía contactarse con la realidad porque ésta le mostraría algo diferente a lo que la madre quería; siendo vulnerable se garantizaba conservar el amor materno. Utilizaba también defensas obsesivas de control como también defensas adhesivas de imitación que le permitían conectarse “adaptativamente” con la realidad. Estas últimas defensas eran inadecuadas cuando las demandas externas lo superaban. Podría pensarse que el trastorno en la comunicación social como así también la afectación de ciertas funciones ejecutivas eran en parte el efecto secundario del comportamiento inhibitorio el cual lo protegía del desamparo y la vivencia de vulnerabilidad. Los datos evolutivos no definen con certeza indicadores orgánicos que den cuenta del trastorno, si bien en los antecedentes perinatales hubo sufrimiento fetal y permanencia en neonatología.

### 3. Objetivos

#### 3.1 Objetivo General:

Evaluar, con un abordaje psicoanalítico, la evolución de un niño diagnosticado con un trastorno vincular temprano con inhibición afectando su funcionamiento cognitivo, y la comunicación social -ver Anexo pag.36-.

#### 3.2 Objetivo Específico:

- Describir la evolución de su comportamiento de introversión, el cual se manifiesta como dificultades en la interacción (aspecto comunicacional del vínculo) con la analista en la sesión.
- Analizar los sistemas defensivos que aparecen en el juego en sesión
- Evaluar mediante la aplicación del **Modelo de los tres niveles**, (Altmann de Litvan, M.; Miller, D., Bernardi, R. (2014) los cambios positivos, negativos o su ausencia a través del material clínico. Para tal fin se usará el primer y segundo nivel de análisis de dicho modelo.

#### **4. Marco Teórico**

Las diferentes líneas de pensamiento dan un marco de referencia al proceso diagnóstico, como así también ayudan en el entendimiento del psiquismo infantil, sin por ello caer en confusiones epistemológicas, todo lo contrario, pretenden enriquecerlo. Desde las entrevistas iniciales, pasando por el inicio del tratamiento hasta los cambios operados en el transcurso del mismo, vamos afinando nuestra comprensión focalizándonos más sobre algunas hipótesis y descartando otras.

Podrían diferenciarse dos etapas en el proceso diagnóstico: la primera se corresponde con los datos iniciales aportados por la familia y la escuela, los cuales abren una serie de interrogantes tentativos; la segunda intenta ser más específica ya que disponemos de nuevas fuentes de información: contacto con el paciente, interconsulta con otros especialistas, entre otras.

El marco teórico presentado intentara dar cuenta de esta evolución.

##### **4.1 Una aproximación al autismo:**

En la actualidad, el fenómeno clínico que históricamente se ha llamado autismo es denominado por la psiquiatría como Trastorno del Espectro del Autismo (TEA DSM-5 2014). Se considera que es un trastorno del desarrollo que aparece en la primera infancia y cuya clínica se caracteriza básicamente por déficits en la interacción y comunicación social y por manifestar patrones repetitivos de conducta e intereses restringidos. El DSM-5, rebautiza al Trastorno Autista con la denominación “Trastornos del espectro del autismo” (TEA). Los TEA quedan ubicados dentro del capítulo Trastornos del Desarrollo Neurológico” (TDN), lo que en el DSM-IV y DSM-IV-TR se llamaban “Trastornos Generalizados del Desarrollo” (TGD) junto con las Discapacidades intelectuales, Trastornos de la comunicación, Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, Trastorno específico del aprendizaje, Trastornos motores, Trastornos de Tics y Otros trastornos del desarrollo neurológico. La base teórica sobre la que está construida la clasificación es la neurociencia, haciendo que el autismo pase a ser entendido como un déficit de la interacción social acompañado por esos patrones repetitivos que es causado por una serie de particularidades genéticas y biológicas.

El término autismo es un concepto atravesado históricamente al menos por tres acepciones: como síntoma de la esquizofrenia, como síndrome kanneriano y como discapacidad del desarrollo. Además, la historia de la construcción del término está protagonizada con tres lógicas diferentes, cada una con su enfoque epistemológico, ya sea derivado del racionalismo o del empirismo, lo que no está demás aclarar que complica el análisis. Las disciplinas son la psiquiatría, el psicoanálisis y la psicología cognitiva. Cada una con sus historias, con sus fundadores y con orígenes que difieren en el tiempo, pero que en la actualidad se entrecruzan y solapan, especialmente en psicopatología del autismo.

### **El autismo secundario encapsulado de origen psicógeno:**

Siguiendo a **Houzel D.** (1993) el autor plantea que el “enclave autista” se distingue del autismo propiamente dicho a causa de su particular enclave en el interior de una personalidad dominada por mecanismos de defensa no autísticos. Mientras que el niño autista requiere de un marco exterior para contener dentro de límites referenciales sus angustias, el niño que presenta un enclave autista dispone en su propio equipamiento psíquico un continente capaz de enclavar esas angustias. El encuadre analítico, en su función contenedora, debe permitir la exteriorización de las angustias contenidas en el enclave autístico: interpretar en relación con el encuadre, elaborar la transferencia arcaica en la que el analista representa al objeto nutricional que sostiene, que protege, todas las funciones que para el bebé implican a la madre, a su vez ella misma sostenida por el padre y que momentáneamente han fallado, lo que impidió su completa interiorización en el funcionamiento mental del sujeto..

Fue **Tustin F.** (1987) quien desarrolló el concepto de “enclave autista” que posteriormente nominó como “barrera” para insistir sobre el obstáculo que representan estos mecanismos autísticos para la formación del símbolo y su mentalización. La autora plantea que estos mecanismos se remiten a un estadio muy primitivo de la vida psíquica en la que el bebé vive la comunicación de un modo muy concreto, como una extensión física de sí mismo -funcionamiento autosensual-. Si la comunicación fracasa o se interrumpe bruscamente -por ejemplo, la madre cae en un estado depresivo o ansioso como en este caso o por excesiva sensibilidad del propio bebé-, se interrumpe el flujo de sensaciones entre ella y su bebé lo que desarrolla una fantasía de amputación, de

agujero. Para luchar contra esa sensación de “no existencia”, el bebé tiende a aislarse del mundo exterior que es experimentado como fuente de sufrimientos y de amenaza y se encapsula en una suerte de delirio de negación del mundo exterior, dirigiendo su autosensualidad hacia aspectos ocultos y perversos en lugar de dirigirlos hacia la comunicación con el otro. Los niños tímidos e inhibidos pueden tener un enclave autístico; el autismo, al decir de Tustin, *es como una fobia masiva respecto del mundo exterior, del no yo. Otro aspecto del enclave autista de los niños neuróticos es la falta de regulación apropiada y eficaz de sus pulsiones.*

#### **4.2 Acerca de la relación paterno-filial: causales de vulnerabilidad**

**Bowlby J. (1989)** brinda aportes interesantes en relación a la intervención de los padres en la crianza de los niños: *“Esto me lleva a una característica central de mi concepto de la crianza de los niños: la provisión por parte de ambos progenitores de una base segura a partir de la cual un niño o un adolescente puede hacer salidas al mundo exterior y a la cual puede regresar sabiendo con certeza que será bien recibido...”*

El apego es el vínculo emocional que desarrolla el niño con sus padres -o cuidadores- y que le proporciona la seguridad emocional indispensable para un buen desarrollo de la personalidad. La tesis fundamental de la Teoría del Apego es que el estado de seguridad, ansiedad o temor de un niño es determinado en gran medida por la accesibilidad y capacidad de respuesta de su principal figura de afecto -persona con quien se establece el vínculo-. El apego proporciona la seguridad emocional del niño: ser aceptado y protegido incondicionalmente

El segundo aspecto al que la teoría del apego presta especial atención es el papel que tienen los padres de un niño en el modo en que éste se desarrolla. Actualmente existen pruebas impresionantes de que la pauta de apego que un individuo desarrolla durante los años de inmadurez —la primera infancia, la niñez y la adolescencia— está profundamente influida por el modo en que sus padres -u otras figuras cuidadoras- lo tratan.

