

AUTOR/A: Demaría, Valentina Noelia

TÍTULO: Clínica psicoanalítica: un caso de encopresis

TESIS: Trabajo final integrador

CARRERA: Especialización en Psicología Clínica

DIRECTOR/A: Dra. Cristina González

Tipo de licencia



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

FECHA: 13/12/2022

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

TRABAJO FINAL

Clínica psicoanalítica: Un caso de
encopresis

Autora: Lic. Valentina N. Demaría

Directora: Dra. Cristina González

Año 2021

“El analista debe ser capaz de construir una historia, pero no sólo eso: debe construir un idioma que él pueda hablar y el paciente entender”

(Bion, 1991)

INTRODUCCIÓN

El siguiente trabajo tiene como finalidad presentar un caso clínico como requisito para finalizar la carrera de Especialización en Psicología Clínica de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Córdoba.

Se buscará con ello visualizar el proceso de evaluación y tratamiento, articulándolo con el marco teórico que justifica las intervenciones que allí tuvieron lugar.

Se trata de un caso personal de la práctica privada en consultorio con un menor de edad, que se considera puede tener relevancia para repensar la singularidad del caso, y quizás obtener inferencias posibles a otros casos semejantes en algunas de sus manifestaciones.

Además, la decisión de exponer dicho caso deviene en el alto interés de la autora en relación al trabajo con niños que llegan a consultorio, llevados por sus padres, en busca de ayuda psicológica.

La teoría psicoanalítica es la que guiará tanto la presentación como la lectura que justifican las intervenciones realizadas en el proceso terapéutico.

OBJETIVOS

- *General:*
 - Analizar el proceso de evaluación y tratamiento ocurrido en un caso clínico de niños desde la postura psicoanalítica.
- *Específicos:*
 - Realizar un diagnóstico presuntivo del caso.
 - Analizar las diferentes situaciones ocurridas, los conflictos y defensas involucradas en el caso.
 - Visibilizar intervenciones realizadas.

METODOLOGÍA E INSTRUMENTOS

La información utilizada en el escrito fue extraída de entrevistas con los padres y datos obtenidos de los encuentros con el niño en trabajo personal y profesional de la autora. Dicha información contiene manuscritos, gráficos y entrevistas realizadas en el proceso de tratamiento, como así también los diferentes juegos y dibujos realizados por el niño.

Los datos personales del paciente fueron cambiados en su totalidad a fin del resguardo del secreto profesional.

Un estudio de caso es una herramienta de investigación. Siguiendo a Jiménez Chaves, V. E. (2012), existen varias razones por las que la investigación mediante estudios de casos es un modo de investigación viable: una de ellas es que el investigador puede estudiar el fenómeno objetivo, permite responder el cómo y el porqué, tema poco desarrollado o sin ningún estudio anterior.

Es así como el estudio de casos es uno de los métodos más apropiados para aprender la realidad de una situación, en los que se requiere explicar relaciones causales complejas, realizar descripciones de perfil detallado, generar teorías o aceptar posturas teóricas exploratorias o explicativas, analizar procesos de cambio longitudinales y estudiar un fenómeno que sea, esencialmente, ambiguo, complejo e incierto (Villareal y Landeta, 2007; citado en Jiménez Chaves, V. E; 2012).

Jiménez Chaves (2012), menciona a Yin (1989) como uno de los investigadores renombrados y como la persona que estableció que el estudio de caso permite analizar el fenómeno objeto de estudio en su contexto real, utilizando múltiples fuentes de evidencia, cuantitativas y/o cualitativas simultáneamente. Por otra parte, esto conlleva el empleo de abundante información subjetiva, la imposibilidad de aplicar la inferencia estadística y una elevada influencia del juicio subjetivo del investigador en la selección e interpretación de la información. Es, por tanto, una metodología de investigación cualitativa que tiene como principal debilidad la falta de confiabilidad de sus resultados y en la generalización de sus conclusiones; lo que la enfrenta a los cánones científicos más tradicionales y lo que, de alguna manera, la ha marginado frente a otras metodologías más cuantitativas y objetivas como metodología científica de investigación empírica.

Dentro de la clasificación de las metodologías de investigación en Psicología, establecida por Montero y León (2002), se dice que el escrito encastra en la categoría *Estudios cualitativos – Estudios de casos* (estudios descriptivos no estructurados que se refieren a una única unidad muestral, bien sea una persona, un grupo, una organización, etc.)

ESTUDIO DE CASO

El encuadre del caso a describir fue pactado con una sesión semanal, de 1 hora de duración, cada una; y el tratamiento en su totalidad, tuvo una duración de 1 año aproximadamente.

El paciente niño tenía 5 años al momento de la consulta y ha sido llamado Sebastián, quien de ahora en adelante será referido como S.

Se realizaron entrevistas con los padres del paciente antes de comenzar el tratamiento y durante el mismo.

La madre de S. (María – 37 años) acude a la consulta por primera vez, exponiendo como motivo de consulta su preocupación frente a la imposibilidad de su hijo de controlar los esfínteres, específicamente la incapacidad en defecar. El padre del niño (Carlos - 42 años), si bien se ausentó en la primera consulta, asiste días después fundamentando su ausencia por cuestiones laborales.

S. asiste a jardín (sala de 5), y vive con sus padres y sus hermanas (Martina - 4 años y Delfina - 2 años).

Su desarrollo evolutivo había sido normal hasta ese momento, según lo manifestado por la pareja parental.

Se encuentra en las entrevistas un antecedente, que ha sido vinculado al motivo de consulta. Aproximadamente un año atrás de la fecha de la primera consulta, S. contrajo una enfermedad que le ocasionó una serie de lesiones en todo el cuerpo, como si fueran ronchas ásperas, a lo cual los médicos no encontraron explicación causante en ese momento. Luego de dos semanas en las que habían aparecido los primeros síntomas, debieron trasladarlo e internarlo en la ciudad, para realizar mayores estudios y su posterior tratamiento. En principio y aparentemente, se trataba de una reacción alérgica a alguna comida.

S. permaneció internado durante dos semanas, hasta su total recuperación. Su madre comenta que, en ese tiempo, el niño no podía defecar con normalidad, debido a los medicamentos y la alimentación que le proporcionaban. También menciona que, en el último tiempo, cuando S. tenía comportamientos inadecuados o juzgados como

negativos por sus padres, era amenazado con que lo iban a internar nuevamente; de esa manera S. comenzaba a portarse mejor.

En la primera entrevista con el niño, S. se muestra algo tímido y luego de observar la caja de juegos, selecciona uno para jugar. A lo largo de la consulta, no habla mucho, pero al finalizar la sesión, se muestra entusiasmado en regresar.

En encuentros posteriores, S. pudo adquirir la confianza necesaria para ir hablando e interactuando con la terapeuta en mayor medida.

Con el correr de las sesiones, se identifica que la elección del niño corresponde a juegos que requieren de lógica y precisión, como los rompecabezas u otros juegos de mesa, tales como damas y ajedrez. También los juegos que implican construir y armar. Cabe señalar que su juego preferido es el rompecabezas de súper-héroes, y así arma el mismo una y otra vez en varios encuentros.

En una sesión, S. menciona que aún no puede ir al baño pero no explica el por qué. Aquí se advierte que el niño tiene noción del porqué de su concurrencia al psicólogo. Su madre comenta que acude al baño sólo una vez a la semana, luego de sentirse muy molesto y hacer un enorme esfuerzo por “retener”, lloriqueando y buscando el cobijo de sus padres. Aclara también que sólo logra ir al baño en presencia de alguno de ellos, pidiendo que entren con él y lo esperen.

A pesar de estas dificultades a la hora de defecar, los estudios clínicos no muestran existencia de alteraciones físicas. Además, la madre del niño resalta que no puede existir dolor al momento de ir al baño ya que ha incorporado una dieta saludable que ayuda que la consistencia de las heces sea de fácil expulsión.

S. realiza varios gráficos a lo largo del tratamiento.

Uno de ellos grafica un barco y el recorrido que hace dividido en tres paradas, hasta llegar a su destino: en la primera parada dibuja a 5 personas, en la segunda dibuja una cruz similar a la del hospital, y en la última parada dibuja a su casa.

En otra de las sesiones, el niño realiza un dibujo de su familia; así él grafica a todos los integrantes de su familia nuclear excepto a sí mismo, y todos en color negro. En próximas entrevistas parentales, se habla sobre los gráficos de S.; particularmente

de aquel dibujo familiar en el cual él no se incluye, y sus padres están de acuerdo en que últimamente están “cansados de renegar” con el niño, situación que deriva en menores actividades compartidas con él, como salir a pasear a la plaza o jugar a un juego de mesa en casa. De alguna manera, S. necesita del síntoma para poder expresarse.

También, en esa misma consulta con ambos padres, ellos expresan que últimamente el niño “reclama” mayor atención. Esto a su vez, coincide con la etapa en que S. es llevado a su nueva habitación, comenzado de esta manera a dormir solo en ella. Dicha situación posiblemente haya sido uno de los desencadenantes del conflicto con la presente etapa evolutiva, debido a que marcó una gran separación entre S. y el resto de la familia, por lo cual él intentó compensar simbólicamente esa angustia de separación.

Se aclara que ambos padres trabajan, por lo cual no siempre se encontraban en la casa cuando S. necesitó de ir al baño. El niño y sus dos hermanas se quedaban a cargo de una niñera.

Los padres de S. deseaban que el niño sea “normal”, situación por la cual le exigían no solo que vaya al baño como antes lo hacía, si no también otras conductas para ser correcto. Lo mencionado ha sido posible de detectar en las entrevistas parentales. A modo de ejemplo, la madre de S. comenta en una sesión que los compañeros del niño tenían excelente en la libreta del jardín, y que S. obtuvo muy bueno, preocupándose y exponiendo que el niño debe ser como el resto, logrando obtener también la misma calificación para ser un “niño normal”. Por lo dicho, se hipotetiza que la interacción entre el niño y sus padres ha sido uno de los determinantes en el conflicto de S., conjuntamente con otros posibles factores de influencia en el niño.

De esta manera, surge el interrogante ¿cómo es la relación de S. con sus padres y hermanas? Así, se realizó un sondeo del clima familiar, encontrando en los resultados, abundantes retos y gritos, por parte de los padres hacia el niño, relacionados a la frustración que generaba el hecho de que S. no podía ir al baño durante varios días. Posiblemente no había lugar para la comprensión del conflicto de

S. Dicha situación podría haber dañado la relación padres-hijo y la autoimagen del niño.

De esta manera, las intervenciones que se realizan en este momento del tratamiento tuvieron que ver con el trabajo con los padres, tras detectar demasiadas exigencias hacia el niño en diferentes aspectos de la vida cotidiana. Se logra así, dialogar con los progenitores en un encuentro que permitió una identificación parental con la terapeuta que promovió en ellos (los padres) un darse cuenta de la situación, es decir, se abrió la posibilidad de mirar de otra manera al niño. Así fue posible trabajar sobre la importancia de compartir tiempo significativo con el niño, como actividades recreativas u horas de juego en tiempos libres. Ambos se muestran dispuestos y colaboradores con dicha tarea.

Por su parte y paralelamente, se continúan analizando e interpretando los diferentes juegos y gráficos de S.

