

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES**

**CARRERA DE ESPECIALIZACIÓN EN PSICOANÁLISIS CON ADOLESCENTES**

**TRABAJO FINAL DE ESPECIALIZACIÓN**

**TEMA: “INTERVENCIONES EN LA CLÍNICA PSICOANALÍTICA A PARTIR DE UN CASO CLÍNICO, EL DE UN JOVEN CON PROBLEMÁTICAS GRAVES EN LOS PROCESOS DE CONSTITUCIÓN SUBJETIVA”.**

**AUTORA: SOLEDAD CANAVESIO**

**TUTORA: ELSA KAHANSKY**

**FECHA DE PRESENTACIÓN: Agosto, 2019**

## Índice

Introducción.....	1
Hilando la experiencia clínica con la teoría: Presentación del caso. ....	5
Primer encuentro: “El olvido del informe”. ....	6
Algunas cuestiones teóricas entorno a los diagnósticos que invalidan.....	9
El tratamiento con Luciano .....	17
Conozco a Luciano .....	18
Luciano y la TV .....	23
Intervenciones estructurantes .....	29
Del lado del analista ¿Qué sentimos?, ¿qué nos pasa? .....	31
La importancia del encuadre como instrumento terapéutico .....	32
Delimitación de algunos conceptos, que nos permiten pensar en el desarrollo de lo temprano en Luciano.....	35
El encuadre como herramienta terapéutica .....	38
La cura como cuidado y reinicio del desarrollo.....	39
La noción de experiencia en el proceso analítico .....	44
La figurabilidad del analista. Aportes teóricos de César y Sara Botella.....	45
Consideraciones finales.....	49
Bibliografía.....	52

## **Introducción**

*“¿Qué desarmamos? La idea de creer que pensamos cuando reconocemos,  
cuando categorizamos, cuando diagnosticamos o evaluamos.  
Que pensamos cuando promulgamos imágenes del buen entendimiento,  
cuando nos inundamos de jergas,  
citamos autores consagrados o ganamos discusiones”<sup>1</sup>.*  
Silvia Duschatky, Elina Aguirre<sup>2</sup>.

A partir de este trabajo, se aborda el caso clínico de Luciano, un joven de 17 años con problemáticas psíquicas graves, que a muy temprana edad fue diagnosticado como TGD y medicado por neurólogos.

Desde la clínica misma empiezan a surgir interrogantes que mueven a investigar, a bucear en un marco teórico, para pensar la función del analista, las intervenciones analíticas con pacientes con problemáticas psíquicas graves, considerando las interrelaciones entre los procesos de constitución subjetiva, entramado de vínculos y contexto histórico-político.

Lejos está la intención de que el texto se lea cerrado o definitivo, por el contrario la finalidad es plantear interrogantes, que puedan funcionar de punto de partida para otras contribuciones o, simplemente, su lectura motorice el pensamiento.

Cada apartado de este trabajo es introducido a partir de estrofas de canciones, o frases de autores, cuya letra se relaciona con el tema que se desarrollará, presentándolo.

Luciano llegó con un rótulo que cargaba desde niño, ya habían armado a través de unas simples siglas lo que le pasaba.

En la actualidad nos hallamos con una clínica que avanza en su protocolización, asimismo con padres cada vez más desbordados, con pocas posibilidades de conexión con los pequeños, lo que hace que los niños se sientan sobrepasados, sin contención, y muchas veces, como en el caso clínico elegido en este trabajo, nos encontramos con jóvenes que se toparon tempranamente con etiquetas diagnósticas que los inmovilizaron,

---

<sup>1</sup> Duschatzky, S., Aguirre, E. Des-armando escuelas. Buenos Aires: Paidós, 2015. cap. 1, p. 19-20.

encuadrándolos en determinadas categorías impidiendo el surgimiento o la continuidad subjetiva.

Es un trabajo donde se des-arma continuamente, en el sentido de la palabra está encerrado el doble significado, desarmar y armar, intentando sostener el pensamiento complejo, en una época en la que la tendencia es clasificar el sufrimiento, ordenar, simplificar, reducir lo intrincado y enigmático de la vida.