**Schejtman C.** (2004) en su trabajo sobre los efectos de la depresión materna en la estructuración psíquica del niño nos recuerda que “la noción de regulación afectiva” está siendo estudiada desde hace años por psicoanalistas e investigadores de bebés, Fonagy et al (2002), Gergely (1995) y otros. Los autores definen la regulación afectiva, como la capacidad de controlar y modular nuestras respuestas afectivas y la consideran crítica en la constitución y regulación del self. En estos desarrollos no es la cantidad de afecto la que perturba la constitución del self, sino los efectos de los afectos negativos en la medida en que no pueden ser contrarrestados ni atemperados. Los investigadores de infantes consideran que el infante tiene una capacidad regulatoria propia ya al nacer, pero ésta es aún muy lábil e insuficiente y requiere del andamiaje regulatorio que le provee el ambiente. El proceso de regulación mutua, tanto a nivel de los intercambios emocionales sociales como a nivel de los estados de consciencia e intersubjetividad, determina mucho del curso emocional, social y representacional del infante, incluyendo la formación de su cerebro. Cuando la regulación se va realizando satisfactoriamente, el niño como sistema y como parte de un sistema diádico se expande y se vuelve más coherente. Cuando hay fallas, la complejidad del niño se ve reducida o limitada y éste tiende a disminuir sus intercambios tanto con el mundo intersubjetivo como con los objetos materiales, juguetes, etc.

**Greenspan S.** en su Escala de Clasificación de 0 a 3 años, en el Eje I que corresponde al motivo de consulta, hace referencia a los Trastornos de Regulación. Los define como dificultad para autorregularse y organizar un estado afectivamente positivo, calmo y alerta. Se trata de un patrón conductual asociado a una dificultad para el procesamiento sensorial-motor que se puede manifestar como: hipo o hiperreactividad a ruidos, luces, imágenes, texturas, olores, temperaturas, al contacto o al dolor, hipersensibilidad oral, déficit en el procesamiento auditivo verbal o viso espacial, tono y estabilidad musculares pobres, déficit cualitativo en la motricidad gruesa o fina, déficit cualitativo en la capacidad para prestar atención y concentrarse, dificultad en planificar y modular la actividad motriz. Inseguridad gravitacional. En la misma escala el Eje II hace referencia a los trastornos de la relación, clasificando diferentes tipos de vínculos de los progenitores con el niño. En el caso que nos ocupa podría pensarse en un tipo de relación sobreinvolucrada considerando el perfil materno. Según Greenspan, este tipo de relación, se caracteriza por un excesivo involucramiento físico y/o psicológico del

progenitor, interfiriendo, dominando, sobreexigiendo al infante, quien frente a esta demanda puede desplegar conductas sumisas o, por el contrario, desafiantes. También el niño puede presentar falta de habilidades motrices como también en la expresividad lingüística. El progenitor no ve al infante como a un individuo separado con sus propias necesidades, ni tiene un interés auténtico en la singularidad de la criatura.

**El Síndrome del Niño vulnerable** (Green, Solnit -1964)<sup>1</sup>, *aporta datos interesantes en relación a la afectación del vínculo madre-bebe cuando existe riesgo de vida: “por más de seis años, observaciones en pacientes pediátricos de dos regiones del condado de Indianápolis y New Haven, han sido hechas con el fin de examinar la hipótesis de que aquellos niños cuyos padres suponen que morirán prematuramente, generalmente se desarrollan con trastornos psico-sociales. Esta expectativa de muerte ocurre en el momento del nacimiento ya que el temor a la muerte de la propia madre se desplaza sobre el bebé, dicha expectativa se ve incrementada si tanto el bebé como la madre corren riesgo de vida tanto durante el embarazo como en el parto, por ej. placenta previa o dificultades durante el parto. Indicios de separación patológica son frecuentes. El niño puede ser puesto al cuidado de un abuelo, pero raramente se recurre a una niñera. En casos extremos la madre y el bebé nunca se separan. Trastornos en el sueño son comunes: el niño generalmente duerme en la habitación de los padres, con la madre o con ambos, o en su propia cuna o cama, la cual es ubicada próxima a la madre así ella puede verlo. En muchos casos, parece que los padres no son capaces de poner límites. Los padres son excesivamente indulgentes o serviciales, mientras el niño es generalmente dependiente, desobediente, irritable, caprichoso. Los problemas de alimentación también son comunes. La ansiedad de separación, por ejemplo, cuando llega el tiempo de escolarizarse, también es un indicador frecuente: el niño y la madre comparten un acuerdo tácito de que el pequeño solo está a salvo en presencia de su madre...en el ámbito escolar se dificulta la concentración y el aprendizaje...”*

Por su parte **Klein M.** (1934) asevera: *Junto con la relación del niño, primero con su madre y pronto con el padre y otras personas, se produce el proceso de internalización.*

---

<sup>1</sup> Traducido del texto original por la autora del presente trabajo.

*El niño, al incorporar a sus padres, los siente como personas vivas dentro de su cuerpo, del modo concreto en que él experimenta estas fantasías inconscientes. Se va construyendo, en la mente inconsciente del niño, una correspondencia entre las experiencias reales y las experiencias del mundo exterior, aunque alterada por sus propias fantasías e impulsos. La madre que él ve, la madre real, le da así pruebas continuas de cómo es la "interna". Las experiencias desagradables y la falta de experiencias gratas, en el niño pequeño, especialmente la falta de alegría y contacto íntimo con los seres amados aumenta la ambivalencia, disminuye la confianza y la esperanza y confirma sus ansiedades sobre la aniquilación interna y la persecución externa.*

En consonancia con este desarrollo **Emilce Dio Bleichmar** (1991) plantea en relación a la identidad fóbica lo siguiente: *"Lo que caracteriza al medio fóbico es una sobrepreocupación por la seguridad física y psicológica del niño, ubicándolo en el lugar del que corre peligro, del que debe temer algo. El yo del niño se constituye sobre la base de esta imagen que el padre o la madre contribuyen a crear..."* Hugo Bleichmar sostiene que lo que caracteriza al sujeto fóbico, es la especial codificación del universo en términos de peligro y seguridad. No es sólo una reacción exagerada ante los hechos peligrosos, es un filtro especial por el cual se dimensiona o evalúa una situación cualquiera como susceptible de ser peligrosa. Es una específica reacción cognitivo-afectiva, porque el afecto desplazante, la ansiedad y el miedo surgen de una evaluación, de un juicio cognitivo por el cual se categoriza algo como peligroso... Esta función cognitiva, la atribución del carácter peligroso a los objetos y situaciones del mundo, se crea, instala y desarrolla a través de la identificación que hace el niño con los procesos cognitivos parentales. Se trate de que el niño presente un síntoma, que desarrolle un estilo de personalidad o un carácter fóbico, lo esencial es que su origen y organización están basados en la identificación.

#### **4.3 Acerca del juego:**

Para **Piaget J.** (1969), el juego simbólico señala el apogeo del juego infantil. Resulta indispensable para el equilibrio afectivo e intelectual del niño que pueda disponer de un

sector de actividad cuya motivación no sea la adaptación a lo real, sino la asimilación de lo real al yo. El juego transforma lo real por asimilación más o menos pura a las necesidades del yo. Es indispensable para el niño que pueda disponer de un medio propio de expresión, de un sistema de significantes contruidos por él y adaptables a sus deseos.” *El juego simbólico no es solo asimilación de lo real al yo, sino asimilación asegurada por un lenguaje simbólico construido por el yo y modificable a la medida de sus necesidades*”. De esas múltiples funciones del juego simbólico se han derivado diferentes teorías que pretenden ser explicativas del juego en general. La corriente psicoanalítica plantea que el juego permite explicitar conflictos inconscientes: intereses sexuales, defensa contra la angustia, fobias, agresividad, etc. El simbolismo del juego se une en esos casos al del sueño...

**Winnicott D.** (1972) nos confía el siguiente pensamiento: *“para mí el significado del jugar adquirió un nuevo color desde que seguí el tema de los fenómenos transicionales y busqué sus huellas en todos sus sutiles desarrollos.”* Lo que es esencial del jugar de un niño pequeño es la preocupación que lo caracteriza: hay un estado de casi alejamiento afín a la concentración de los niños mayores y los adultos. El niño que juega habita en una región que no es posible abandonar con facilidad y en la que no se admiten intrusiones. Esa zona no es una realidad psíquica interna, esta fuera del individuo, pero no es el mundo exterior. Al jugar manipula fenómenos exteriores al servicio de los sueños, implica confianza y compromiso al cuerpo. En esencia el juego es satisfactorio, en tanto y en cuanto el nivel de ansiedad no sea excesivamente elevado. Si lo fuera, una posibilidad en un niño neurótico es que se interrumpa; otra posibilidad es que no pueda salir de él, debido a un debilitamiento del principio de realidad.