Luego de detectar posibles lecturas del niño hacia las diversas situaciones vividas se concluye que éste, se siente excluido de su familia (sin que esto sea así acorde a la mirada de sus padres), por lo que se le brinda a S. la posibilidad de simbolizar sus situaciones conflictuales a través de diversos juegos que fueron apareciendo, esta vez ya menos estructurados y más flexibles, tales como: moldear diferentes objetos con plastilinas de colores, armar casas y barcos con maderitas, crear casitas con cartas, entre otros.

Dichas situaciones permitieron a S. crear otra forma de relacionarse con el mundo externo, rompiendo el esquema inconsciente de “doy o no doy” que él mostraba al retener sus heces. De esta manera, y tras varias sesiones de juego, se observan algunos cambios positivos en el niño, tal como el hecho de que comienza paulatinamente a poder ir al baño solo (por más que la frecuencia siga siendo de una vez a la semana).

Así, las sesiones son cada vez más elásticas, y S. manifiesta en el consultorio sus conflictivas como así también las inquietudes y angustias. Lo dicho se advierte por momentos en los cuales S. relata que en tantos días no ha podido ir al baño, mostrando una cara triste, y por el contrario, cuando en la semana si ha podido ir, lo cuenta a la terapeuta con cara de felicidad.

A partir de las verbalizaciones de S. que surgen en las sesiones y en el trabajo con los padres sobre compartir más tiempo con el niño, se advierte un cambio en la dinámica de los juegos, dejando atrás aquellos que implican lógica y/o armado.

De esta manera, luego de varios meses de tratamiento, el niño dibuja nuevamente a su familia. Esta vez, la dibuja incluyéndose, tiñendo de colores su gráfico. Lo particular es que colorea a su padre del mismo color que él, color azul. Dicho gráfico coincide con las verbalizaciones de la madre de S.; quien comenta que, en el último tiempo, el niño comparte mas actividades con su padre, como por ejemplo “trabajan” juntos en la casa haciendo los arreglos domésticos. Por lo que podría advertirse que el niño ha logrado identificarse con su padre.

En la consulta posterior con los padres, la madre comenta que S. ha comenzado a ir al baño regularmente dos veces en la semana, y, por cada vez que lo hace pide ponerse en contacto con la terapeuta para compartirle su logro, mediante un mensaje de audio que le envía a través del celular. También expresa el hecho de que, ella y su marido, han logrado compartir más tiempo con el niño, e intentan comprenderlo cuando tiene resistencias para ir al baño, dejando atrás los retos y dando paso a la contención.

S. logró de a poco ir volviendo a su rutina conductual normal, aunque se pone de relieve el hecho de que últimamente el niño necesita lavar sus manos con frecuencia, principalmente antes de acostarse y apenas se levanta. Se advierte aquí una fase obsesiva, que aparece hacia el final del tratamiento.

Luego de casi 12 meses de tratamiento, el paciente recibe el alta terapéutica, tras la desaparición del síntoma inicial, y tras haber observado otros cambios positivos en el niño, tales como, mejores relaciones de él con sus padres y hermanas.

MARCO TEÓRICO

El trabajo clínico del paciente Sebastián (“S.”), ha permitido lograr aproximaciones y conclusiones en la labor del psicoanálisis de niños.

A diferencia de la clínica con pacientes adultos, donde ciertas variantes del tratamiento están más o menos establecidas, en la clínica con niños siempre se encuentran las más diversas controversias: ¿cómo intervenir con un niño? ¿Qué lugar darle al juego y otras producciones como el dibujo, etc.? ¿Cuáles son las coordenadas de la transferencia a partir de la presencia de los padres u otro adulto “responsable”?

Cuando se establece el encuadre del tratamiento, se dejan en claro cuáles van a ser las reglas que van a regir en el campo donde se realiza la práctica. Así como en cualquier juego de mesa, para llevarlo a cabo se necesitan reglas, o así como un médico que va a realizar una cirugía respeta las reglas que aseguran la asepsia, el psicoanalista debe fijar un encuadre para limpiar el campo de observación dentro del cual trabaja. Como ya se mencionó, en el caso S. la frecuencia semanal, la duración de cada encuentro, y los honorarios, dieron por creado el encuadre de este proceso.

Pero, así como el juego de mesa puede dejar de ser un juego cuando se quebrantan sus reglas, lo mismo puede ocurrir con el proceso psicoanalítico cuando se perturba su encuadre. Por ello es necesario aclarar que en el caso S. el encuadre no se vio afectado en ninguna de sus vertientes, por lo cual el tratamiento pudo sostenerse hasta su finalización.

Salas, E. en el *Diccionario de Psicoanálisis* (Valls, J; 2012) define al psicoanálisis de niños como aquella aplicación de la teoría y la técnica psicoanalíticas al tratamiento psicológico de los trastornos mentales, de comportamiento o somatopsíquicos que pueden llegar a perturbar al ser humano desde su más tierna edad hasta la entrada en la latencia (5-6 años).

En términos de Besnosoff (2016), el objetivo del psicoanálisis es el cambio estructural de la estructura psíquica del paciente, la integración de los conflictos inconscientes reprimidos o disociados en el yo consciente.

Lo dicho, coincide con lo expresado por Chiozza, S. (2013) quien menciona que la finalidad del psicoanálisis es tratar de conducir a la consciencia el litigio reprimido que retorna produciendo un trastorno, porque eso ayudará para conciliarlo y resolverlo de una mejor manera. La fuerza principal de la resistencia con la que se tropieza deriva de que, en algún lugar escondido, se conserva el registro del dolor que el conflicto original produjo y del alivio obtenido cuando se logró alejar de la consciencia una de las “partes” que allí sostenían el litigio. Una interpretación psicoanalítica va a sustituir un significado consciente que se admite, por otro, oculto, cuya admisión despierta resistencia. La resistencia surge porque el significado inconsciente rechazado, a pesar de haber sido reprimido en otro tiempo, mantiene su represión de manera actual.

Dos circunstancias contribuyen, sin embargo, para que pueda emprenderse la tarea de rescatar lo reprimido renovando un intento de conciliación que antes falló. Según Chiozza (2013) una de ellas consiste en la convicción intelectual y adquirida (que la confianza que puede depositarse en el psicoanalista refuerza) de que el conflicto original suele ser propio de una circunstancia antigua que hoy es anacrónica, es decir, incongruente con la situación actual. La otra, más importante, se da cuando existen experiencias anteriores en las cuales el hacer consciente algo inconsciente reprimido condujo a incrementar el bienestar.

Frente a su malestar, un adulto consulta a un analista con la expectativa de que, al menos, éste diga algo respecto de aquello que lo aqueja. En el caso de los niños, en cambio, estos llegan a la consulta sin estar del todo al tanto de por qué van ni con quién se están por encontrar. Por lo cual, nada más evidente en psicoanálisis que afirmar que el síntoma es una formación simbólica, esto es, que requiere un desciframiento significativo. Por lo tanto, ¿qué alcance tiene el desciframiento significativo en la clínica con niños? Responder a esta pregunta es plantear el estatuto del juego y los diferentes usos que de éste pueden hacerse para la intervención (Lutereau, L; Stavchansky, L; 2014)

El mismo Freud (citado en Lutereau, L; Stavchansky, L; 2014) ya decía que algunos niños presentan síntomas y manifestaciones clínicas cuyos mecanismos están indicando un proceso neurótico. Con estas ideas, Freud se precipitó a dar un

paso más en el abordaje del estudio de lo infantil: a otorgarle a la infancia un enfoque estructural y no sólo uno evolutivo-funcional.

En primer lugar y de manera general, se encuentra en el caso S. angustia que desborda, al niño, a la madre, a la familia. Por otra parte, en cuanto al desarrollo evolutivo del niño, el control de esfínteres se ha detenido, por lo que debe explorarse cuáles han sido las causas que condujeron a esa sintomatología. De esa manera, la detención de esa fase en el desarrollo evolutivo y la angustia que predomina en la familia, se convierten en dos factores de un mismo circuito, que lleva a la consulta de los padres y deriva en el comienzo del tratamiento, abordado mediante la técnica psicoanalítica.

Se advierte que la familia con niños es uno de los territorios privilegiados de construcción y apuntalamiento del psiquismo. Esto es posible, según Rojas (1999), a partir de dos operaciones fundamentales, sostén y corte, que hacen a su funcionalidad, propiciatoria de la instalación de represiones en el psiquismo en constitución: en ella se perfilan fisuras, excesos y carencias que actúan como condiciones necesarias, pero no suficientes de la psicopatología del niño.

El trabajo psicoanalítico con niños de alguna manera reúne en un mismo espacio al niño, a los padres y al analista. Al atender al niño y a los adultos que lo envuelven, el analista escucha en el discurso que se construye, la posición que cada uno de ellos toma al relacionarse (Lutereau, L; Stavchansky, L; 2014).

En general, el analista está en condiciones de responder simbólicamente al padecimiento del niño, y lo hace a través de las diversas intervenciones en los juegos. Además de ello, tiene que ocupar una posición cuyo semblante siempre está a punto de tambalear (cuestión que se evidencia en esas preguntas de cada niño que suelen descolocar y que demuestran que la suposición de saber se encarna en la experiencia misma antes que en una persona).

Con frecuencia, la *consulta por un niño* se produce en relación a la ocurrencia de una crisis familiar. Al respecto, Rojas (1999), formula que las crisis implican un ataque a la ilusión de permanencia e inmutabilidad que con frecuencia florece en la dimensión narcisista del lazo familiar, y devienen muchas veces del cuestionamiento que los integrantes de la familia realizan respecto de las creencias familiares. De tal

modo, constituyen puntos de inestabilidad, procuran el cambio y se resuelven a través de la emergencia de lo nuevo o en su defecto, de una desmentida de la transformación que da lugar a patologías. Esto puede ser investigado durante el proceso de consulta a través de las entrevistas con los diversos miembros del grupo familiar. Es así que, dada la importancia de la familia en el trabajo con niños, en el caso presentado, se incluyen como puntos importantes del proceso terapéutico, las entrevistas realizadas con los padres de S.

Carlos y María acuden a consulta al observar un cambio repentino en la conducta del hijo, frente a lo cual, luego de varias crisis intrafamiliares, decidieron buscar ayuda.

En este sentido, Dio Bleichmar (2015) sostiene que la capacidad de los padres de observar los cambios del estado mental de un infante en cada momento, se halla en la raíz del cuidado sensible. Winnicott, por su lado, aconseja analizar la sensibilidad de los padres frente al conflicto del hijo (Citado en Donzino, 1996, p. 12).

¿Qué hace un psicoanalista en las primeras entrevistas con los padres? En principio, intenta reconstruir el motivo de la consulta, la delimitación del padecimiento y cierta historia de la llegada al mundo del niño. No obstante, estar advertido de ciertas coordenadas estructurales permite hacer de estas entrevistas (y las siguientes) algo más que una mera recolección de datos empíricos –al estilo de una historia clínica médica– que, luego, podrían ser usados para “explicar” el caso (Lutereau, L; Stavchansky, L; 2014).