El sostén teórico de este trabajo está representado por los aportes de diferentes autores que me ayudaron a pensar cómo trabajar con Luciano y calmar mi desesperación ante la gravedad de su cuadro. Fue impactante ver el deterioro psíquico en él cuando nos conocimos.

¿Cuánto de lo que le sucede a Luciano forma parte de su cuadro de base y cuánto es el resultado de haber sido observado siendo niño, desde un manual que demarcó gran parte de su existencia?

Preguntas que me inquietaron desde un primer momento, que me impulsaron a leer, investigar lo que plantean algunos autores contemporáneos sobre qué implica diagnosticar en la niñez.

En esos primeros tiempos, cuando Luciano era un niño, se corrió detrás de un diagnóstico, sus padres desesperados fueron a la fonaudióloga, a distintos neurólogos, entonces Luciano fue evaluado, le hicieron muchos estudios, conectaron su pequeña cabeza a cablecitos que lo asustaron y si bien no arrojaron resultado alguno, fue medicado.

¿Cuál es la necesidad y la urgencia que tenemos los adultos de que a un niño de 4 años se lo encasille en un diagnóstico que le deje una marca indeleble?

La desesperación de la fonaudióloga, sus decires, “no se puede trabajar con Luciano”, “no quiere trabajar”, desesperó a sus padres, desesperación colectiva que los llevó a consultar e ir de un lugar a otro. Y así empezó todo.

¿Qué le pasaba a Luciano a los tres años?, ¿por qué no se podía dormir?, ¿qué le sucedía a Fernanda que no podía calmarlo por las noches, y encendía el televisor?, ¿por qué no hablaba bien?

¿Qué hubiese pasado si en esos momentos los profesionales trataban de pensar qué manifestaba Luciano con sus enojos, si atendían a la mamá y al papá, si los hubiesen escuchado?.

Este trabajo es testimonio, a partir de la historia de este joven, de lo que les sucede a muchos niños y familias que se topan con profesionales que

apresuradamente etiquetan, medican y no se preguntan por el sufrimiento de los niños a los que atienden.

Muestra el deterioro psíquico de Luciano cuando inicia el tratamiento conmigo. También mi desesperación, mis preguntas, mi indignación, y un recorrido por distintos autores a partir de los cuales se puede llegar a entender el porqué de esta situación, que es tan vigente en nuestros días.

Es fundamental pensar las secuelas en la vida de los sujetos que como Luciano fueron tempranamente diagnosticados, etiquetados, simplificando de esta manera obscena las determinaciones del sufrimiento infantil.

En la primera parte se piensa y se describe el contexto social, político, económico y cultural que enmarcan este tipo de problemáticas.

Se intenta explicar cómo se representa a la infancia en nuestros tiempos, qué es considerado patológico, cómo se aborda el sufrimiento infantil, porque pensar la psicopatología infantil lleva necesariamente a reflexionar en el contexto socio-cultural en el que se gesta dicha patología y también sobre lo que es considerado patológico en cada época.

Se presenta el caso clínico, y se desarrollan algunas cuestiones teóricas entorno a los **diagnósticos que invalidan**, a partir de diferentes autores argentinos contemporáneos que abordan esta temática poniendo el acento en lo intrasubjetivo como en lo intersubjetivo, ellos son Beatriz Janin, Gisela Untoiglich, Juan Vasen, Alejandra Taborda.

Luego el trabajo continúa abordando el tratamiento propiamente dicho con Luciano. Mis intervenciones, cómo trabajo con él y su familia.

También, a partir de fragmentos del caso clínico, que incluyen las primeras entrevistas con la mamá de Luciano y sesiones individuales con Luciano, se vislumbra cómo fueron los primeros tiempos, sus vínculos tempranos. Se piensa en lo que no fue considerado por los especialistas que lo trataron de pequeño, en cuáles fueron las determinaciones de su sufrimiento.

Desarrollo algunos conceptos teóricos de autores señeros en la historia del psicoanálisis, desde mi propia decantación constituida a partir del rastreo del estado del arte, articulando de esta manera lo teórico con la clínica y viceversa.