**Valeros J.** (1997) plantea que desde el punto de vista estructural y dinámico no se juega porque haya situaciones inconscientes que pujan por ser transferidas. Se juega por que el jugar está relacionado con una necesidad básica y exclusiva de los seres humanos, la de simbolizar, que es satisfactoria en sí misma. Las transferencias aparecen dentro del juego, porque este es el estado mental más propicio para su objetivación, elaboración e integración. Dado que la conducta natural del niño es el juego, si el niño no puede jugar el analista debe interpretar cual es el juego potencial que el paciente

desplegaría y que no puede -accionado sobre las defensas-, que le impide realizar el juego al paciente y que necesita aportar el analista para facilitar que se despliegue. La interpretación debe realizarse en forma lúdica. Cuando el analista juega con el paciente, pero tiene la segunda intención de reemplazar el juego por el lenguaje discursivo, crea una situación que puede dañar el juego. La interpretación que sirve, durante el transcurso del juego, es la que se da espontáneamente en el analista, como resultado y en la medida que logra representar el papel que consiente e inconscientemente el paciente le asigna en el juego. Así las fantasías inconscientes saldrán a la luz: serán investigadas, conocidas, transformadas, dominadas; integradas en la persona del paciente.

**Los desarrollos teóricos ya explicitados son acompañados por diferentes líneas de investigación que confluyen en coincidir sobre:**

- ✓ *La vital importancia de la primer relación madre-hijo, la determinación del tipo de vínculo a partir de la disposición materna, y la importancia del juego en la habilitación de un espacio que crea subjetividad*

**Scilletta D.** (2007), en su investigación acerca del vínculo madre-hijo nos dice que el objetivo general de esta investigación fue explorar y describir la posibilidad de estas madres de transformar en sujetos a sus hijos o no, o sea, subjetivarlos. Se intentó arribar a dicho objetivo a través del estudio de las fijaciones libidinales y las defensas que se pusieron en evidencia en los discursos de las mismas. Se trata, en consecuencia, de un estudio de naturaleza exploratoria y descriptiva.

El trabajo de **Vino N.** (2009) intenta aplicar categorías fenomenológicas al análisis. Se tratará de comprender esa evolución a partir básicamente de los conceptos de un caso clínico, que, a causa de la relación hostil de su entorno, desarrolla defensas de cuerpo propio, espacio, intencionalidad y horizonte, provenientes de la fenomenología husserliana. Estos conceptos mostraran que el foco de atención debe ponerse en la génesis de la experiencia del bebé, esfera en la que ellos operan.

Por su parte, **Schejtman C.** (2004) revisa los efectos de la relación infante-auxiliar materno en la estructuración psíquica, analizando específicamente los casos de madres deprimidas o lábilmente conectadas en los primeros tiempos de la vida de sus hijos.

- ✓ *La importancia del juego en la habilitación de un espacio que crea subjetividad:*

El trabajo de **Morici S.** (2003), metaforiza esa posición particular a la que debe acceder un analista de niños, cuya función podría resumirse en la habilidad de abrir el juego del análisis para posibilitar el lento armado de las categorías faltantes que intervienen en el entramado de un aparato psíquico. Realza, entonces, tanto el lugar del juego en la construcción misma del espacio infantil, como la posición del analista de niños en tanto habilitadora de dicha construcción.

## 5. Material y Métodos

### 5.1 Presentación del caso

Este niño llegó a consulta hacia fines del año 2015 por indicación del Jardín de Infantes al que concurría. El **informe del colegio** hacía referencia a conductas de aislamiento, pobre intercambio con pares, lenguaje escaso, generalmente requería a un docente para que lo asistiera. En el momento de ingreso al Jardín le costaba separarse de quien lo acompañaba -generalmente el papá-, se ponía a llorar y reclamaba ser alzado -dato que podría sugerir un trastorno de ansiedad de separación, esto se corrobora en las entrevistas iniciales diagnósticas-. El comportamiento descrito ya había sido percibido en Sala de 4. La preocupación al momento de la consulta obedecía a la persistencia del comportamiento y a la inminente promoción del niño a primer grado.

#### 5.1.1 Datos obtenidos en las entrevistas con los padres

En las **entrevistas preliminares con los padres**, ellos focalizaban su preocupación en las dificultades del niño para: expresarse, socializarse, aceptar cambios en las rutinas y en la puesta de límites; los berrinches constantes como forma de oposición además de su labilidad atencional. En relación a los datos evolutivos aportados, refieren que el niño nació por cesárea debido a signos de sufrimiento fetal. En relación a este episodio la madre comentó que el embarazo fue una etapa muy dichosa hasta el momento del nacimiento. A partir de allí ella recuerda que no podía “despegarse” de su hijo, es más, no se atrevía a dejárselo a nadie -incluso a su propia madre- por temor a que algo le pasara. Esta es una idea que se le impone sin poder encontrar el verdadero motivo de su temor. El control sobre su hijo aun hoy persiste: si se cambia solo, tiene que fiscalizar que haga todo bien, si va a natación es ella quien le hace el bolso al hijo. La sensación de desconfianza frente a terceros es una emoción muy presente en ella. Podríamos suponer que este temor de la madre se desencadenó frente a las circunstancias particulares del nacimiento, o que tal vez ya preexistía en ella esta predisposición, considerando que con su segundo hijo repitió un patrón similar.

La primera preocupación en torno al desarrollo de Cristóbal surgió a los 3 años 6 meses. El papá refiere un retroceso en el lenguaje a los 2 años y 6 meses cuando nació la hermana. La mamá suponía que no había retroceso, sino que el desarrollo era escaso

desde antes. Creo que la postura de ambos es correcta, Cristóbal ya manifestaba un lenguaje poco desarrollado pero la confrontación con la hermana hizo explícito la diferencia. La reacción del niño frente al nacimiento de su hermana fue calificada como de “indiferencia” -según comentan los padres, *como si no existiera*-, sólo cuando la niña comenzó a caminar y a hablar, aumentó el contacto entre ambos.

Hasta hace dos meses -se refiere a esta primera consulta- el niño dormía con su madre, actualmente comparte el cuarto con su hermanita. Podría pensarse en una conducta sobreprotectora de la madre -Tipo de Relación Sobreinvolucrada, Eje II Escala 0-3 de Greenspan-.

Los padres también hicieron referencia a las dificultades del niño a la hora de comer: se distraía con facilidad y su apetito era variable según el día o la comida elegida; había días que comía y otros que no. Esto generaba conflictos y dudas en la dinámica familiar en relación a los límites impuestos frente a este comportamiento: ¿dejarlo sin comer o forzarlo? -frente a algunos comportamientos del hijo los padres se muestran bastante desorientados sobre cómo abordarlo, el tema de la alimentación es uno de esos casos-

En relación a sus actividades preferidas mencionaron los juegos con bloques, autos -a los que ordenaba repetidas veces de la misma forma- y particularmente los dinosaurios. No veía dibujos animados, pero si películas infantiles. No realizaba actividades extraescolares al momento de la consulta. Antes iba a fútbol; pero tuvieron que interrumpir ya que el niño lloraba demasiado, se distraía y no respetaba las consignas de la actividad. Aparentemente la dificultad de separación aumentaba su ansiedad a tal extremo que le imposibilitaba disfrutar de la propuesta recreativa.

También hicieron referencia a algunos miedos que el niño manifestaba particularmente a la ducha, a los aparatos eléctricos y a cortarse el pelo, -se podría asociar este comportamiento con un Trastorno de la Regulación según la Escala 0-3 de Greenspan Eje I-

### **5.1.2 Datos obtenidos en las entrevistas con el niño**

En las **entrevistas diagnósticas individuales** pude ir visualizando las variaciones en relación a la separación del niño de su acompañante: en el primer encuentro requirió la presencia del padre durante toda la entrevista, posteriormente lloraba intensamente

pero finalmente accedía a entrar solo cuando el adulto lo acompañaba hasta el consultorio. Paulatinamente el llanto fue cediendo hasta desaparecer.

Esta gradualidad en la separación también se manifestaba en el tipo de vínculo con la terapeuta: en un principio no establecía contacto visual y posteriormente, habiendo adquirido familiaridad con el espacio terapéutico, acepto la presencia de la misma. La terapeuta en un principio ocupaba el rol de “espectador”, para luego convertirse en el destinatario de alguna demanda del niño -estas variaciones en el vínculo parecen relacionarse con una ansiedad persecutoria que lo inhibe, más que en una conducta de retracción de tipo autista-.