Tomando consideraciones de Janin (1999), ella sostiene que consultar por un hijo implica una *herida narcisista*, ya que se ponen en juego sus propios conflictos, como padres, como pareja, como los hijos que fueron o hubieran querido ser. En esta línea, Donzino (1996) destaca lo imprescindible de la evaluación de la naturaleza de los síntomas, como también las condiciones presentes del núcleo familiar teniendo como punto importante a valorar los recursos libidinales para enfrentar y acompañar el conflicto del hijo. En este caso clínico, la presencia y compromiso de la pareja parental de S. fue uno de los principales factores que permitieron el trabajo terapéutico. Así, en el comienzo, se realizaron dos entrevistas con los progenitores. A la primera de ellas, como se mencionó, acude solo la madre (el padre trabajaba en

el horario citado), a la segunda acuden ambos padres. Posteriormente y durante el tratamiento se realizaron más entrevistas parentales.

En esta instancia, cabe mencionar la importancia que existe en el trabajo con los padres cuando el paciente es un niño. En palabras de Janin (1999), se debe tener presente que, en las entrevistas parentales, se habla de ellos y, al hacer referencia al niño, sólo se hace en función de los conflictos de ellos que se expresan en conjunto con los del niño.

En la entrevista inicial, como plantea Aberastury (2006), se asumen dos papeles: un terapeuta para un niño que necesita tratamiento y los padres de ese niño y su ambiente que habrán de recibir los beneficios, pero también los impactos de un tratamiento psicoanalítico. Por lo cual, se les advierte que las dificultades pueden incrementarse en un momento dado, y una rápida mejoría en el niño puede ser seguida de una recaída. Además, al analizar a un niño se pone en juego todo un pasado y es posible que se les presenten momentos difíciles tanto a ellos (los padres) como al hijo. Al respecto, la madre de S. se refiere a que durante muchos años ella realizó tratamiento psicoanalítico, advirtiendo saber acerca del funcionamiento de la terapia, y teniendo fe en encontrar resultados positivos, tal cual como se dio en su experiencia. También expresa su deseo de volver a terapia, a raíz del malestar que le generaba la situación con su hijo S. Por lo cual, se le recomienda que, paralelamente, inicie tratamiento psicoanalítico para interpretar y resolver sus conflictos, además de esclarecer lo que es la vida de un niño. Mientras más temprano resuelva sus problemas esta madre, o se informe sobre las condiciones adecuadas para el buen desarrollo del niño, mayores son las posibilidades de una mejor relación con su hijo desde los primeros estadios. Se recalca que no siempre la madre puede reaccionar así (de aceptar la terapia propia) porque generalmente sus conflictos se lo impiden. Debido a que María estaba familiarizada con esto de hacer terapia, no fue necesario expresar la sugerencia del inicio. De todos modos, al tiempo se le pregunta a esta madre si habría comenzado su terapia, a lo que responde negativamente, debido a la imposibilidad actual de viajar hacia la ciudad, donde se encontraba su anterior terapeuta. Dicha situación, de haber existido al día de hoy, sería fácilmente solucionable, con la “nueva era” de la tecnología y el “boom” de las sesiones virtuales.

Existió en la primera entrevista con María, una tendencia a aliviar su angustia y la culpa que el conflicto del hijo despertaba en ella (y su marido), logrando la terapeuta hacerse cargo del problema de S. y sus síntomas.

Aberastury (2006) establece que es normal que, en la primera entrevista, los padres al estar tan cargados de angustia, se sucedan olvidos repentinos de cosas importantes, por lo cual se debe tratar de disminuir ese monto de angustia inicial para que ellos puedan hablar con más tranquilidad, entablando un orden cronológico de los hechos o situaciones relevantes. En el caso, la madre del niño llega cargada de angustia, y llora cuando comienza a hablar acerca del conflicto de S.; mostrando una dificultad (solo en el principio) para relatar los hechos en tiempo y espacio. Con el correr de los primeros minutos de la entrevista, y luego de haberse descargado con el llanto, esta madre fue capaz de relatar la historia del niño de manera ordenada y entendible para la terapeuta.

A la semana siguiente, se realiza una segunda entrevista parental con María y Carlos. En esa entrevista se pudo escuchar al padre en relación a la situación de su hijo, quien se mostró más tranquilo, que su esposa en la primera sesión, al hablar. Carlos se siente culpable por no poder compartir tanto tiempo con el niño durante la semana (debido a la situación laboral) aceptando que su esposa es quien más está involucrada con el conflicto de S. Lo que sí identifica es que, llegado los fines de semana, S. desea compartir más tiempo con él (su padre), sin sus hermanas, y se enoja cuando alguna de ellas se “mete” en los “juegos de hombres”, como jugar a la pelota.

Una vez que se realizan las primeras entrevistas parentales, leyendo a Rojas (1999), se concluye que los modos de aproximación clínica al niño y a su grupo familiar, dependen de la forma en que el analista conciba, tanto la constitución de la subjetividad, como la articulación entre el síntoma o trastorno que el niño presenta y las discursividades familiares. El terapeuta debe explorar cuál es la relación niño-familia y abordar dicha complejidad desde la mirada psicoanalítica.

Según plantea Janín (2012), es fundamental pensar en el control de esfínteres como una estructuración psíquica, ya que implica un logro que supone ciertos requisitos tanto en el nivel de los modos de erogeneidad como del armado narcisista.

Y presupone una oposición al puro empuje pulsional, una transacción entre la necesidad y la cultura. Marca un hito importante en la aceptación de las normas culturales.

Se muestra a continuación, la *tabla de objetivos y estrategias de la evaluación inicial* del caso S.

Tabla 1 - Objetivos y estrategias de la evaluación inicial

OBJETIVOS	ESTRATEGIAS
<i>Identificar el síntoma - tipo de encopresis</i>	<i>Entrevistas con los padres del niño</i>
<i>Delimitar el problema: frecuencia del síntoma y período de ocurrencia</i>	<i>Encuentros con el niño: observación, diagnóstico presuntivo</i>

Se describen a continuación, el conflicto y los síntomas de S.

El niño padecía una semana entera sin lograr defecar. Pasada esta semana, llegaba el día en el cual su cuerpo no podía retener más, pero el niño hacía grandes intentos para no expulsar, se ponía tenso, incómodo, lloriqueaba, y buscaba estar cerca de sus padres. La encopresis en este caso es *retentiva*, y es definida por Guiraldes, E; Novillo, D; y Silva, P. (2005) como los intentos repetidos de evitar la defecación debido al temor asociado a este proceso: una gran masa fecal eventualmente se acumula en el recto, distendiéndolo progresivamente y entreapiendo el esfínter anal. También puede ser llamada encopresis *secundaria*, así definida por Janin (2008), la cual supone que ya ha existido un control esfinteriano que, después de un tiempo, fracasó, implicando un proceso de pérdida o de regresión. El “disfrute” del niño pasa por la no-expulsión; así, llegado el momento en que su cuerpo necesita expulsar y sin posibilidad de eludirlo, S. vive esa situación con un monto de angustia que lo lleva a cobijarse y refugiarse en sus padres (sobre todo la madre), a quienes además les está “reclamando” cercanía y contención. Allí se advierte cómo las heces pasan a ser mediadoras de la relación con el adulto; son instrumento de intercambios a la vez que espacio de identificación. El goce producido por la salida de las heces, goce en el cual el yo es pasivo, intenta revertirse a través

del uso de la musculatura. En este ir y venir entre pasividad y actividad se va jugando una trama donde participa uno de los ejes que hace a la posición subjetiva, el de actividad-pasividad donde el yo es objeto de la pulsión, pero es sujeto de la pulsión respecto de los objetos del mundo (Hasson; 2007). En este placer en la retención, la investidura de las heces son como un objeto hiper-valioso al que el niño no puede renunciar.

Esos momentos de retención en el paciente S. generaban grandes tensiones en su hogar, sobre todo si se tiene en cuenta que sus padres deseaban que su ida al baño fuera con normalidad. Al respecto, Aberastury (2006) establece que la experiencia ha mostrado que la mejoría del niño trae, como consecuencia una disminución de la tensión familiar, que de por sí es una profilaxis de nuevos trastornos.

Según Janin (2012), en el terreno de la analidad, el niño es dueño. Y el yo y el otro se constituyen en ese terreno de acuerdo a cómo sea investido el niño y sus productos por ambos padres. Los trastornos de la defecación muestran la lucha que se entabla para sostener la omnipotencia, el dominio de sí mismo y de sus pertenencias, así como los avatares de la constitución del yo y del objeto. También ponen al descubierto la ligazón entre analidad y narcisismo, así como la internalización de las normas anales como precursoras del Superyó. Entonces, una parte del cuerpo del niño podría dar cuenta de ciertos aspectos del funcionamiento parental, mientras que otra parte de su cuerpo podría dar cuenta de ciertos aspectos del funcionamiento del niño mismo.

Esto nos lleva a pensar: en la encopresis: ¿por qué se vuelve al cuerpo como lugar de la representación? El control de esfínteres implica un pasaje del cuerpo a la palabra. Está ligado a la posibilidad de nombrar. En la encopresis, en lugar de la palabra, aparece la cosa. Y lo que se niega-da destruye-expulsa-retiene es un objeto (Janín; 2012).

La primera lectura que realiza la terapeuta del caso es que el niño padece una *interferencia en el desarrollo*, y es definida por Nágera (1965) como cualquier situación que implique una grave interferencia externa en las necesidades o derechos del niño, perturbando así el curso típico del desarrollo. La causa puede encontrarse

con exigencias excesivas (educación prematura de hábitos higiénicos, por ejemplo) o por carencia de estímulos (internación - depresión materna).

Si se relaciona lo que establece Nágera, con la situación de S; se encuentran exigencias por parte de los padres en que responda de la manera que ellos esperan (ser un niño *normal*), y la situación de internación (que pudo haber generado una desconexión del niño con su familia).

El autor, diferencia las *interferencias del desarrollo* con los *conflictos del desarrollo*, afirmando que todos los niños pasan por conflictos del desarrollo, sobre todo cuando les brindan (sus padres o cuidadores) exigencias específicas en algún momento crucial del crecimiento, como por ejemplo demasiada exigencia para dejar los pañales cuando el niño está apto para hacerlo, o al alcanzar niveles de maduración que incluyan conflictos característicos (como pueden resultar los acontecimientos de la etapa fálico-edípica). El autor advierte que estos conflictos del desarrollo están relacionados con una etapa y desaparecen una vez superada la fase en cuestión al haberse internalizado además las exigencias externas.

En la situación de S. fue imprescindible la ayuda psicológica, no solo para la mejoría del niño, sino también para apaciguar la situación familiar que subyace a raíz del malestar de S. Al respecto, Donzino (1996) resalta que el concepto de crisis no equivale a enfermedad, sino que existen crisis “normales” que operan como transformadoras e indicadoras de nuevas reorganizaciones psíquicas. Lo expuesto coincide con el autor Zazzo, R. (citado en Ajuriaguerra; 1983) quien introduce una diferencia entre la idea de crisis y la de estadio: en algún sentido la crisis ha de introducir un nuevo estadio definido cualitativamente y, por consiguiente, una reorganización.