Winnicott se ha ocupado lo suficiente de los fundamentos de la vida psíquica, es decir, de los efectos del encuentro entre la psique del niño y el medio ambiente facilitador. Enuncio, desde Winnicott, aquellos conceptos más

importantes involucrados en la función materna, para poder pensar, luego, en las fallas y en los efectos en el psiquismo temprano de este joven que me convoca.

Se parte de una escena infantil relatada por la mamá de Luciano, que deja entrever que algo falló en relación al sostén materno, al medio ambiente facilitador. Para Winnicott la madre “suficientemente buena” (que no tiene porqué ser necesariamente la madre verdadera) es la que va adaptándose activamente a las necesidades del pequeño que va tolerando la frustración. La madre se adapta gradualmente de un modo menos completo y el niño afronta de forma creciente los fallos de la madre. Si todo va bien, el niño puede sacar provecho a la frustración.

Winnicott<sup>3</sup> plantea el tipo de intervenciones que serán necesarias con aquellos pacientes en los cuales la adaptación ambiental no es suficiente. En esos casos, como en el de Luciano, el marco cobra mayor importancia que la interpretación. El dispositivo analítico ofrece la posibilidad de “crear” ese “marco –ambiente” lo bastante bueno. Construir creativamente intervenciones, es la tarea. Integro a los aportes de Winnicott, los del psicoanalista argentino Carlos Nemirovsky, quien consideró el tema de la “edición” y del establecimiento de un encuadre adecuado para posibilitar el despliegue de aquello del desarrollo tempranamente fallido.

En este trabajo, muestro como transcurren las sesiones con Luciano, las dificultades que se presentan, como pienso las intervenciones y el espacio analítico. También como intervengo con los padres, intentando generar un espacio donde la confianza esté presente, también la empatía, y eso habilite a que alguna pregunta pueda empezar a hacerse.

El trabajo psicoanalítico en estos casos y otras patologías graves no se trata de una historia a develar, sino a construir. El analista tiene una función estructurante.

Retomo la teoría desarrollada por Beatriz Janin, que parte de otro paradigma teórico, pone el acento en lo intrasubjetivo como intersubjetivo, y define a este

---

<sup>3</sup> Winnicott D. Escritos de pediatría y psicoanálisis. “Variedades clínicas de la transferencia”. Buenos Aires: Paidós. 1999

tipo de **intervenciones como estructurantes**, y las describe diciendo que de lo que se trata es de cualificar la excitación, nombrar afectos, ser disparador del armado fantasmático. “Simbolizar, traducir, resignificar, abrir nuevos recorridos en una complejización creciente, conectar, arborizar, es tarea de Eros”<sup>4</sup>

Por último, abordo el concepto de **la figurabilidad del analista**, a partir del desarrollo teórico de César y Sara Botella. La figurabilidad del analista permite conservar la investidura de su analizante y preservar sus propias capacidades de representación.

Intento revelar la apuesta que hacemos los Psicoanalistas para posibilitar el advenimiento subjetivo. Intervenir en problemáticas psíquicas graves es participar del tiempo de la escritura del sujeto.

Oferta subjetivante que constituye subjetividad. Lo que implica una gran responsabilidad y posicionamiento ético.

#### Hilando la experiencia clínica con la teoría: Presentación del caso.

Luciano cuando inició su tratamiento tenía 14 años. Hace cuatro años que venimos trabajando juntos.

Vive en un pueblo de muy pocos habitantes, con su mamá Fernanda de 48 años de edad, ama de casa, y con su papá Elvio de 50 años, que trabaja como electricista, plomero, y es chofer. Su hermano Gabriel de 25 años vive en Villa María, ciudad donde estudia sistemas.

Es Fernanda la que llama y pide un turno para su hijo. En ese primer contacto telefónico la escuché bastante nerviosa y cortante, me dijo que su hijo necesitaba continuar con tratamiento psicológico, la psicóloga que trabajaba con él desde que tenía 6 años, lo había derivado porque sentía que Luciano estaba muy desganado y no hacía nada en las sesiones.