En relación al juego, el tipo de juego predominante era el de construcción, pero en sus comienzos adquiría la modalidad repetitiva y de copia según un patrón establecido. En el proceso de exploración y reconocimiento descubrió libros de dinosaurios y de castillos. Pedía que se los muestre y le relate lo que estaba escrito en las páginas. Su interés por lo nuevo se vuelve posteriormente ritualizado como una forma de control sobre su ansiedad -en el análisis del material clínico se amplía este comentario-. Esta escena se reitera en otros encuentros y la acción debe repetirse de la misma forma que aconteció en el pasado, de no hacerlo así, el niño comenzaba a lloriquear como un niño pequeño y se mostraba enojado. El uso del lenguaje se limitaba a nombrar elementos aislados, sus frases eran muy simples: cuando se lo llamaba por su nombre –Cristóbal- respondía: *¡Nooo! Yo Cristobalito* -así lo llamaba su madre-.

## **5.2. Aproximacion diagnostica**

El material recopilado abre una serie de interrogantes e hipótesis en relación al diagnóstico. Con referencia a los datos aportados por los padres acerca del comportamiento del niño en su medio escolar y familiar, los mismos parecieran sintonizar con la triada diagnostica presente en los trastornos generalizados del desarrollo. Me refiero a las alteraciones cualitativas de la interacción social, la comunicación y a patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos y repetitivos. Siguiendo a Houzel podría también pensar en la presencia de “enclaves autistas”, estos se distinguen del autismo propiamente dicho a causa de su particular enclave en el interior de una personalidad dominada por mecanismos de defensa no autísticos.

Por lo antedicho, es necesario profundizar acerca del grado de afectación tanto del nivel lingüístico como cognitivo como así también de posibles causas orgánicas; por otro lado, las características particulares del vínculo temprano madre-bebé marcado, en apariencia, por las condiciones del nacimiento que lleva a la madre, ante el temor a la pérdida, a proteger a su hijo de un medio hostil y peligroso, podría condicionar en el niño el desarrollo de cierto tipo de mecanismos de ¿retracción o introversión fóbica? que lo protegen de una realidad amenazante. El interrogante también apunta a analizar y evaluar la efectividad de la función paterna en el proceso de diferenciación de la diada madre-bebé, como garante del acceso a la simbolización y por ende a la cultura.

Ante la inminencia del receso por vacaciones, no se inicia tratamiento en ese momento. Se sugiere a los padres realizar interconsulta para completar el diagnóstico cognitivo-lingüístico, como así también comenzar el proceso terapéutico a la mayor brevedad. No es sino hasta fines del 2016 que se retoma el contacto con esta familia. En ésta oportunidad los padres traen **nueva información diagnóstica**: se trataría de un Trastorno de la comunicación social -ver Anexo pag. 36-, con afectación en la memoria de trabajo y otras funciones ejecutivas. El lenguaje se ve afectado en los aspectos morfosintáctico, semántico y pragmático. Se descarta Trastorno del Espectro Autista -ver Anexo pag.34-: para concluir este diagnóstico el niño fue evaluado con el ADOS, la misma es una escala de evaluación estandarizada y semi-estructurada de la comunicación, la interacción social y el juego o el uso imaginativo de materiales para sujetos con sospecha de trastornos de espectro autista. El ADOS consta de un conjunto de actividades, que proporcionan contextos estandarizados, donde el evaluador puede observar o no la presencia de ciertos comportamientos sociales y de la comunicación relevantes para el diagnóstico de los TEA. Si bien la prueba permite discriminar si un sujeto padece el trastorno de referencia, no aporta información acerca de las estrategias o mecanismos que el niño pone en marcha frente a situaciones de conflicto. Es desde la mirada psicoanalítica que podemos comprender las particularidades de la estructuración del psiquismo infantil.

Comentan también que el niño está cursando primer grado con mucha dificultad, -inicia la escolaridad primaria con 6 años, 3 meses-, manifiestan sentirse muy frustrados ante las dificultades escolares: Cristóbal se resiste a asistir al colegio, se distrae con mucha

facilidad, se le dificulta la comprensión de los contenidos curriculares y su interacción con pares es prácticamente inexistente.

El niño inicia tratamiento, el cual continúa hasta la fecha. También acuerdo con los padres la necesidad de algunas entrevistas familiares y otras exclusivamente con la madre. A partir del año 2017 recibe apoyo psicopedagógico, fonoaudiológico y acompañamiento escolar con adaptación curricular.

### **5.3 Material**

#### Unidad de análisis:

Horas de juego. Todas son individuales, excepto la primera en la cual participó el padre.

Un gráfico que corresponde a la primera hora de juego diagnóstica.

### **5.4 Métodos**

Se analizará el material clínico según el **Modelo de los tres niveles**, utilizando el primero y segundo nivel de análisis. El Primer nivel se refiere a la Descripción fenomenológica de las transformaciones y el Segundo nivel a la Identificación de las principales dimensiones diagnósticas del cambio.

El objetivo de este modelo es observar los cambios positivos, negativos o la ausencia de cambio en el niño a través del material clínico. Para ello, se toma en cuenta el nivel de desarrollo esperado, el entorno en el cual está creciendo el niño, así como la perspectiva de los padres y sus capacidades para la parentalidad.

En su aplicación para pacientes niños, este modelo enfatiza el lugar del juego, ya que se trata de una forma natural de expresión en el niño así como de un medio privilegiado de intercambio con el analista, en el que a través del despliegue de deseos, ansiedades, fantasías, defensas y relaciones de objeto, no solamente se puede evaluar el nivel de desarrollo, habilidades y la organización de su personalidad sino que fundamentalmente es a través de él que se promoverá el crecimiento y el desarrollo emocional del niño.

#### **5.4.1 Procedimiento:**

Comenzaré presentando diferentes viñetas que se corresponden con una secuencia temporal que abarca desde el primer contacto con el niño hasta octubre de 2017.

El paciente sigue en tratamiento.

#### **5.4.2. PRIMERA HORA DE JUEGO DIAGNOSTICA (fines del 2015)**

En esta ocasión el niño llega acompañado por su padre. Ante la invitación de pasar al consultorio, Cristóbal no quiere entrar solo: se acerca al padre y se acurruca en señal de no querer separarse. El papá trata de convencerlo vanamente, el niño lloriquea. Los invito a ambos a pasar.

El niño trae consigo dos muñecos -el Hombre Araña y Batman-. Se sientan juntos y frente a la oferta lúdica se dedica a explorar: mira, toca, revisa. Descubre unos soldados, pero los deja, luego unos rompecabezas y los arma.

Descubre hojas y crayones. Con un crayón azul realiza un dibujo, del cual no verbaliza nada. -Se adjunta dibujo en Anexo pag. 38-

Finalmente le atrae un balde con bloques para armar.

Durante este tiempo el niño me mira de reojo, emite sonidos suaves y muy pocas palabras.

En el balde de bloques descubre un catálogo con modelos para construir. El padre aprovecha la ocasión para que su hijo vaya nombrando los distintos animales que aparecen en las imágenes. Cristóbal las reconoce y nombra.

Finaliza la sesión. Nos despedidos, Cristóbal no me saluda.

A lo largo de este encuentro, me limité a dar una pequeña consigna inicial pero no intervine más. Asumí un rol de observación cuyo objetivo era registrar el desarrollo de la sesión y la interacción entre padre e hijo.

#### **Análisis interpretativo de la Hora de Juego**

La reacción del niño frente a una situación desconocida manifiesta un alto nivel de ansiedad que le impide poder separarse, por esa razón es acompañado por el adulto confiable. Trae consigo dos muñecos que bien pueden significar sus objetos acompañantes como también un "triumvirato": ¿será un problema de tres que habrá que resolver? Reconoce la presencia del analista, la acción transcurre entre dos, pero bajo la mirada de un tercero. El padre lo anima a mostrar que cosas sabía, como por ejemplo

reconocer y nombrar algunos animales. -Intuyo que el padre se siente observado y necesita demostrar que Cristóbal a pesar de todas sus dificultades también puede manifestar alguna habilidad-.

Guiarse con un catálogo para realizar pequeñas construcciones podrían interpretarse como conductas de control y de acompañamiento frente a lo desconocido de la situación. El gráfico muestra una figura circular pequeña dentro de otra más grande, por fuera algo los sostiene. A través del dibujo pareciera comunicar cual es el conflicto: un vínculo primario protector y una terceridad que tal vez amenaza con romper ese equilibrio.