Por su parte, Janín (2008) habla de los niños encopréticos y establece que el infante supone que el control esfinteriano es una arbitrariedad de la madre, mientras que ella está aplicando una norma colectiva, que posibilitará al niño la inserción en un mundo social. El niño funda un doble de sí, por proyección de un sí-mismo, un afuera que se constituye como tal y se delimita en el acto de evacuar. Acto que implica la demarcación de un territorio. Territorio de lo propio-ajeno (o de lo propio que se vuelve ajeno).

Seguendo a Janin (2008), se refiere a que el control de esfínteres requiere como condición la adquisición del lenguaje verbal y de la marcha, pero también supone la posibilidad de esperar, de realizar transacciones y de evacuar en el lugar designado culturalmente. Es decir, implica la tolerancia de urgencias internas y la incorporación de normas culturales. También presupone dominar al objeto pero tolerar renunciar a él, dominarse (en tanto dominio del propio cuerpo) y aceptar ser dominado por reglas impuestas por otro. La norma del control de esfínteres es, para el niño, la primera norma cultural y, desde la sociedad, una norma cultural imprescindible para la incorporación del niño al ámbito escolar. Implica una renuncia a un placer pulsional y, por ende, sólo se realiza a cambio de algún otro placer. Pero el control esfinteriano puede no ser vivido como un logro, como una adquisición cultural, sino como una pérdida narcisista.

En el caso S. el niño ya había controlado anteriormente sus esfínteres, por lo cual ya estaba conscientemente dentro de un mundo cultural; al aparecer la sintomatología y tratar de averiguar las causantes, se afirma que las diferentes situaciones vividas por el niño (que se explicarán más adelante) fueron verdaderas interferencias en el desarrollo de S. Es decir, si el niño no hubiera vivido las situaciones que vivió, posiblemente no tendría ningún problema en su control esfinteriano actualmente.

A continuación se muestran los objetivos y las estrategias de las diferentes intervenciones realizadas a lo largo del tratamiento.

Tabla 2 - Objetivos y estrategias de las intervenciones

OBJETIVOS	ESTRATEGIAS
Determinar posibles causas del problema	Encuentros con el niño: diálogo, juegos diversos, gráficos.
Intervenir con la técnica psicoanalítica	Entrevistas con los padres

A continuación, se exponen las principales características del tratamiento con el niño S. y el curso que fue tomando el análisis con el correr de las sesiones.

Según Marcelli (2006) poder establecer una verdadera comunicación, basada en un intercambio positivo y no solamente en una reserva defensiva, constituye el objetivo de los encuentros y presenta por sí mismo, una dimensión terapéutica. El arte del clínico consiste en ofrecer al niño un contexto y una atmósfera que permita establecer la comunicación.

Al comienzo y durante el tratamiento, se analizaron los *juegos* de S. en el espacio terapéutico.

¿Por qué es importante analizar los juegos en el tratamiento de niños?

Freud (citado en Chiozza; 2013) establece que mientras la persona psicoanalizada colaborara con el tratamiento concurriendo a las sesiones y comunicando sus asociaciones, el psicoanalista, en esa primera época, debía centrar su labor en comprender, a través de las actitudes, los gestos y las palabras del paciente, cuáles eran los afectos reprimidos que generaban los síntomas que alteraban su vida.

Pero... ¿qué sucede cuando el paciente es un niño, que no puede ir a las sesiones si no es llevado y mucho menos comunicar verbalmente sus asociaciones?

Aquí es donde surge la técnica del juego... ¿por qué?

Los juegos muestran el mundo interno del niño. Melanie Klein, fue pionera en la habilitación de la expresión lúdica como acceso al inconsciente del niño, siendo equivalente al discurso adulto (Citado en Alba y Bidolsky; 1997). En palabras de Aberastury (2006), un niño que no juega no elabora situaciones difíciles de la vida diaria y podría canalizarlas patológicamente en síntomas o inhibiciones.

Desde el punto de vista psicoanalítico, a partir de Freud e incluyendo entre otros fundamentalmente los aportes de Eric H. Erikson, Donald W. Winnicott, Melanie Klein, se entiende al juego como la actividad que posibilita la elaboración psíquica, estructurante del psiquismo. Es medio e instrumento de la expresión de la conflictiva infantil (Freud, Erikson, Winnicott, Klein, citados en Nabel y González; 2009).

En palabras de Rodolfo, R. (1989), citado en Untoiglich (2009), una de las tareas principales que necesita realizar el cachorro humano para transformarse en

sujeto es encontrar aquellos significantes que lo representan. Esto lo realiza transformando las demandas que le vienen del otro en material propio. Una de las vías privilegiadas en la infancia para realizar esta metamorfosis es “jugar”.

Con la técnica del juego, se comprobó que el niño comunica desde la primera hora cuál es su fantasía inconsciente sobre la enfermedad o el conflicto por el cual es llevado al tratamiento y en la mayor parte de los casos su fantasía inconsciente de curación.

Aberastury, A. (2006) piensa que si las mismas surgen tan inmediatamente es debido a la presión del temor a que se repita la conducta negativa de los objetos originarios que le provocaron la enfermedad o el conflicto. Junto a ese temor, evidencia el deseo de que el terapeuta no sea como ellos y asuma un nuevo papel en el que se le de lo que necesita para su mejoría.

La fantasía de enfermedad, según Baranger; M. (2012) es una estructura inconsciente que comprende, por una parte, una representación de la enfermedad vivida como entidad, cuerpo extraño y dañino encapsulado en la persona, y, por otra parte, la representación de todas las relaciones de la persona con este cuerpo extraño. Esa fantasía, generalmente visible desde la primera sesión, se manifiesta en forma progresivamente más precisa y específica, y sufre cambios estructurales, llegando a transformarse en una fantasía del análisis.

A su vez, el autor expone que el niño es capaz de expresar esa conciencia vaga de enfermedad, y en ciertos casos de explicarla por racionalizaciones y de buscar el tratamiento como lo hace el neurótico adulto.

Por otra parte, en la fantasía de curación, el niño expresa el anhelo de cambio del mundo exterior real y su deseo de curar su compulsión a repetir dichas experiencias. El objeto originario cargado de frustración y miedo proyectado en el terapeuta transforma a este en alguien temido por el niño y de quien espera que adopte la misma conducta negativa de sus padres y lo ataque. Este objeto originario en sus aspectos amados (en cuanto lo ha satisfecho en sus necesidades) confiere al terapeuta los atributos necesarios para curarlo. Esta doble fuente de la transferencia se interpreta desde el primer momento, pero como los dos aspectos están siempre

presentes durante el tratamiento la interpretación de su significado debe hacerse también en las sesiones siguientes (Aberastury; 2006).

En la primera sesión, S. llega al consultorio acompañado por su madre. Al principio muestra signos de no querer entrar solo, debido a que no le suelta la mano a su madre, pero finalmente entra solo y permanece sentado, sin moverse, observando los detalles del espacio sin hacer ninguna pregunta. Esto evidenciaba el grado de inhibición o su miedo al mundo externo producto de entrar a un lugar desconocido para él. Luego, se flexibiliza, y comienza a jugar.

El niño muestra en esta primera sesión su *fantasía de enfermedad y su fantasía de curación*.

A continuación, se explica relatando su primera hora de juego en donde ello se hizo evidente: S. toma un puñado de maderitas, construye un barco que ataca y lanza bombas; y en la otra punta de la mesa, construye un muelle (que es hacia dónde se dirige el barco), acomoda los espacios y una vez listo, el barco comienza a tirar todas las maderitas con mucha fuerza, simbolizando la salida de la materia fecal, como cuando S. ya no puede retener más, es decir, de manera continua y explosiva. Dicha situación fue claramente explicada por su madre en las entrevistas, es decir, la retención por parte del niño es tanta, cuando pasada una semana no es posible aguantar más la retención, la materia fecal es expulsada de manera rápida y explosiva. Por lo tanto, en este juego de lanzar bombas, el niño muestra su *fantasía de enfermedad*, el sufrimiento que siente cuando la materia fecal “tiene que salir” de esa forma. El barco que ataca y lanza bombas, luego navega, representa un compromiso entre ataque/desprecio y reparación, que, según Janin (2008) depende de una integración fallida de la imagen materna, que permanece escindida y viene a trabar la represión. De esta manera es posible advertir como la estrategia que va de un sinsentido a otro sinsentido (en el juego) conduce más ampliamente a la problemática del acto que desenvuelve la búsqueda de sentido: en la interpretación del acto todo es intercambiable hasta lo infinito. Ante este primer juego la terapeuta le dice al niño: “*creo que de esa manera como van saliendo las maderitas, así también sale tu caca, cuando ya no aguantás más para ir al baño*”. A lo que el niño responde: “*¿y vos como sabes?*”. La terapeuta contesta: “*me lo ha contado tu mamá antes*”. En ese momento el niño no responde más.

El barco navega hacia el muelle, que está en la otra punta. De esta manera, se podría interpretar el total del juego (construcción del barco) como una simbolización de su esquema corporal. El barco que viene al muelle lo representaba a él viniendo al tratamiento para que le arreglasen la encopresis. Allí S. muestra su *fantasía de curación*. En ese momento la terapeuta le pregunta: *así como el barco navega hasta el muelle, vos venís hasta acá, ¿no te parece? con la diferencia que no venís por el mar, si no por la tierra*. En parte, S. sufría con su cuerpo, y estaba pidiendo ayuda: deseaba ser arreglado.

Hacia el final de la sesión, S. expresó su capacidad de dar cariño cuando ya por irse hace una seña de tirar un beso con la mano, dirigido a la terapeuta, proyectando amor, que en parte era amor que le habían brindado sus padres desde que nació. Tal como en la primera relación de objeto, el niño proyecta en la madre amor y odio, y recibe de ella satisfacciones y frustraciones; en la relación con la terapeuta se hicieron evidente la desconfianza (al principio, cuando estaba callado observando el consultorio) y la fe en que pudiera ayudarlo (representado en el barco que llega al muelle), así como su aceptación cuando realiza el gesto de tirar el beso antes de irse. A lo largo del tratamiento, el niño, sin tener plena consciencia de lo que le sucede, transfiere sobre la relación que establece con su terapeuta, los detalles de su drama que también suele transcurrir en el presente con alguna de las personas de su entorno, como ser su familia.

Chiozza (2013) advierte que al comenzar el tratamiento es frecuente que surja una primera transferencia que deriva de experiencias de amparo y protección que provienen de la temprana infancia (y que investigaciones posteriores remiten a la vida intrauterina). Esa transferencia, que atribuye al tratamiento la posibilidad “ideal” de otorgar un beneficio rápido sin mayores esfuerzos, pronto queda sustituida por una desilusión sobre la cual se transfieren experiencias frustrantes anteriores.