Comenta “Luciano hace crisis, contesta mucho e insulta, generalmente cuando le ponemos límites, o cuando pierde en la computadora (en la cual pasa

---

<sup>4</sup> Janin, B. Las intervenciones del psicoanalista en psicoanálisis con niños. *Cuestiones de infancia. Revista de psicoanálisis con niños*, Vol. 4. (1999): 57-70.

muchas horas jugando). Se saca, se descontrola, insulta. Se transforma, hasta su voz cambia cuando está sacado”.

Invité a Fernanda a una primera entrevista junto a su marido, ella se largó a reír y me dijo que Elvio seguramente no iba a concurrir porque no creía en estas cosas, y que nunca había ido a la psicóloga anterior. Antes de cortar, Fernanda habló sobre un informe de Luciano, en donde estaba detallado lo que tenía. Me dijo que cuando tenía 4 años después de recorrer muchos lugares y médicos, le hicieron evaluaciones y determinaron que tenía TGD. A partir de entonces Luciano esta medicado.

#### Primer encuentro: “El olvido del informe”.

Fernanda vino sola a la primera entrevista, porque su marido había tenido que viajar.

La noté distante, su gesto era como si estaría enojada, a la defensiva conmigo. Me dijo que le costaba empezar un nuevo tratamiento, que confiaba mucho en Silvia, la anterior psicóloga. Comenta que se olvidó los resultados de los estudios de Luciano y el informe del colegio. (Se muestra preocupada al respecto, dice lamentarlo). Le dije en ese momento, que me parecía más importante escucharla, que me contara ella lo que les estaba pasando, que no se preocupara por los informes.

Cuenta que tuvo un embarazo normal de Luciano, sin dificultades. Y que cuando “se enfermó”, así lo expresa Fernanda, cuando rompió bolsa, Luciano nació moradito y lo bronco aspiraron. Nació por cesárea, porque en los últimos meses de embarazo tuvo presión alta.

Continúa diciendo “el desarrollo motor de Luciano se dio sin dificultades, caminó a los 12 meses”.

Todo lo va contando con cierto desgano, sin afecto y rápidamente, sin que yo se lo pregunte, como si estaría respondiendo una anamnesis.

El clima de la entrevista era espeso, si bien trataba de descomprimir y de ir a otro ritmo, sentía un poco de incomodidad.

Continuó: “Luciano no desarrollaba el habla, entonces a los tres años lo llevamos de una fonoaudióloga. Él gritaba, lloraba, se quería ir. Era muy inquieto resultaba casi imposible trabajar con él”.



Debido a que Luciano no paraba de moverse, a sus berrinches y agresiones, comenzó sala de 4 con maestra integradora. Al finalizar salita de 5, les sugieren a los padres que continúe en una escuela especial.

Los derivaron a un neurólogo que medicó a Luciano en la primera sesión. No les gustó, y se fueron a otro lugar. Hospital de niños en Córdoba. Consultaron a otro neurólogo que les dio tranquilidad, porque indicó hacer una resonancia magnética, que dio normalidad.

Fernanda cuenta que deseaban saber qué podía aprender, entonces lo llevaron a un centro en la Ciudad de Córdoba. Lo evaluaron neuropsicológicamente, y realizaron un informe. Es el informe del que habló en nuestra primera conversación telefónica, y que lamentó olvidar en la entrevista. Los resultados indicaron un funcionamiento cognitivo general limítrofe. Trastornos en el lenguaje. Dislalias. Torpeza motriz y déficit de atención con hiperactividad sobreagregado. (Esto es copiado del informe, que luego de unos meses su mamá me dio, sin que yo se lo haya pedido).

Esta evaluación se llevó a cabo en dos días, mañana y tarde con intervalos cada 45 minutos ya que Luciano se fatigaba rápidamente. Se lo evaluó en períodos en que había recibido metilfenidato y en períodos libres de medicación. El neurólogo consideró en ese momento que los comportamientos eran muy diferentes. Con medicación sus niveles atencionales aumentaban y su hiperactividad disminuía notablemente. Fue medicado en ese entonces con Risperidona que lo dormía. El neurólogo que lo observó habló de un trastorno generalizado del desarrollo. Posteriormente fue medicado con metilfenidato.