### **Siguientes horas diagnósticas**

En los siguientes encuentros diagnósticos hubo algunos cambios en relación al tiempo de la separación, siempre era el padre quien lo acompañaba, -la madre empezó a traerlo al iniciar el tratamiento-. Los momentos de llanto fueron decreciendo hasta poder entrar al consultorio solo, a veces salía del consultorio para cerciorarse que el padre estaba afuera. Posteriormente la dificultad de corte apareció al terminar cada sesión, no quería irse y el llanto aparecía. En relación lo que ocurría durante la sesión se focalizaba en jugar con los mismos elementos -bloques y libros de dinosaurios y de castillos-, construir los mismos objetos y repetir las mismas escenas de sesiones anteriores, rechazando cualquier invitación a introducir cambios. Tal vez dicho comportamiento obedecía a mecanismos neuróticos de control obsesivo sobre lo incierto como una estrategia para mantener a raya la ansiedad. Comenzó a mirarme, puede suponerse que el espacio se ha vuelto menos atemorizante para el niño. Uso restringido del lenguaje: monosílabos y palabras sueltas.

### **5.4.3. HORAS DE JUEGO TERAPEUTICAS**

Hacia fines del 2016 nos volvemos a reencontrar. La separación con el adulto acompañante fue un tanto dificultosa al principio, pero cedió rápidamente. Las primeras sesiones fueron de reconocimiento: volvió a tomar contacto con las mismas cosas que jugaba antes. Aparece en escena una nueva actividad: descubre tres nuevos elementos que lo atraen: un juego de Lego de un señor cartero, otro de una mamá con su bebé y

un niño, y un juego de living con dos personajes que representan a una abuela y un abuelo.

El uso de estos elementos se repite a lo largo de varias sesiones, con esto me refiero a que siempre busca la presencia de esos objetos para el armado de la escena, ninguno de ellos debe faltar.

### **A. LA FAMILIA (fines del 2016)**

En esta ocasión es la mamá quien lo trae a consulta.

Ingresa sin dificultad y lo primero que hace es buscar su equipo de juego preferido.

Compone las escenas y me mira

*T: Veo que preparaste todo como otras veces, ¿y ahora que hacemos Cristóbal?*

*P: ¡Dale!*

*T: ¿quieres que yo arme una historia?*

*P: ¡Sí!!*

Intencionalmente modifico la historia para ver su reacción

*P: ¡No!!!! ¡Lo que decías!!!*

*T: ¡Ahhh!! Vos quieres que arme la misma historia que hicimos antes*

*P: ¡Sí!!*

La historia inicia por la mañana, la mamá despierta a sus hijos para desayunar, el bebé toma su mamadera. El papá ya se fue a trabajar. Acompaña a su hijo mayor a la escuela y ella se queda con el bebé. Más tarde cuando el niño vuelve de la escuela y el papá del trabajo, van a visitar a sus abuelos. Allí ven televisión, toman la merienda y luego se vuelven a su casa. Este relato puede tener algunas variantes, pero generalmente responde al mismo patrón, yo voy realizando las intervenciones y Cristóbal acompaña con la acción moviendo los personajes. A los personajes infantiles le pone nombres poco familiares que inventa en el momento y a la mamá muchas veces la nombra "Maria", en alusión a la Virgen ya que él concurre a un colegio religioso.

La sesión continúa desarrollando las historias hasta que llega el momento de finalizar. Juntos guardamos todo y nos despedimos.

## **Análisis interpretativo**

La repetición de la historia podría entenderse como expectativa inconsciente de curación familiar, o como manifestación de una escisión de su realidad familiar. Me inclino por pensar, tomando en cuenta las sesiones posteriores, que la escena repetida parece indicar la posibilidad de elaborar un nuevo contenido dentro del marco de contención brindado por el espacio terapéutico. Poder poner en escena un nuevo modelo familiar ideal o deseado instrumentando mecanismos de control sobre lo fantaseado: soy yo

quien da letra a la escena y Cristóbal “maneja” la acción. La repetición -me refiero a la misma escena con los mismos personajes-, pareciera significar no algo imposible de modificar sino algo posible de acontecer, aquí la reiteración estaría al servicio de la elaboración ya que acontece en el contexto terapéutico, espacio facilitador de sus fantasías, y no un medio hostil del cual protegerse.

### **B. MAUI (fines de marzo de 2017)**

Cristóbal está en la sala de espera con su papá. “Lee una revista” mientras llega su hora.

Cuando me ve, se acerca y me abraza. El papá le pregunta: *¿Quieres que me quede?* Y él le contesta: *¡No! Chau.* Entramos al consultorio y me dice: *Hoy vamos a hacer un barco.*

Para que la secuencia tenga sentido, debo aclarar que lo que aquí acontece ya había tenido su inicio tres sesiones atrás. En esa ocasión Cristóbal comienza a decir que quiere construir un “anzuelo”. Me muestra como es, lo dibuja en el pizarrón y luego en papel. Él dice que el “anzuelo es de un semidiós”, habla de “Maui”. Le pregunto por el termino semidiós y por el uso del anzuelo, pero no da respuestas. Ese anzuelo queda guardado en su caja. Reconozco que hace referencia a la película Moana.

Hace primero la vela en papel -es el barco de Moana-, le dibuja una figura en ella. Le agrega un palito para que la vela no se caiga y lo pega a la parte de abajo del barco. La base del barco tiene dibujos de peces esto lo pinta antes del armado final del barco.

*Ahora voy a dibujar a Moana y Maui. A Moana le hace pezones: ¡Uy! ¿Qué tiene ahí?, pregunto yo. Cristóbal baja la cabeza y se sonríe. ¡Claro! ¡Es una nena! ¡Y Maui es varón!, digo yo. A Maui le hace tatuajes sobre el cuerpo. Las piezas se pegan sobre cartón y se recortan. Mientras trabajamos -él me pide colaboración para recortar y pintar-, va contando detalles de la película que recuerda a la perfección: habla de una abuela que cuenta la historia de la tribu.*

*P: las cosas no estaban bien y Maui y Moana van a arreglar las cosas.*

A Maui le dobla la mano para que pueda sostener el anzuelo. Con los personajes terminados va concluyendo la sesión y guarda todo en su caja.

A la sesión siguiente dice: *vamos a hacer un anzuelo, una pala -remo- y un collar* Mientras trabajamos va tarareando una canción de la película -ponemos la música-.

*P: ¿Vos quien quieres ser? ¡Yo soy Maui!*

*T: ¿quién quieres que sea yo?*

*P: ¡Sos Moana!*

Armo un bote con sillas y empiezo a remar. Él se para en un extremo de la habitación y se esconde bajo un puff -este es un elemento muy significativo para él que representa algo así como un lugar de protección- para que yo lo busque. Él dice: *¡es mi caparazón!* -como si fuera su escudo-. Luego quiere ser otro personaje: el cangrejo que le robó el anzuelo a Maui, y yo se lo tengo que sacar. Luego intercambiamos roles. Le divierte tener el anzuelo y sentirse fuerte y poderoso.

Esta escena continúa en la sesión siguiente, pero esta vez Cristóbal arma los personajes con bloques, perfectamente ensamblado respetando todos los detalles, las construcciones adquieren tridimensionalidad.

Propone un juego: ir a la isla a recuperar el anzuelo y llevarle el corazón a Tefiti. Usamos todo el espacio del consultorio para recrear la historia. En esta ocasión el fin de la sesión no fue fácil ya que Cristóbal deseaba continuar jugando.

### **Análisis Interpretativo**

Tefiti es la madre dadora de vida. Posee un corazón, pero el corazón fue robado por Maui y ahora la vida se apaga. El corazón junto con el anzuelo de Maui está en el fondo

del mar. Moana es la elegida para recuperar el corazón en compañía de Maui, quien está desterrado ya que perdió su poder.

A mi criterio la película es una metáfora de la sesión: en el interior de Cristóbal-Maui hay una madre desvitalizada, en duelo con la cual se identifica que lo condena a la inhibición. Podría pensarse en una relación objetal narcisista más que en un repliegue sobre el yo, esto último implicaría un alejamiento del mundo objetal. En este niño se conserva la unión con el objeto idealizado.

Hay que “recuperar el corazón” para eso está Moana –terapeuta- quien necesita la ayuda de Maui –Cristóbal-, si Maui no la acompaña no será posible recuperar el corazón. El viaje no es fácil, hay peligros, la opción parece ser esconderse o avanzar.

Hay un vínculo de confianza y sostén, sin el cual el viaje no sería posible de iniciar. Al decir de Valeros: *las transferencias aparecen dentro del juego, porque este es el estado mental más propicio para su objetivación, elaboración e integración.*

Hay un reconocimiento de lo femenino, madre desvitalizada -Tefiti-, madre vital-Moana- Aparece la escena primaria en construcción la cual se recrea en el dispositivo analítico. El juego simbólico se despliega en toda su riqueza...