En la segunda sesión, S. también muestra su fantasía de enfermedad. Lo dicho, se explica en la hora de juego cuando construye con maderitas un edificio (observado como el reflejo de su cuerpo) de cinco pisos (comparados con sus años de vida) en el cual, el último piso tiene ventanas cerradas. Una vez construido comienza a señalar los diferentes pisos expresando que tienen ventanas abiertas, hasta llegar al último piso diciendo que sólo ese tiene las ventanas cerradas y no hay

luz, entonces la oscuridad no deja que nadie pueda estar allí. La lectura que se hace es que durante los primeros cuatro años no hubo ningún conflicto con el control de esfínteres (por ello las ventanas de los primeros cuatro pisos están abiertas), y por otro lado, actualmente (quinto piso), las ventanas están cerradas porque inconscientemente no deja salir la materia fecal de su cuerpo; de manera que expresó sus sufrimientos y sus síntomas a través del edificio, en donde cerrar las ventanas significaba cerrar su agujero (el ano) sometiéndose al control, es decir imposibilitando la salida de la materia fecal. Así es como en ese juego la terapeuta se dirige al niño con las siguientes palabras: *“creo que aquí me estás mostrando que antes, cuando tenías, 1, 2, 3 y 4 años, no tuviste este problema para hacer caca, y ahora que tenés 5 sí.”*

De esta manera, la construcción del barco en la primera sesión, y la construcción del edificio en la segunda, más las asociaciones que acompañaron a dichos juegos, dramatizan la fantasía de enfermedad del niño, especificando sus contenidos.

A su vez, los hechos exteriores de S. que forman parte de su historia clínica, (internación hospitalaria y medicación para las ronchas corporales) se hicieron más traumáticos porque allí es donde el niño comienza con dificultades para no poder defecar, ya que cuando estuvo internado, se constipó a causa de los remedios. Cuando a través de la situación transferencial de las sesiones que siguieron pudo el niño incorporar algo positivo, también pudo lograr (nuevamente) el control de sus esfínteres.

Aujuriaguerra, establece que el niño reproduce en el juego situaciones que le han impresionado (interesantes e incomprensibles precisamente por su carácter complejo), ya que no puede pensar en ellas, porque es incapaz de separar acción propia y pensamiento. Por lo demás, al reproducir situaciones vividas las asimila a sus esquemas de acción y deseos (afectividad), transformando todo lo que en la realidad pudo ser penoso y haciéndolo soportable e incluso agradable. Para el niño el juego simbólico es un medio de adaptación tanto intelectual como afectivo. Los símbolos lúdicos del juego son muy personales y subjetivos.

En otra de las sesiones, S. hacía aparecer y desaparecer un auto de color rojo, tratando así de dominar sus angustias frente a la aparición y desaparición de su madre, ya que ese mismo día, la madre llevó al niño a la sesión con una camisa color roja. De esta manera el niño mostró cómo al jugar podía separarse de ella sin peligro de perderla, siendo que el auto rojo volvía cuando él lo deseaba. La terapeuta le dice a S: *“creo que me estás mostrando como mamá se va y vuelve, y eso te hace bien, saber que ella siempre vuelve”*. Este juego le permitía así descargar fantasías agresivas y de amor frente a su madre sin ningún riesgo, ya que él era dueño absoluto de la situación, permitiéndole esta actividad elaborar sus angustias ante las separaciones que le imponía la realidad y que él no podía evitar. Quizás en la primera sesión, se dijo que al principio el niño no lograba separarse de la madre (no le soltaba la mano) porque desconfiaba del exterior, pero luego en próximas sesiones, y al realizar el juego con el auto rojo, elaboró la situación “traumática” de la separación de la madre.

La ansiedad y desesperación del niño por sentirse incapaz de solucionar sus conflictos solo, lo llevaron a que sienta en las sesiones, que el terapeuta no es únicamente un observador, si no una persona a la cual le pide ayuda (lo cual fue advertido ya en la primera sesión al jugar al barco que navegaba a destino, para recibir arreglo). Pero esto también ha sido posible de identificarlo en los momentos que S. no quiere finalizar la sesión cuando llega la hora estimada, y también cuando en su casa cuenta los días para volver (así lo confirma su madre). Además, pregunta a menudo, si al otro día de la sesión ya puede regresar, cuestionando a la terapeuta si estará desocupada para recibirlo. Se advierte nuevamente su fantasía de curación, y posteriormente, la ansiedad que dicha situación le genera.

Precisamente, es el juego con sus fracasos el lugar del síntoma, y la interpretación del analista donde transcurre el proceso terapéutico (Alba y Bidolsky, 1997).

Según Janin (2008), al nombrar el mundo, el niño va delimitando un afuera diferente de sí y un universo en el que los objetos perdidos se recuperan simbólicamente al nombrarlos. La palabra implica así, la posibilidad de desprendimiento y de posesión simbólica del objeto, posibilidad que parece estar ausente en los niños encopréuticos. Se advierte que S. es un niño que se comunica

verbalmente de manera normal, pero su mayor conexión con la terapeuta es mediante el juego, es decir, S. dice más jugando que hablando. Dicha condición permitió trabajar de manera alentadora con la técnica psicoanalítica, utilizando la expresión lúdica (en mayor medida), para análisis e interpretación.

Como lo establece Melanie Klein (citada en Aberastury) el niño al jugar vence realidades dolorosas y domina miedos instintivos proyectándolos al exterior en los juguetes, mecanismo que es posible porque muy tempranamente tiene la capacidad de simbolizar. Este desplazamiento de las situaciones internas hacia el mundo externo aumenta la importancia de los objetos reales que, si en un principio eran de odio porque los cargó con sus propios impulsos destructivos, se hacen durante y mediante el juego un refugio contra la ansiedad, surgida de ese mismo odio. El juguete permite al niño vencer el miedo a los objetos, así como vencer el miedo a peligros internos, le hace posible una prueba por la realidad, siendo por eso un "puente entre fantasía y realidad". Si juegan suficientemente y a su debido tiempo se adaptan progresivamente a la realidad. Cada etapa del desarrollo exige determinados juegos que hay que comprender y facilitar para no trabar su evolución normal.

Además, siguiendo a Melanie Klein (citada en Aberastury) establece que el juego (como los sueños) son funciones y actividades llenas de sentido. La función del juego es la de elaborar las situaciones excesivas para el yo (traumáticas); cumple una función catártica y de asimilación lenta mediante la repetición de los hechos diarios y los cambios de roles, por ejemplo, haciendo activo lo que se ha sufrido pasivamente. El juego no suprime, sino que canaliza tendencias. De esta manera, cuando S. jugaba con su auto rojo haciéndolo aparecer y desaparecer, intentaba vencer la angustia que le causaba el abandono de la madre.

Para comprender correctamente el juego de S. se debió desentrañar el significado de cada símbolo teniendo en cuenta los mecanismos y formas de representación, sin perder de vista la relación de cada factor con la situación total. En el juego S. fue elaborando lo traumático y gracias a las intervenciones interpretativas, el niño mejora.

Según Aberastury (2006), cuando el niño juega busca representar algo y esos significados deben ser interpretados para llegar a tener acceso a los más profundos

estratos de su mente. Al interpretar un juego se debe considerar: 1) su representación en el espacio; 2) la situación traumática que involucra; 3) por qué aparece aquí, ahora y conmigo; 4) qué función cumple el disfraz, la gracia, el humor o el malhumor del juego. Este, como el sueño, es una actividad llena de sentido y está en la base de todo aprendizaje o sublimación posterior.

En otras de las sesiones, S. es llevado a sesión por su madre. Luego de que el niño entra al consultorio, la madre comenta (sin que el niño escuche) que ese día, era el día de la semana en que generalmente no aguantaba más y expulsaba la materia fecal. De hecho, comenta que lo notó un poco molesto durante el día, por lo cual estaría al tanto del teléfono mientras el niño está en sesión, por si llega a pasar lo previsto, y el niño reclama su presencia.

Dentro del consultorio, S. toma un muñeco de trapo de colores que había en el espacio terapéutico, se lo acerca al oído y asiente, como mostrando que escuchaba algún sonido proveniente del muñeco. Señala el estómago del muñeco y le aprieta la panza. Lo dicho se lee como que quizás el niño estaba “lleno” de materia fecal acumulada y le era molesta. Por eso la terapeuta le dice: *“la pancita del muñeco es como la tuya cuando tenes mucha caca dentro, y posiblemente te moleste o haga ruidos”*. En ese momento deja el muñeco en donde estaba, mientras decide jugar a otra cosa. Pero al cabo de 10 minutos, regresa hacia donde está el muñeco, lleva a la terapeuta hacia el lugar y le acerca el muñeco al oído de la terapeuta, como para ver si lograba escuchar algo, lo mismo que él había escuchado hace 10 minutos. La lectura que se hizo fue que, como ese muñeco de trapos, él tenía dentro de su cuerpo cosas encerradas, pretendiendo que yo pudiera sacarlas afuera. Esas cosas podrían ser materia fecal acumulada (como se dijo anteriormente) o aspectos malos de él, que le habían sido depositados desde el exterior (como retos, amenazas o castigos de los padres ante la imposibilidad de defecar). Ahora bien, durante los 10 minutos que abandonó al muñeco, recogió una hoja de las que están a disposición para dibujar, y fue cortandola en pequeños pedazos con su mano que fueron cayendo al piso. Lo sorprendente es que, luego de que esos pedazos quedaron en el piso, fue cuando decide volver al lugar del muñeco y acercárselo a la terapeuta. Allí, se le dice: *“uyy yo también escucho un ruido en la pancita del muñeco”*. Así, S. se dirige hacia el piso, recoge los papeles cortados, toma una goma de pegar y ofrece los materiales a la

terapeuta, esperanzado en que pueda “reparar, unir” el papel original. La lectura fue: S. sentía que todo estaba destruido dentro suyo, pero confiaba en que la terapeuta podría ayudarlo a sacarlo. Lo que sucede luego es que juntos comienzan a pegar con la goma todos los papeles rotos, un trabajo bastante lerdo, pero que fue finalmente exitoso. La terapeuta le dice: *“al fin pudimos unir todos los papeles, ¿viste que no era tan difícil solucionarlo?”*. De esta manera, S. logra confiar cada vez más en su terapeuta y sobre todo en él mismo, como ser capaz de solucionar sus problemas. A la hoja reparada, la guardó en un cajón, y cada vez que llegaba a la próxima sesión inspeccionaba en ese cajón para ver el estado de la hoja, se cree que a medida que veía la hoja “sana/reparada” más confiaba en su recuperación. De esta manera se advierte que S. une dos objetos (el muñeco y los papeles) en un mismo juego, provocándole ansiedad y reparación al mismo tiempo, pero obteniendo luego resultados positivos para el tratamiento.

En sesiones posteriores, juega a reparar otras cosas. A modo de ejemplo, en una circunstancia agarra los juguetes de doctor, utilizándolos para curar a algunas muñecas, con diferentes dolencias (dolor de cabeza, lastimadura en el brazo, dolor de oído).

Las tendencias de reparación que se observaban en sus logros y en su afán en reparar las cosas también significaban un progreso en la elaboración de la angustia que le causaban su sintomatología.

Hasta aquí es posible observar un cambio de jugar en el niño S. Primero elegía juegos relacionados a construir, es decir el mismo creaba los objetos y les daba un sentido. En un segundo momento elige juegos que ya estaban creados, pero han sido destruidos y los repara.

Según Nabel y González (2009), se entiende que el cambio en el jugar, debe ser tenido en cuenta, para comprender al niño, encontrar nexos o diferencias con la función y el sentido del juego, para, a partir de allí poder asumir una postura activa en cuanto a su estimación, desestimación y a eventuales modificaciones.

El malestar físico -la imposibilidad de defecar regularmente- que el niño presenta es la expresión somática de aquello no mentalizado/verbalizado. En otras

palabras, el síntoma expresado es la transacción de una causa inconsciente (Alba y Bidolsky, 1997).