Pienso en toda la situación atravesada por esta familia, y mis preguntas iniciales empiezan a despejarse. Un gran costo de dinero, de tiempo y el más duro de todos, el emocional estuvo en juego. Ir a la ciudad para Elvio y Fernanda no era algo sencillo, no tenían en ese momento un vehículo para movilizarse con Luciano. Viajaban en colectivo muchas horas para llegar a destino. Salir de un pueblo que no llega a los mil habitantes para ir a la ciudad donde hay miles, y encerrarse en los pasillos del hospital donde estudiaban a Luciano como si fuera una ratita de laboratorio, esperando largas horas, para que alguien los ayude con lo que les estaba pasando, seguramente fue muy duro, frío, inhumano.

Los papás de Luciano, son papás que no han sido contenidos ni escuchados en su dificultad para contener las particularidades de su hijo.

En el primer encuentro, el olvido del informe, la desesperación y el lamento de esta madre por su fallido sorprenden. Al mismo tiempo, internamente se arman posibles hipótesis que lo explicarían. Hacía desde los tres años de Luciano, que esta familia buscaba ayuda en distintos profesionales y sólo encontraron puertas que se abrieron y se cerraron rápidamente. La fonaudióloga lo atendió cuando tenía tres años, no pudo preguntarse por este niño, porque lloraba, gritaba, y tenía dificultades para expresarse, fue más fácil y rápido decirles a sus padres que no podía trabajar así con él. Las docentes que lo recibieron en el jardín de infantes, pareciera que no sabían qué hacer, cómo contenerlo cuando estallaba, entonces fue más simple, derivarlos a un neurólogo, y de ahí los siguientes pasos, y entonces el camino que recorrieron fue tan inhumano, que genera mucha impotencia y también enojo.

Luciano fue evaluado y medicado durante varias horas, rápidamente se hizo un diagnóstico, se lo clasificó, se le dio una medicación, dejando de lado que se trataba de un niño, con todo lo que ello implica. Un psiquismo en estructuración, en el que los funcionamientos no están todavía rigidificados, ni totalmente establecidos, en tanto la infancia es fundamentalmente, devenir y cambio.

El clima de esa primera entrevista fue denso, Fernanda hablaba de Luciano, como si estaría respondiendo un cuestionario, “nació por cesárea, caminó a los 12 meses, tuvo un retraso en la adquisición del lenguaje...”. Su manera acelerada de hablar, de responder a preguntas que nunca se le hicieron, deja entrever, que se trata de una mamá que ya hizo todo un recorrido por los distintos ámbitos de la medicina. Peregrinaje por diferentes especialistas, neurólogos, psiquiatras, psicólogos, fonoaudiólogos.

Muestra cansancio porque a pesar de ello, su hijo sigue igual. Se la nota desesperanzada, enojada.

Si bien la mamá con su fallido de olvidarse los informes, hace un intento de encontrarse con su hijo más allá de la patología, presenta a Luciano de una manera mecánica, sin afecto, cómo si en realidad lo estaría leyendo.

*Depende*  
*Depende ¿de qué depende?*  
*De según como se mire, todo depende...*  
Jarabe de palo

### **Algunas cuestiones teóricas entorno a los diagnósticos que invalidan**

Recuerdo perfectamente lo que sentí después de recibir el primer llamado de Fernanda para pedir que empezara a atender a Luciano.

Cuando colgué el teléfono consideré que estaba frente a un caso que no era fácil, acababa de escuchar a una mujer cansada de las crisis de su hijo de 14 años, enojada porque desde que era pequeño lo llevaron de distintos especialistas pero Luciano estaba igual o peor. Siempre lo acompañó sola, a todos lados donde la mandaron.

Me dijo que no le iba a hacer fácil confiar en mí, que para ella no había profesional mejor que Silvia.