### **C. ECHAR A LOS PADRES (agosto de 2017)**

Al finalizar la sesión los padres estaban afuera esperándolo. La mamá le pide a Cristóbal que espere afuera ya que querían contarme algo. Él se queda un tanto desconcertado mientras los papas van ingresando. El niño irrumpe en el consultorio y con un fuerte *NOOOOO* los empuja para que salgan. Pongo en palabras lo sucedido: *creo que queda claro de quien es este espacio en este momento, ¿no?*, los papas lo aceptan y se despiden.

La reacción de Cristóbal fue muy contundente para todos incluso para mí, si bien en otras ocasiones fue necesario recordarles a los padres la importancia de respetar el espacio terapéutico del hijo al intentar ellos comunicar cuestiones de su aflicción al cierre de la sesión, lo novedoso de lo ocurrido ahora fue la expresión manifiesta del niño en defender su lugar.

### **D. EL AEROPUERTO (octubre de 2017)**

Al entrar a sesión me dice: *tenemos que hablar*. Le pregunto sobre qué y él me contesta ¡*el 20 me voy de vacaciones!* Miramos el calendario para ver cuánto falta y mientras me dice que va a visitar “Disney kids”. Va a buscar el balde de bloques y propone armar una casa y un aeropuerto. Mientras se dedica al armado, hace como que me tira bombas, pero también construye un escudo para protegerme. Continúa tirando otras bombas y dice: ¡*sigamos!* Construye la sala de espera, el avión, una valija. El altavoz llama para embarcar -yo hago el anuncio-. Como se da cuenta que hay que subir al avión y no hay por dónde hacerlo, construye una escalera. Llega a destino busca la valija y se le ocurre subirse a un taxi que lo lleva a su casa. Arma el interior de la casa, y en la cocina se prepara hamburguesas. Es la hora de terminar, guardamos las construcciones y se despide.

### **Análisis Interpretativo**

Esta sesión refleja un intento anticipatorio de elaborar la separación con la analista. Aquí “yo soy la dejada”, pero ¿“voy a estar cuando él vuelva”? El temor al desencuentro le provoca hostilidad, pero lo resuelve dejando puentes para garantizar el regreso, intenta avanzar sin recurrir a la inhibición, instrumentando recursos más adaptativos. También el recurso lúdico funciona como un intento yoico de anticipar y elaborar una situación potencialmente ansiogena, me refiero al viaje en avión.

## 6. Análisis y elaboración

### 6.1 Primer nivel de análisis: Descripción fenomenológica de las transformaciones

La elección de las diferentes viñetas responde a evidenciar transformaciones a lo largo de la secuencia temporal en que se desarrollaron.

El tipo de juego predominante es el de construcción, pero en sus inicios adquiría la modalidad repetitiva y de copia según un patrón establecido. Este tipo de juego tenía la intención exploratoria de ir descubriendo el encuadre terapéutico al igual que el lugar que él y yo ocupábamos en este terreno. En los comienzos manifestaba reticencia a permanecer, luego ingresaba más calmo pero mi inclusión era mantenida a distancia. Necesitaba mi presencia, como observadora y moduladora de su ansiedad, ante el despliegue de construcción que el desarrollaba y si yo participaba era para repetir un diálogo que ya había sido dicho en otra ocasión. Ante cualquier variante se enojaba o llorisqueaba hasta lograr que la escena fuera la misma. Inicialmente podría pensarse que esta insistencia en el no cambio obedecía a mecanismos de inhibición frente a la amenaza de un entorno desconocido e igualmente amenazante. Posteriormente pude entender que estos mecanismos de control responden más a mecanismos obsesivos ante el surgimiento de la ansiedad, manejando al objeto con el fin de controlarla. Gradualmente el juego fue adquiriendo más creatividad, si bien comienza desde un elemento motivador que él introduce en la sesión. La propuesta se va distanciando de un patrón preestablecido para hacerse más fluida, permitiendo y aceptando una intervención más activa de mi parte con intercambio de roles, lo cual es un buen indicador de evolución positiva. El juego ocupaba más espacio y pudo avanzar desde el escritorio hasta otros lugares incluyendo el movimiento y la incorporación de nuevos objetos. Gana en dinamismo y riqueza, como puede inferirse de la segunda sesión **B. Maui.**

En relación a la importancia del espacio terapéutico para el niño puede verse también una transformación positiva que culmina con una aceptación y defensa del mismo. No acepta interferencias de “otros” ya que solo a él le pertenece, como sucede en **C. Echar a los padres.**

Otra transformación positiva tiene que ver con la aceptación de los cortes y separaciones dentro del proceso terapéutico. Una vez que el espacio adquirió pertenencia, separarse resultaba dificultoso: intenta postergar el momento de la despedida, como también en ocasiones llevarse parte de su producción. La viñeta **D. El aeropuerto** evidencia una actitud más activa en relación a la separación: es él quien se va, quien me deja, disponiendo de recursos propios que le permiten tolerar la distancia y la espera, usa mecanismos defensivos más neuróticos que le permiten volver activo lo vivido pasivamente. Por otro lado, podemos considerar también que aquí el juego adquirió otra función: se utiliza como estrategia anticipatoria de lo que podría suceder en un futuro cercano, relacionado con el inminente viaje que la familia iba a hacer.

Desde el punto de vista de mi contratransferencia, el niño fue capaz de despertar sensaciones empáticas en mí. Puedo reseñar cambios a lo largo del proceso, en su inicio sentía el estado de vulnerabilidad de Cristóbal al igual que su desconcierto y su angustia. Intentaba armar mi propio criterio entre el niño del relato parental y el que aparecía en mi presencia. Sentía desconcierto y deseos de saber más acerca de su problemática, tal vez esto motivó explorar más acerca del diagnóstico. Las emociones que en mí evocaban su comportamiento parecían similares a las que yo podría tener en circunstancias vitales parecidas, por ejemplo, la sensación de indefensión al distanciarme de una figura significativa y protectora. Transmitir y crear un espacio de contención y confianza fueron mis objetivos iniciales. Resistir la hostilidad, tolerar la espera, hasta incluso vivenciar satisfacción por los logros manifiestos, además de percibir en mí un estado de diversión ante sus propuestas lúdicas. La contratransferencia evidencia pues, ser un válido indicador diagnóstico, como también lo es mantener un encuadre estable.

Fuera del contexto terapéutico, particularmente en su medio escolar, mantiene dificultades en el rendimiento y en la interacción social. Durante su primer grado, etapa durante la cual tuvo lugar el proceso diagnóstico, su participación escolar era prácticamente nula. Tampoco desde la institución eran reconocidas sus necesidades pedagógicas. Durante su segundo grado el acompañamiento fue distinto, se trabajó sobre adaptación de contenidos y con una maestra integradora. Las mejorías fueron lentamente evidenciándose, particularmente en lo social: comenzó a reconocer a algunos de sus compañeros, pasar al frente a contar cuentos y a integrarse a su ambiente.

La familia por su parte, siempre se mostró sumamente colaboradora en todo el proceso, si bien priorizan lo escolar por sobre los demás aspectos del niño. Estas áreas más “desatendidas” son abordadas en entrevistas parentales.

## 6.2. Segundo nivel de análisis: *Identificación de las principales dimensiones diagnósticas del cambio.*

Pensando en un diagnóstico referido a un trastorno vincular temprano con inhibición, es que me propuse, como objetivo prioritario, la construcción de un vínculo empático, de sostén, que habilite un proceso gradual de diferenciación y de una mayor discriminación yo-no yo. Esto fue posible gracias al establecimiento de un encuadre analítico que facilitó un marco seguro y confiable para que estos procesos intrapsíquicos pudieran llevarse a cabo. Ha sido en el campo lúdico donde se jugó la batalla entre el puro presente y la conquista del “como si”, la vivencia de la ausencia -pérdida del objeto- que permitió la adquisición de códigos significantes dentro de una secuencia temporal. Este proceso de individuación posibilitó el desarrollo del simbolismo. El niño ha podido discriminarse de una imagen “preformada” sin tener pánico de diferenciarse de lo que la madre veía en él y en consecuencia ser rechazado por ella; pudiendo así estructurar una identidad genuina y propia.

A lo largo del desarrollo de las distintas sesiones las cuales en sus inicios se caracterizaban por no establecer contacto conmigo, hablar muy poco, jugar a los bloques construyendo objetos siguiendo una guía predeterminada, se transformaron en momentos en los cuales el niño fue adoptando el espacio terapéutico como una matriz de contención y protección que le permitió reconstruir las características de sus objetos internos.