Se infiere que las dificultades que atraviesa el niño en esta etapa de desarrollo, además de estar mostrando con el síntoma sus causas inconscientes, también representa el deseo de querer retener a sus padres con él, tras sentirse desplazado de la familia.

¿Por qué S. se sentiría desplazado de su familia? Quizás, por dos lecturas inconscientes que él pudo haber hecho de las diferentes situaciones que ha vivido, acompañadas de sentimiento de expulsión. La primera de ellas se visualiza cuando nace su hermana menor: acto que el niño pudo considerar como infidelidad de sus padres para con él. Quizás, no es casual que, al poco tiempo de ese nacimiento, S. debe ser hospitalizado por ronchas corporales, y allí vemos una segunda posible lectura de expulsión al tener que pasar varios días alejado de su familia y de su casa, medicado con productos que le ocasionaron problemas intestinales. Lo dicho puede haber sido una verdadera interferencia en el desarrollo de S., sobre todo si se considera que, al tiempo de la recuperación, sus padres asocian el estreñimiento con hospitalización, reforzando la idea de que, si se porta mal, volverá a internación (lugar donde suceden los problemas de defecación por primera vez). Dato no menor es que al volver a su casa, comienza a dormir solo, ya que estaba lista y en buenas condiciones la pieza que anexaron a la casa, exclusivamente para S. Anteriormente, el niño dormía en otra habitación con sus dos hermanas.

Los dibujos pueden ser de una utilidad muy grande durante el tratamiento, sobre todo si se tienen en cuenta (al igual que los juegos) para explorar y analizar el mundo interno del niño. En palabras de Aberastury (2006), el estudio del dibujo como medio de expresión en el niño ha sido un tema ampliamente desarrollado por la psicología no analítica, pero recibió un aporte definitivo y fundamental cuando se estudió su significado desde el punto de vista psicoanalítico.

El hecho de que S. se sienta desplazado de su familia es representado por en un dibujo en el cual el niño grafica un barco y el recorrido que éste hace. Las líneas, el camino del barco, no son curvas, si no rectas (marcando la estructuración de su madre y el deseo de que S. sea un niño normal/perfecto). Hasta llegar a destino el

barco hace tres paradas, la cual la primera representa el nacimiento de su hermana, y allí marca una isla con cinco árboles (los cinco miembros de la familia), la segunda su situación de internación, dibuja una isla con una cruz (que fue interpretada como la cruz del hospital), y la tercera que es la llegada dibuja a su casa, que posiblemente represente su nuevo dormitorio donde comienza a dormir sólo. Entonces y resumiendo, en ese dibujo condensó todas esas situaciones: el nacimiento de su hermana, la situación de internación hospitalaria, y el acto de comenzar a dormir solo en su habitación.

La modalidad de transición por este momento evolutivo concuerda con el primer *dibujo de la familia* realizado en sesión por S., en el que él mismo no aparece como integrante de su familia nuclear, mostrando de esta forma la representación de su mundo interno (no se proyecta siendo parte de la familia). Al decir de Dio Bleichmar (2015), en las fases tempranas del desarrollo, la comunicación precede a la simbolización. Así, un complejo mundo interno en el infante, se construye por medio de representaciones de la interacción y se inscribe por medio de memorias procedimentales.

En esta etapa del tratamiento se trabajó mucho con el niño acerca de cambiar su lectura de verse como excluido de su familia (aquí se le fue mostrando al niño evidencias del mutuo amor que hay en su familia, que en un principio él no lograba ver; un ejemplo de lo dicho es cuando se le mostró el dibujo que le hizo su madre hace un tiempo, con la frase “te amo Seba”).

Indagando en estudios de otros autores relacionados con la temática, Garza-Elizondo (2020) resalta que los niños que controlan esfínteres pueden dejar de hacerlo cuando tienen trastornos físicos o emocionales o cuando sienten la necesidad de recibir mayor atención. Por lo cual, el autor concluye que en la casa debe reinar un ambiente cordial, sin castigos que ridiculicen al niño que no contribuye a alcanzar la meta deseada (en este caso, controlar los esfínteres).

Lo expuesto coincide con lo observado en el caso S., es decir, en el ambiente del niño posiblemente no existía la comprensión de lo que realmente le sucedía, y es por ello que siempre existían gritos y retos de sus padres hacia el niño; producidos por el desborde emocional, situaciones que no permitían apaciguar el clima familiar.

Los autores Bezos Saldaña y Escribano Ceruelo (2012), también se dedicaron a estudiar casos de niños con problemas en la retención de heces, poniendo de manifiesto la necesidad de prestar atención a los diversos contextos que rodean al niño (familia, escuela, profesionales), así como valorar la interacción y la influencia mutua de los síntomas de este con la actitud de los padres y con otros factores externos para entender y abordar el problema de forma más precisa y global. Dichos autores encontraron una posible relación entre la tendencia a retener las heces con la resistencia a las exigencias y deseos de control sobre los padres y el entorno. También logran describir ciertas características familiares relacionadas con este trastorno: padres sobreprotectores y ansiosos, con dificultades para gestionar las conductas de oposición y que pueden presentar una excesiva preocupación por las evacuaciones del niño.

Realizando una comparación con lo que describen los autores, encontramos en el caso S. a una madre exigente y preocupada, refiriéndose a S. como un niño que debe volver a ser normal, observándose una ansiedad predominante en ella. Dicha situación derivó en serias preocupaciones por las conductas del hijo. De esta manera, el clima familiar era el siguiente: niño-sufriendo, padres-sufriendo en un círculo que era imposible de romper antes de la llegada al consultorio.

Además, en esta fase se trabajó mucho con los padres, acerca de la importancia de compartir más tiempo juntos, mientras que la situación laboral de ambos se lo permitiera.

Con el paso de las sesiones, S. logra verbalizar que sus padres lo quieren igual que a sus hermanas.

Desde el desarrollo psicosexual propuesto por Freud, S. se encuentra atravesando la *etapa fálica*, en la cual la zona erógena son los órganos sexuales. Es decir, la evolución sexual humana se realiza en dos partes: desde el nacimiento hasta la resolución del complejo edípico, su posterior represión o sepultamiento junto con toda la sexualidad infantil previa (lo que genera la amnesia infantil) y una segunda y definitiva parte en la pubertad y adolescencia.

En la etapa fálica existe un gran interés del niño en conocer sus partes íntimas, las diferencias de género, además que acontece la autoexploración sexual. Según el

Diccionario de Psicoanálisis (Valls, J; 2012), el complejo de Edipo es aquel período culminante de la sexualidad infantil, en el que termina de desarrollarse la pulsión sexual objetal, la que va a tomar la característica de incestuosa, pues se ha apuntalado en la pulsión de autoconservación y por lo tanto elegirá como objeto, al mismo que satisfacía a esta pulsión. Así, se originarán diferentes tipos de problemáticas, al ser justamente la prohibición del incesto uno de los pilares básicos sobre los que se edificó la cultura humana.

También, en este tiempo se resuelve el complejo de Edipo, que acarrea angustia de castración en el niño. Para definir esta angustia, se recurre al Diccionario de Psicoanálisis (Valls, J; 2012), en donde se establece que la misma es sentida por el niño varón cuando comprende la diferencia de los sexos en términos de fálico-castrado. En esta etapa fálica el niño comprende el genital femenino, confundiéndolo con la falta del masculino, merced a un juicio que le acarrea la angustia realista de que sea una posibilidad cierta el que ese peligro le pueda ocurrir a él. La angustia de castración aparece, entonces, en la cumbre del complejo de Edipo y es generadora de las neurosis infantiles, porque remite a la angustia de pérdida de objeto, ya que la posesión del pene sería la condición para, poder tener a su objeto amado: la madre.

Se relata la hora de juego de una de las sesiones analíticas del niño que dan cuenta de significancias propias de la etapa fálica: S. busca las plastilinas de colores que estaban sobre una repisa baja del consultorio, de manera tal que comienza a crear diferentes muñequitos, uno más grande (su padre), uno más pequeño (su madre) y otro más pequeño todavía (él); los tres del mismo color (verde). Una vez que los ha identificado, expresa que les va agregar el pelo a cada una de sus creaciones. Toma la plastilina amarilla, le hace pelo largo a la figura que representa a la madre. La observa. Luego le hace pelo largo también de color rojo a la figura que representa al padre. Sigue observando y menciona que su padre no tiene el pelo tan largo, entonces recorta un pedazo de ese pelo rojo y se lo coloca a la figura más pequeña (quién es él mismo). La lectura que hace la terapeuta es que el pelo añadido color rojo representa al pene, por ello el niño desea tener un pene más grande que el de su padre, y es así como “recorta” el pelo del padre para añadirsele a él mismo. A los pocos minutos de lo sucedido, toma el muñeco más grande y lo abolla, uniendo así la plastilina verde con la roja. De esta manera, quedan solamente dos muñecos, su

madre, a quien le rinde su amor incondicional propio del primer enamoramiento inconsciente, y él mismo: el niño quien recibe ese amor maternal, deseando la desaparición de su rival (el padre). Es claramente la vivencia del peligro de castración y de muerte. En ese entonces la terapeuta se le dirige con las siguientes palabras: *“creo que con este juego estás mostrando lo que sentís cada vez que ves a mamá y papá juntos, creo que vos no querés que papá esté cerca de mamá, porque solamente vos querés estar con ella.”* El niño mira a la terapeuta, mostrando entender lo que se le decía, pero no emite respuesta.

A través de este juego, S. expresó la situación triangular y el conflicto edípico que intentó solucionar deseando la muerte del padre. Los conflictos anales se manifiestan en el nivel fálico y aparecen ligados a los contenidos genitales. Se produjo un estancamiento en su evolución, y el sadismo de las etapas anteriores, que había arrastrado consigo hasta la etapa fálica, se manifestó entonces en términos genitales. Cuando se interpreta lo dicho, se le brinda al niño la posibilidad de elaborar, en parte, dicha conflictiva edípica.

Por su parte, Freud (1918) (citado en Janin; 2008) liga la renuncia de las heces a la castración y establece la ecuación heces-niño-pene: una nueva significación del excremento abre el camino hacia la investigación del complejo de la castración. Es decir, al excitar la mucosa intestinal erógena, la masa fecal desempeña el papel de un órgano activo, conduciéndose como el pene con respecto a la mucosa vaginal, y constituye como un antecedente del mismo en la época de la cloaca. Por su parte, la excreción del contenido intestinal en favor de otra persona (por cariño a ella) constituye el prototipo de la castración, siendo el primer caso de renuncia a una parte del propio cuerpo con el fin de conquistar el favor de una persona querida. El amor narcisista al propio pene no carece de una aportación del erotismo anal. El excremento, el niño y el pene forman así una unidad, un concepto inconsciente. Por estos caminos de enlace pueden desarrollarse desplazamientos e intensificaciones de la carga de líbido, muy importantes para la patología, y que el análisis descubre.

De esta manera, en el caso S, el niño situado en la etapa fálica, camino a la resolución del complejo de Edipo, que como ya se dijo, significa la renuncia al amor materno, coincide también en que aparece la encopresis retentiva. Lo dicho se lee: S. se niega a la excreción de sus heces en favor a su madre, situaciones que marcan

los inicios del complejo de castración. Esto mismo fue advertido cuando S. abolla el muñeco de plastilina que representaba a su padre, situación descrita anteriormente.

El complejo edípico no sólo se expresa a través de la exclusión y el narcisismo, sino que también cabe introducir una tercera vía, que permite reformular la participación del padre. Este último no sólo es el representante de una instancia de prohibición, garante de una ley del deseo; no sólo es el encargado de darle un nombre al deseo de la madre, sino que también interviene a través de la satisfacción.

En efecto, la neurosis en el adulto suele desencadenarse a partir de este encuentro, punto en el cual su padecimiento actual asume la forma de su pregunta de niño –aquello que llamamos “neurosis infantil”–. De este modo, la neurosis es una defensa contra el acto, así como el síntoma es una respuesta a la castración. (Lutereau, L; Stavchansky, L; 2014)

Con el correr de las sesiones y el despliegue del tratamiento psicoanalítico, se advierte una fase en la que el niño comienza lentamente a ir al baño, pudiendo defecar con normalidad; y esto fue confirmado por los padres en entrevistas posteriores.

En una de las últimas fases del tratamiento, S. jugó durante muchas sesiones a subir y bajar los diferentes pisos del edificio (edificio de 5 pisos muy similar al que había creado en las primeras sesiones y con ventanas cerradas). Lo diferente es que, en esta etapa, al volverlo a construir, lo utiliza para jugar con un pequeño muñeco que sube de un piso al otro. Así, la terapeuta se dirige al niño con estas palabras: *“creo que ahora que estás pudiendo ir al baño con más frecuencia, puedes recordar las cosas que te fueron pasando, como cuando estuviste internado, sin que eso te cause tanta angustia”*. Otra característica distintiva del juego fue también que las ventanas estaban abiertas. Se interpretó este juego como un intento de elaborar las separaciones que le imponía el tratamiento. S. trataba de elaborar mediante la relación entre un piso y otro la relación entre tiempo (sus años vividos) habiendo encontrado la solución a su problema actual, pero con orígenes en el pasado. Las veces que el edificio se derrumbaba y él lo volvía a construir fue interpretado como las veces que hubo algunos retrocesos en el tratamiento, pero que luego le siguieron los avances. Aquí es posible advertir que S. comenzaba a manejar sus objetos internos de un modo más adecuado a la realidad. El juego le permitió a S. elaborar

las situaciones difíciles de su vida, y aliviar, calmar ansiedades. Por otra parte, su actitud también estaba determinada por el temor de que ocurriera alguna otra situación traumática como fue la internación hospitalaria. Esas situaciones le habían impedido la elaboración normal de sus ansiedades, llevándolo a la negación de la realidad y a la somatización del conflicto.

Dicho juego de edificios coincide también con sus dibujos.

S. dibuja edificios, durante varias sesiones, todos iguales, con las mismas características: todas las ventanas abiertas (se recuerda que, en la primera sesión, el último piso tenía ventanas cerradas). Lo expuesto coincide con que el niño ya controlaba sus esfínteres normalmente, y en el dibujo mostró la simbolización de su esquema corporal actual y la capacidad de su cuerpo (principalmente el ano) de abrirse para expulsar. Lo dicho ha sido comparado también con el hecho de que el niño se fue abriendo cada vez más hacia la terapeuta con el correr de las sesiones. Esta actitud de abrirse no fue un proceso lineal, sino que sufrió avances y retrocesos durante el tratamiento. Todo el mundo externo era para S. la imagen y semejanza de su mundo interno.

Sólo la disminución de la ansiedad y la culpa le permitieron la realización de una fantasía buena a través del vínculo transferencial y de una mejor relación con el mundo.

El progreso en la simbolización aumentó su posibilidad de conectarse con el mundo exterior, que cambió para él al analizarse y modificarse su mundo interno; así, pudo relacionarse mejor con su familia, incluyendo a Martina y Delfina, sus hermanas menores. Por ello, este progreso de su adaptación a la realidad fue el resultado del análisis de su mundo interno que le permitió formar una nueva estructura y consecuentemente, aprender a manejarse mejor externamente.

Por su parte, los padres del niño, en entrevistas posteriores, comentan que en casa lograron compartir mayores momentos y actividades con S. dejando atrás el enojo que les nacía cada vez que el niño tenía una crisis, pudiendo comprenderlo y contenerlo. No es casualidad que al poco tiempo de que sus padres relatan lo anterior, S. realiza un dibujo familiar, en cual, esta vez, él sí está incluido.

El dibujo constaba de los 5 miembros de su familia (padres y hermanas), con la característica de que, tanto a él mismo como a su padre, los grafica con el mismo color (azul). Por lo que podría relacionarse este gráfico también, con la resolución del complejo de Edipo. Es decir, la identificación con su padre, el querer ser como él, se ve expresado en el dibujo con el color que eligió para representarlos. Tanto su madre como sus dos hermanas tenían otro color (gris). Si el complejo de Edipo se ha resuelto, podría pensarse como que el niño logró introyectar ese pene grande tan deseado en sus fantasías inconscientes (visualizado en el juego de construir muñecos con plastilina), pero ya no lucha por obtener el amor de su madre y destruir a su padre.

Es posible plantear una relación entre los “episodios traumáticos”, la aparición de modificaciones en el niño (los síntomas), y la constitución de estas representaciones básicas del inconsciente. En este sentido el conflicto del niño tendría un carácter específico: la encopresis retentiva.

El punto que se pretende esclarecer en el caso S. está en que, posiblemente el problema del niño resultó de una combinación de *factores externos*:

- 1) la llegada de su hermana menor: la infidelidad de sus padres;
- 2) la situación de internación hospitalaria: asociación con estreñimiento; y
- 3) la exigencia por parte de sus padres y la insistencia en “ser un niño normal”.

Por su parte, los *factores internos* son:

- 1) la conflictiva edípica y su posterior resolución; y
- 2) complejo de castración, junto a los miedos que ello acarrea.

Dichos factores pudieron haber sido los causantes de una interferencia en el desarrollo del niño, que derivó en la sintomatología: la imposibilidad de defecar con normalidad.

Luego de haber atravesado el período esfinteriano se advierte la presencia de una *fase obsesiva*, que se asocia al orden, la pulcritud, la limpieza. Ello se visualizó en el tratamiento en diferentes juegos.

Se detalla uno en particular: S. llega al consultorio y como en el resto de las sesiones, se saca su campera y la deja en la silla. Toma un auto color azul para jugar, el cual hace andar y girar por el piso. A los pocos minutos, busca en el cajón las témperas de colores, toma una marrón y pregunta si es posible jugar con ella. Ante la respuesta afirmativa de la terapeuta, se procede a mezclar la témpera con un poco de agua en un pequeño recipiente. Busca los pinceles y sobre una hoja comienza a pintar de manera abstracta. Luego, con el pincel, y sin querer, hace una pequeña mancha en el auto azul con el que jugó anteriormente. Pero esa mancha era prácticamente invisible. Luego deja el pincel, lo observa; y exclama “está sucio, vamos a lavarlo”. Se dirige hacia el baño, coloca el auto debajo de la canilla y lo lava. A lo que la terapeuta le dice: *¿crees que está sucio realmente, o es que tu disfrutas de jugar a lavar?*. El niño responde que el auto realmente está sucio. Allí es posible advertir, una parte de esa fase obsesiva asociada a la limpieza, sobre todo porque a esa acción de lavar el auto, S. la fue extendiendo a otros objetos del consultorio con el pasar de las sesiones, como ha sido lavar diferentes muñequitos, pelotas, etc. Además, los padres del niño comentan en una de las últimas entrevistas haber notado que S. se lava las manos con mayor frecuencia que antes, sobre todo antes de acostarse y al levantarse por la mañana. A su vez, advierte cuando en el baño de la casa se está terminando el jabón, de manera tal que no se vaya a quedar sin ello para higienizarse.

De la misma manera que ha sido visualizada esa fase obsesiva en S.; otros autores han advertido la misma fase, a modo de ejemplo Mantovanini (2017) observó al trabajar con el caso de Luis, que luego de pasar por un período que imposibilitaba el control de sus heces, nace una fase obsesiva y la describe de esta manera *“las heces en los pantalones se transformaron en algo del pasado. Surgió entonces un Luis obsesivo, el que no soportaba un error, que estipulaba un orden para todos los juegos, que se lavaba las manos hasta limpiar el último resquicio de tinta”*. En dicho caso, la analista relaciona el síntoma con las características del niño y los aspectos de la etapa anal del desarrollo de la libido.

Las fijaciones y la falta de armonía evolutiva persisten y predisponen a la patología (Yorke & et al;1983). Sin embargo, no se advierte la existencia de una

fijación en el caso S. Lo que confirma que lo que le había sucedido era una interferencia en su desarrollo.

Por el momento, al haberse resuelto el conflicto de S., se evidencia el carácter transitorio de la fase. Aun así, el niño seguirá necesitando el apoyo de sus padres para su crecimiento. De igual manera, como en el caso de cualquier otra línea evolutiva, el progreso es irregular y se producen retrocesos de tanto en tanto, cosa que también sucede en el adulto (Yorke & et al; 1983).

Cuando la terapeuta logra observar que en el tratamiento psicoanalítico, los síntomas desaparecieron, y tanto el niño como la familia tienen mayor bienestar, se decide su finalización. Las mejoras se habían logrado más rápidamente de lo esperado. Los síntomas habían desaparecido: S. controlaba sus esfínteres de manera normal, y se logró un equilibrio entre la dependencia e independencia con su medio. De todos modos, la finalización del tratamiento no supone que el niño nunca más vaya a presentar algún otro conflicto.

Sería interesante pensar cómo sería el futuro de ese niño, en relación con establecer vínculos con otros semejantes. Quizás pensando la situación llegada la adolescencia, momento en el cual surgen una serie de cambios físicos y psicológicos, pero sobre todo, etapa donde el grupo de pares adquiere mayor fuerza.

Aberastury (2006) establece que suponer que un análisis es un seguro de salud mental y física para toda la vida es una utopía o un engaño. Las tensiones y maltratos que llegan a un niño desde el mundo exterior pueden superar lo que su yo es capaz de elaborar sin enfermar y eso puede suceder, aunque el análisis anterior haya sido un éxito.

Lo que sí se puede afirmar, es que cualquier análisis en la infancia, capacita a un niño para desarrollarse mejor y uno de los grandes beneficios que experimentará será el incremento de su capacidad de juego y de aprender con goce y fácilmente, así como enfrentar los problemas con mayor eficacia.

En el caso S.; cada vez que se debía finalizar la sesión, el niño nunca se quería ir, de esa manera buscaba algún juego nuevo para jugar. Cuando llegó el fin del tratamiento, su anhelo de continuar con la terapeuta mostró hasta qué punto el niño

necesitaba el tratamiento y que había sentido alivio al expresar sus conflictos en el consultorio.