Hubo una recreación de la escena primaria “en construcción”, apareció la escenificación y el placer lúdico expresado en el juego de roles, junto a: la capacidad de personificación, la identificación introyectiva, la creatividad y el despliegue de un lenguaje más fluido. Surgió el concepto de “mañana”, que evidencia la existencia de encuentros y desencuentros dentro de la dimensión temporal. Este concepto aparece bellamente descrito por **Meltzer D.** (1979): *El tiempo, que no se podía diferenciar de la distancia en la unidimensionalidad de la desmentalización y que había adquirido cierta vaga continuidad o circularidad al moverse de un punto a otro en la superficie del mundo*

*bidimensional, comienza ahora a tener una tendencia direccional propia, un movimiento inexorable de adentro hacia afuera del objeto. Pero la operación continua de la omnipotencia da forma a la fantasía de identificación proyectiva. Por este medio no solo se afirma la reversibilidad de la diferenciación del self respecto del objeto, sino que también se proclama, como corolario, la reversibilidad de la dirección del tiempo. Es solamente una vez que se ha montado la lucha contra el narcisismo y ha disminuido la omnipotencia que imponen la intrusión y el control sobre los objetos buenos en los mundos interno y externo, que puede comenzar la formación de un mundo tetradimensional.*

En “su” espacio -al igual que el espacio que él ocupa en mi mente- puede permitirse expresar fantasías hostiles sin temor a dañar o ser dañado; integrando los aspectos amorosos junto a los agresivos. Va elaborando gradualmente su ansiedad por la separación, trocando lo pasivo en activo mediante el uso de diferentes recursos lúdicos y lingüísticos, en una ocasión quiso filmar un video en el cual él era el personaje principal. Hay conciencia del límite y puentes con la realidad más fuertes. Frente a las nuevas “conquistas” permanece el temor a la no aceptación, al desamparo y por ende a la pérdida del amor en relación a una figura materna poco continente; ante estas situaciones instrumenta defensas adhesivas de imitación -ya superadas-, alternando mecanismos de control obsesivo con defensas maniacas, con el fin de mantener la integridad del objeto interno bueno. Comienza a mostrarse como un niño neurótico. Empieza a dejar de sentirse espectador para ser “protagonista” dentro de la dinámica familiar y tibiamente en su ámbito escolar.

## 7. Conclusiones:

Retomando el título del presente trabajo, Cristóbal ha descubierto un nuevo mundo, pero ese descubrimiento tiene sus costos, abandonar un espacio protegido produce temores e incertidumbres, y no me refiero solamente al niño de la historia, también hago referencia a los padres. Quedarse en el espacio conocido implicaría permanecer en un tiempo sin tiempo, en un tiempo desvitalizado como la isla de Moana por haber perdido el corazón de la diosa Tefiti. Pero el potencial está, y con él la posibilidad de encaminarse fuera del caparazón hacia el nuevo horizonte...

Es importante que en el espacio analítico se vaya mostrando que el niño es aceptado como es, y se le vaya permitiendo un desarrollo espontáneo que tal vez la madre no pudo lograr. En el caso de Cristóbal la experiencia catastrófica de la mamá frente al nacimiento volvió extensivo ese temor a todos los objetos del mundo externo. Solo con ella hay seguridad, pero para ello es necesario permanecer en ese estado de indefensión, inhibiendo un desarrollo adaptativo. Podríamos pensar en una identificación con ese objeto idealizado que a su vez es depositario de los impulsos agresivos del niño pero que muy probablemente la madre no puede tolerar. Las condiciones recreadas dentro del espacio analítico permitieron que el niño no quedara anclado, detenido, en su desarrollo por el uso de rígidos mecanismos de control que lo inhibían obstaculizando un crecimiento saludable.

El analista de niños, deberá contar con la habilidad de abrir el juego del análisis para posibilitar el lento armado de las categorías faltantes que intervienen en el entramado de un aparato psíquico, utilizando el recurso lúdico como el espacio por excelencia para el logro de tal objetivo.

No menos importante resulta la intervención de los padres en este proceso. Identificar los distintos niveles de demanda en relación al motivo de consulta, la responsabilidad de los padres como así también su compromiso, son todos elementos a tener en cuenta al momento de pensar la viabilidad del tratamiento. *La demanda inconsciente es la que hace pregunta en el analista. Se refiere a la ubicación del niño en el narcisismo de los padres, en sus identificaciones, en su condicionamiento transgeneracional, y en la representación de hijo y deseo de hijo que estos porten.* **Morici S.** (2003). Los encuentros frecuentes con los padres de Cristóbal permitieron ir generando un vínculo de compromiso valioso que favoreció la continuidad del tratamiento.

Concluyendo, pienso que es muy importante al momento de diseñar la estrategia de intervención, tomar en consideración estos distintos niveles de comprensión acerca de la problemática del niño. Otra variable altamente significativa es lo que plantea **Valeros** (1997) en relación a la intervención analítica: *el encuadre estable, pero especialmente la estabilidad emocional del analista, desencadena un proceso natural de curación; el paciente ya trae un diseño de su propia cura y resulta pues poco útil que el analista intente imponer sus objetivos de curación; es en la dinámica dramática del juego donde el inconsciente se hace presente, se lo conoce y se lo elabora; la labor del analista es más útil cuando la realiza dentro del juego en forma dramática.* A lo cual agregaría considerar a la contratransferencia como un indicador válido para analizar la evolución del proceso terapéutico.

En el caso de Cristóbal, mucho queda aún por recorrer, aunque ya ha “descubierto” que su “caparazón-escudo” tiene fecha de caducidad.

Parafraseando a **Gisela Untoiglich** (2013) podríamos decir que los síntomas infantiles abordados psicoanalíticamente son acontecimientos que, afortunadamente, pueden considerarse escritos en lápiz.

Lic. Marcela Melidoro

## 8. Bibliografía

**Altmann de Litvan, M.; Miller, D., Bernardi, R.** (2014). *El modelo de los tres niveles. Observando cambios y transformaciones en el proceso psicoterapéutico de niños*. Cap. 16. Tiempo de Cambio: Indagando las transformaciones en psicoanálisis. El modelo de los tres niveles. Great Britain: Karnac Books

**Bleichmar Emilce Dio** (1991) *Temores y fobias. Condiciones de génesis en la infancia*. En Fobias por Identificación (pp. 55-82). Buenos Aires: Editorial Gedisa.

**Bowlby John** (1989) *Una base segura: Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. En El cuidado de los niños (pp. 13-28) y en El papel del apego en el desarrollo de la personalidad (pp. 140-147). Buenos Aires: Editorial Paidós.

**Green Morris, Solnit Albert** (1964). *Reactions to the threatened loss of a child: A vulnerable child Syndrome*. Pediatric Management of the dying child, Part III. Pediatrics 1964: 34:58.

**Greenspan Stanley** Escala de Clasificación diagnóstica 0-3 (1994- R 2005) National Center for Clinical Infant Programs. En Eje I Diagnóstico Primario. Trastornos de la regulación (pp.52-64). En Eje II Clasificación de los Trastornos de la relación (pp.77-92). Buenos Aires: Editorial Paidós.

**Houzel, Didier** (1993). *Los enclaves autistas en los psicoanálisis de niños*. Revista *Psicoanálisis con niños y adolescentes*, Nº 5.

**Klein Melanie** (1934). *Sobre la psicogénesis de los estados maniacodepresivos*. En: Contribuciones al Psicoanálisis, Tomo II de Obras Completas de Melanie Klein. Buenos Aires: Editorial Paidós – Hormé

**Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)**. (1995). En Otros trastornos de la infancia, la niñez y la adolescencia. Trastorno de ansiedad por separación (pp. 116-120). Barcelona: Ed. Masson.

**Meltzer, Donald.** y otros. (1979). *Exploración del autismo: un estudio psicoanalítico*. En la dimensionalidad como un parámetro del funcionamiento mental: su relación con la organización narcisista (pp. 198-208). Buenos Aires: Editorial Paidós.

**Morici, Silvia** (2003). Comentarios acerca de “Que pueda abrir la puerta para ir a jugar”. *Cuestiones de infancia*, 7, 88-98.

**Piaget Jean., Inhelder Barbel.** (1969). *Psicología del niño*. En La función semiótica o simbólica (pp. 59-74). Madrid: Editorial Morata

**Schejtman, Clara.** (2004). *Efectos de la depresión materna en la estructuración psíquica durante el primer año de vida*. *Psicoanálisis e Investigación empírica con infantes. Subjetividad y procesos cognitivos* (pp. 281-302). UCES.

**Scilletta, Delia** (2007)-Jornada UCES *Investigación acerca del vínculo madre - hijo con diagnóstico de autismo*.

**Tustin, Frances** (1987). *Barreras autistas en pacientes neuróticos*. Buenos Aires: Amorrortu

**Vino, Noemí Amelia** (2009). *Relaciones tempranas y constitución corporal*. I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVI Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

**Winnicott, Donald** (1972) *Realidad y Juego*. En *El juego: exposición teórica* (pp.61-92). Barcelona: Editorial Gedisa.

(1979) *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. En *Desarrollo emocional primitivo* (pp.199-214). Bs. As.: Editorial Paidós.

**Valeros, José** (1997). *El jugar del analista*. En Parte II Ensayos clínicos (pp.109-206) Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica de Argentina.

## 9.1 ANEXOS

### 9.1.1 Conclusiones de técnicas administradas para el diagnóstico diferencial

#### **ADOS (Escala de observación para el diagnóstico del Autismo)**

Cristóbal no presenta sintomatología compatible con Trastorno del Espectro Autista.

Hay alteración a lo largo de todo su desarrollo en áreas relacionadas al lenguaje y la interacción social.

Deficiencia en el desarrollo de la imitación y de las diferentes etapas del juego.

Las actividades socio – comunicativas le generan un gran monto de ansiedad ya que cuando la relación tiene que estar mediada por el lenguaje se enfrenta a la dificultad de no poder construir de manera espontánea una idea y comunicarla. Frente a esto responde de manera emocional: llora, se desorganiza, actúa de manera más impulsiva o evitativa.

Los datos arrojados en la presente evaluación nos permiten plantearnos como hipótesis diagnóstica un Trastorno de la Comunicación Social.

Para arribar a conclusiones más certeras es necesario complementar la evaluación con una indagación neurolingüística para poder definir las capacidades de Gastón en esta área tanto en lo expresivo como en lo comprensivo.

Por otro lado, es necesaria una evaluación neurocognitiva para indagar sobre el funcionamiento de sus capacidades cognitivas y sobre todo Funciones Ejecutivas para dar cuenta de sus procesos atencionales, organización, planificación, secuenciación, control de los impulsos, inhibición y regulación de la conducta.

Para indagar sobre su perfil sensorial es necesario una evaluación en integración sensorial con Terapeuta Ocupacional certificada. Esto podrá ofrecer no solo explicaciones sobre determinadas respuestas sensoriales atípicas -por ej., audición- sino sobre aspectos conductuales y atencionales que generan dificultad.

#### **EVALUACION COGNITIVA**

Se efectúa una evaluación cognitiva utilizando dos herramientas validadas a nivel internacional para estimación de CI.

El **Wisc IV** arroja como resultado en los índices Razonamiento Perceptual y Velocidad de Procesamiento puntajes acordes a la media de la población. De manera similar es la performance en estos mismos ítems en el test **Leiter 3**.

En ambos test por otro lado se manifiestan severas dificultades en el área de la comunicación, ya sea en la comprensión verbal como en aspectos semánticos no verbales. Esto en cierta forma viene a confirmar las sospechas que surgieron a partir de la evaluación de Desarrollo y TEA donde se descarta un Trastorno del Espectro del Autismo, pero se observaba en Cristóbal dificultades para construir la idea de lo que quiere transmitir y ponerla en palabras. Por otro lado, también hay puntajes muy bajos en Memoria de Trabajo que impacta también en lo lingüístico.

Para profundizar un poco más sobre su perfil cognitivo no verbal el test **Leiter 3** que en su última versión nos permite indagar sobre la Atención y Memoria mediante pruebas donde no interviene el lenguaje.

Observamos que en ambos ítems tienen un rendimiento algo inferior a la media de la población, aquellas pruebas que requieren de la memoria de trabajo y capacidad inhibitoria registran puntajes muy bajos.

La Memoria de Trabajo es un aspecto cognitivo muy importante que puede dar cuenta de las dificultades neurolingüísticas ya que es la que guarda y procesa durante breve tiempo la información que viene de los registros sensoriales; por otro lado, la MT permanece en conexión con la memoria a largo plazo, que permite acceder a los conocimientos y experiencias pasadas que el sujeto haya tenido sobre el tema que se mantiene on line en la MT. De esta manera, con las aportaciones de esa información se operaría con mayor precisión en la resolución de los problemas planteados.

La afectación de la Memoria de trabajo y de otras funciones ejecutivas: atención, control inhibitorio, planificación, etc., sumado a su desempeño psicolingüístico dan un marco para comprender las dificultades socio comunicativas y pedagógicas del niño.

## **EVALUACION NEUROLINGUISTICA (Test ITPA)**

### Análisis Cualitativo

Si detallamos los sub-test en función de los puntos débiles obtenidos podemos decir que el sub-test que obtuvo el puntaje más bajo fue el de *Asociación Auditiva*, el cual evalúa la capacidad para relacionar conceptos que se presentan oralmente. Luego le

sigue el sub-test *Comprensión Auditiva* -evalúa capacidad para obtener significado a partir de material presentado oralmente-; en igual medida *Expresión Verbal* -evalúa la fluidez verbal del niño-, *Integración Gramatical* -evalúa la habilidad para usar la gramática de manera automática completando frases en función de un dibujo-, *Integración Visual* -evalúa la habilidad para usar la gramática de manera automática completando frases en función de un dibujo, habilidad para identificar objetos conocidos a partir de una representación incompleta-. Y en menor proporción los sub-test *Memoria secuencial auditiva* -evalúa el recuerdo inmediato de material a través de la repetición de series de dígitos- y *Memoria Secuencial Visomotora* -capacidad para reproducir de memoria secuencia de figuras no significativas-.

Por último, en función de los datos obtenidos el niño obtuvo una edad psicolingüística de *4 años 1 mes*, a partir de la suma de las puntuaciones obtenidas en los 10 sub-tests. Es decir, indica el rendimiento medio en cada sub test que corresponde a dicha edad cronológica.

#### Observaciones:

Cristóbal en varias oportunidades necesito la ayuda por parte de la terapeuta ya que ante determinadas preguntas no sabía que responder, siendo necesario brindarle más de un ejemplo para poder realizar la prueba. Se observa un ritmo de trabajo lento, se dispersa con frecuencia.

#### Conclusiones del test:

Paciente que presenta afectación de su lenguaje en todos sus niveles, tanto en el plano automático como representativo. Presenta una edad psicolingüística inferior a su edad cronológica.

### **9.1.2 TRASTORNO DE LA COMUNICACIÓN SOCIAL (Pragmática). DSM V**

Se refiere a un nuevo diagnóstico, recoge aquellos casos en los que hay dificultades en el componente pragmático (uso) del lenguaje, similares a los asociados a los niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA), pero que no presentan todas las características para recibir tal diagnóstico.

#### Criterios diagnósticos:

**A. dificultades persistentes en el uso social de la comunicación verbal y no verbal que se manifiesta por todas las siguientes:**

1. déficits en el uso de la comunicación con objetos sociales, tales como saludar y compartir información, de una forma que es apropiada para el contexto social.
2. Deficiencia en la aptitud para cambiar la comunicación para ajustarse al contexto o para atender a las necesidades del oyente, tales como
3. hablar de manera diferente en la clase o en el recreo, hablar de manera distinta a un niño que, a un adulto, y evitar el uso excesivo de un lenguaje formal.
4. Dificultades para seguir las reglas de la conversación y para narrar, tales como mantener los turnos de conversación, parafrasear cuando no entiendes, y conocer cómo usar los signos verbales y no verbales que regulan la interacción.
5. Dificultades para comprender lo que no está explícitamente expresado -ej. hacer inferencias- y significados del lenguaje no literal o ambiguo -ej. modismo, humor, metáforas-

**B. Los déficits producen limitaciones funcionales en uno o más de los siguientes dominios, como una comunicación efectiva, la participación social, relaciones sociales o en el rendimiento académico o laboral.**

**C. El inicio de los síntomas se produce en un momento temprano del desarrollo, pero los déficits pueden no ser completamente manifiestos hasta que la comunicación social demanda un nivel que excede sus capacidades.**

**D. Los síntomas no son atribuibles a otra condición médica o neurológica, o bajas aptitudes en el dominio de la morfología o la gramática y no se explica mejor por el trastorno del espectro autista, discapacidad intelectual, retraso global del desarrollo u otro trastorno mental.**

9.1.3 **Gráfico Primera Hora de Juego.**

GRÁFICO 1ª HORA DE JUEGO DIAGNÓSTICA