Para advertir la finalización del tratamiento, si bien las cláusulas del mismo fueron realizadas con los padres, no se debe suponer que ellos serán quienes le transmitirán la información al niño. Es justo pensar que el pacto analítico se realizó con el niño, por lo tanto, la terapeuta decide realizar una sesión final con los padres, y posterior, una última sesión con el niño, a fin de explicar y dialogar los motivos por los cuales dejará de asistir. Si bien, S. simuló entender lo que su terapeuta le planteaba, antes de irse, la invita “otro día” a su casa a jugar, y de esa manera, le explica (con sus palabras) donde vive. En esa situación, parecía que el niño introyectó la idea de no volver al consultorio, pero paralelamente, busca un espacio nuevo de encuentro con la terapeuta, negándose a cortar el vínculo.

Luego de 12 meses, se resolvió el fin del tratamiento momentáneamente, pero ante alguna dificultad especial o algún retroceso serio, el niño retomaría la terapia.

Por otro lado, los autores Yorke, Kennedy y Wiseberg (1983), establecen que los niños pequeños no saben con certeza si tienen comprensión de sus trastornos.

En el caso S., se advirtió que el niño fue capaz de entender lo que el adulto le decía, de modo que pudo ir comprendiendo el significado latente de sus juegos, dibujos, y asociaciones, y esto ha sido tan eficaz como lo es en el tratamiento de adultos. Además, cada vez que el niño lograba ir al baño y defecar, sentía la necesidad de comunicarse con la terapeuta para expresarle su “triumfo” y le pedía a la madre que llamara a la profesional para contarle. Esta necesidad de comunicarse se la puede pensar también como la empatía lograda por la terapeuta, en relación a las aflicciones del niño, que, a su vez, no se trata más que de hacer contacto con ellas tal como menciona Tustin (Citado en Janin, 1999, p.54). Lo dicho afirma el hecho de que niños pequeños son capaces de establecer un buen vínculo con su terapeuta, tal como el adulto.

CONCLUSIONES Y RESULTADOS

Los niños de hoy, suelen manifestar de forma más abierta lo que quieren y sienten, es decir, se les ha brindado mayores posibilidades de “palabra”, lo que facilita el despliegue del tratamiento.

Los niños, convocan al otro, a que esté presente, de diferentes maneras. Lo que quizás, no toleran es la desconexión del adulto. Y es habitual ver a padres que trabajan todo el día, llegando cansados a la noche, pretendiendo que todo esté bien en casa. Ahí es cuando el niño pretende lograr una conexión con ellos (sea jugando, mostrando o dialogando), y si el adulto no es capaz de lograrlo *¿Qué sucede? ¿El adulto lo vive como una demanda excesiva por parte del niño?* La resultante son niños que gritan, exigen, sufren.

En el caso S. ha sido posible observar a este estilo de padres, en los cuales se generó un ambiente que no ha sido el mejor de los escenarios para el despliegue psíquico del niño. Más siendo que a la situación externa, se le sumaron factores internos, dando origen a una interferencia en el desarrollo de S.

Es decir, el niño fue haciendo el recorrido que pudo: entre su historia, la de los padres, las situaciones internas y externas, sus vínculos, y el medio socio-cultural.

A modo de cierre, se enumeran algunas cuestiones que se consideran relevantes del caso y que podrían generalizarse en el psicoanálisis de niños:

- 1) La técnica permite el análisis y tratamiento de niños.
- 2) La técnica permite una ampliación de casos con resultados exitosos de niños con problemas de control de esfínteres.
- 3) La técnica prepara al niño para el futuro, como consecuencia del progreso en el conocimiento de su desarrollo.

Cuando S. llegó al análisis sabía que algo andaba mal, es decir que conocía su síntoma, pero no podía establecer relaciones entre lo que expresa simbólicamente en el juego y sus dificultades para defecar. Así es como mediante el juego se fue elaborando lo traumático, y gracias a las intervenciones de la terapeuta y la actitud de los padres, el niño fue mejorando.

Cuando recibe el alta, S. había logrado una visión adecuada del mundo interno, considerada como meta y resultado del proceso terapéutico, y que corresponde a un estado ideal de integración de las funciones del yo.

En la primera sesión, se observó que el niño se sintió comprendido, y eso reforzó el aspecto positivo de la transferencia que lo impulsó a entregarle más aspectos de su fantasía a la terapeuta: esto pudo advertirse cuando realiza la seña de tirar un beso al finalizar la sesión.

También podría considerarse otra entrega hacia la terapeuta, que fue cuando jugó con aquel barco que navegaba hacia el muelle, representándose él mismo yendo hacia la terapeuta para que le arreglase su encopresis.

Como esas entregas podrían identificarse varias más a lo largo del tratamiento, pero lo importante es rescatar que esas entregas significan algo en la labor psicoanalítica: representan conexión entre el niño y la terapeuta, son respuestas de ese niño al estímulo de la presencia repetida de la terapeuta y de su actitud observadora. De esta manera, el niño ha sentido la necesidad de establecer una relación con un nuevo objeto, su mundo interno se moviliza por la necesidad de incluir al terapeuta y se disgrega en una masa desorganizada de elementos dirigidos hacia el elemento extraño con fines de integrarlo en una nueva estructura. Porque el resultado del tratamiento es una nueva estructura. Esa nueva estructura pudo advertirse cuando, en la fase final del tratamiento, el niño dibuja el edificio de 5 pisos, que fue identificado como su esquema corporal, con ventanas abiertas, mostrando que ya no tenía su ano cerrado para defecar, si no que la nueva estructura que había formado le permitía ir al baño con total normalidad. El niño además se sentía orgulloso de su nueva estructura, lo cual podría interpretarse como que por fin habría logrado *volver a ser normal*, palabras expresadas por su madre, quien además sentía un gran alivio al ver a su hijo alegre.

Freud (citado en Chiozza; 2013) decía que el psicoanálisis nada puede hacer con los sufrimientos que son “normales” en la vida, pero que puede, en cambio, liberarnos de aquellos “neuróticos”, que son innecesarios e inútiles.

REFLEXIÓN PERSONAL

“S. convive en el mismo pueblo que yo, por lo cual, al cabo de unos años me lo encuentro en una fiestita de cumpleaños, y cuando él me ve corre hacia mí para darme un fuerte abrazo exclamando “hola Vale” (anteriormente lo he visto pero eran ocasiones en las cuales no había contacto, ya que lo veía de lejos al pasar, en diferentes lugares del pueblo). En ese momento, me alegré de ver tan feliz al niño, pero me gustaría expresar aquí la satisfacción que sentí y siento de haber podido ser partícipe del tratamiento con él, un camino en el cual yo aprendí mucho y en cierta manera me ha dejado marcada, una de las principales razones por las cuales he decidido usar este caso para mi trabajo final de especialización, en el cual se plasman las diferentes nociones del psicoanálisis, terapia hermosa, que actualmente sigo utilizando para con mis pacientes.”

BIBLIOGRAFÍA

- Aberastury, A. (2006). Teoría y técnica del psicoanálisis de niños. Editorial Paidós. Buenos Aires.
- Alba, E. & Bidolsky, S. (1997). Juego, síntoma e interpretación en la transferencia. Jornada Síntoma e interpretación. Departamento de Niñez y Adolescencia. Asociación psicoanalítica de Buenos Aires.
- Ajuriaguerra, J. (1983). El desarrollo infantil según la psicología genética.
- Baranger, M. (2012). Fantasía de enfermedad y desarrollo del insight en el análisis de un niño. Revista Uruguaya de Psicoanálisis ISSN 1688-7247
- Besnosoff, H. (2016). Modalidades del tratamiento psicoanalítico: El manejo transferencial y contratransferencial en Franz Alexander y en Otto Kernberg. Universidad abierta interamericana.
- Bezos Saldaña, L; Escribano Ceruelo, E. (2012). ¿Qué esconden los problemas del control de esfínteres? A propósito de un caso. Nota Clínica. Revista Pediatría Atención Primaria vol.14 no.56. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322012000500006
- Bion, W. R. (1991) Seminarios de psicoanálisis. Buenos Aires. Editorial Paidós.
- Chiozza, L (2013) ¿Para qué sirve el Psicoanálisis? Buenos Aires. Ed. Libros del Zorzal.
- Dio Bleichmar, E. (2015). El analista en la exploración de los múltiples mundos intersubjetivos del niño (Cap. 8).
- Donzino, G. (1996). Niños en crisis. Disponible en: <https://aulavirtual.psicologia.unc.edu.ar/mod/folder/view.php?id=755>
- Freud, S. (1895). Obras completas. Buenos Aires. Editorial Amorrortu.
- Garza-Elizondo, R. (2020) Control de esfínteres. Acta Pediatr Mex. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2020/apm201e.pdf>
- Guiraldes, E; Novillo, D; y Silva, P. (2005). Encopresis en el paciente pediátrico. Revista Chilena de Pediatría. Disponible en:

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S037041062005000100010&script=sci_arttext

- Hasson, A; (2007). La palabra y el síntoma. Comentarios acerca de un caso de encopresis. Disponible en:
http://dspace.uces.edu.ar:8180/jspui/bitstream/123456789/1852/1/Palabra_sin_toma.pdf
- Janin, B. (1999). Las intervenciones del psicoanalista en psicoanálisis con niños. Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del Niño y del Adolescente.
- Janin, B. (2008). Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente.
- Janin, B. (2012). El sufrimiento psíquico en los niños: psicopatología infantil y constitución subjetiva. Editorial Noveduc. Buenos Aires.
- Jiménez Chaves, V. E. (2012). El estudio de caso y su implementación en la investigación. Artículo de Revisión. Rev. Int. Investig. Cienc. Soc. Vol 8. N°1. ISSN (En Línea) 2226-4000.
- Lutereau, L; Stavchansky, L. (2014). Reinventar el psicoanálisis: Introducción a la clínica con niños. Editorial Letra viva. Buenos Aires.
- Marcelli, D. (2006). Psicopatología del niño. Editorial Elsevier Masson. Edición en Español de la séptima edición de la obra original en Francés. París.
- Mantovanini, M. C. (2017). Encopresis: Tío Rico Mc Pato y el uso del síntoma en el proceso analítico. Revista uruguaya de Psicoanálisis (en línea) (125): 129-138 issn 1688 – 7247. Disponible en: <http://www.bivipsi.org/wp-content/uploads/16887247201712509.pdf>
- Montero y León (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en Psicología. Universidad Autónoma de Madrid, España.
- Nabel, N. & González, J. (2009). El juego hoy: Incidencia de las nuevas tecnologías. Repercusiones e interrogantes. Revista TOPIA. Septiembre 2009.
- Nágera, H. (1965) Neurosis infantil. Problemas del desarrollo. Buenos Aires. Ed. Horme.
- Nemirovsky, C. D. (2002). Aportes de Winnicott y de Khout a la comprensión de la patología temprana. Psicoanálisis APdeAB. Vol XXIV. N° 3.

- Rojas, M. C. (1999). Psicoanálisis de las configuraciones vinculares. Cap. Perspectivas vinculares en psicoanálisis de niños. Revista de la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo. Buenos Aires.
- Untoiglich, G. (2009). Patologías actuales en la infancia. Capítulo 5. Editorial Noveduc. Buenos Aires
- Yorke, C; Kennedy, H. y Wiseberg, S. (1983). Psicoanálisis. Algunos aspectos clínicos y teóricos de dos líneas de desarrollo. Vol V. N° 2.
- Trabajo clínico personal de la autora.