La sentí enojada a Fernanda, cuando habló de su marido, por quien se sintió abandonada, ya que nunca la acompañó, siempre sola se ocupó de llevar a Luciano a la escuela, a lo del psiquiatra, a la psicóloga. Recuerdo perfectamente, cuando le dije que era importante trabajar con ella y su marido, que iba a necesitar tener entrevistas con ambos además de trabajar con Luciano, con la ironía con la que me respondió, que estaba loca en pensar que su marido iba a ir a terapia, estaba segura que eso no iba a pasar porque nunca había aceptado ir cuando lo llamaron, y no cree en esas cosas. Reconozco que esa respuesta, ese tono me generó rechazo, sin pensar mucho le dije que si no trabajaba con ambos padres no iba a poder trabajar con Luciano. ¿Por qué intervine así?, creo que desde el principio pensé que además del tratamiento para Luciano, donde iba a tener un espacio para él solo, sin la madre, era importante que su papá también esté, incorporarlo. No podía dejar de pensar en la simbiosis que se había establecido entre esta mamá y Luciano. Primeras hipótesis que luego iban a despejarse a lo largo del tratamiento. También al cortar pensé en la dureza de Fernanda al hablar, en su frialdad y en todo lo que eso provocó en mí, y me pregunté por Luciano, y por un momento, mientras duró la llamada, sentí lo que él tal vez siente al estar con esta mamá.

También en la importancia de escuchar a estos padres, abrirles las puertas que en un momento tan importante de sus vidas fueron cerradas. Alojarlos en su dolor, contenerlos.

Lo que más me impactó de lo que me contó esta mamá durante la llamada, es cuando habló de Luciano siendo niño, con tres añitos, a quien llevaron de la fonoaudióloga, distintos neurólogos, porque en el jardín se portaba mal, gritaba, se movía mucho. Mientras su mamá me contaba lo imaginaba y me preguntaba ¿qué le pasó a ese niño de tres años? ¿qué manifestaba o trataba de decir con ese malestar?, ¿alguien se pudo preguntar por esto? ¿de qué sufría Luciano?. Fernanda habló de un informe, de un diagnóstico TGD y de medicación.

Recibo a Luciano con 14 años, qué impotencia siento, cuánto tiempo se perdió. ¿Qué hubiese pasado si en aquel momento, cuando era niño lo hubiesen atendido, escuchado, a partir de un tratamiento que apuntara a armar psiquismo, con intervenciones subjetivantes?, ¿qué hubiera pasado si estos padres hubiesen sido contenidos en su desesperación por dar respuesta a la escuela sobre el comportamiento de su hijo?, ¿y en la relación que tenían con él?

En el mejor lugar de Córdoba (estas son palabras de Fernanda) donde fue evaluado durante horas siendo un niño, ¿por qué no se dieron cuenta que estaban frente a un nene? ¿Acaso no lo miraron a los ojos?, ¿no sintieron lo que estaba sintiendo ese niño frente a un hombre vestido con guardapolvo blanco, al que nunca había visto?, cuánta falta de empatía, qué injusto, cuánto dolor, ¡qué ganas de volver el tiempo atrás!. Siento que lo abrazaría y le pediría perdón en nombre de esos profesionales, también a sus padres, que esperaban solos en los pasillos que alguien le diera una respuesta.

Todas estas sensaciones me invadieron e inundaron después de las primeras entrevistas con Fernanda. Creo que por ello nunca me sentí tan segura de querer atender a un paciente. Desde el primer momento tuve la necesidad de trabajar con Luciano, quería conocerlo.

Surgieron muchas preguntas.

¿Cuánto de lo que le sucede a Luciano forma parte de su cuadro de base y cuánto es el resultado de haber sido observado siendo niño, desde un manual que demarcó gran parte de su existencia?

¿Cuánto de lo que le ocurre está determinado neurológicamente y cuánto se debe al contexto?

¿Cuánto de sus manifestaciones en su conducta es genético y cuánto es producto de su historia, de las marcas que dejaron esos vínculos tempranos con poca oferta, poco sostén en un psiquismo en constitución?

Estas preguntas que me inquietaron desde un primer momento, me impulsaron a leer, investigar lo que plantean algunos autores contemporáneos sobre qué implica diagnosticar en la niñez.

¿Qué le pasaba a Luciano a los tres años?, ¿por qué no se podía dormir de bebé?, ¿qué le sucedía a Fernanda que no podía calmarlo por las noches, y encendía el televisor?, ¿por qué no hablaba bien?

Para que Fernanda se quede paralizada frente a su hijo pequeño que no podía dormir por las noches, hay algo que no hubo en ella.

Cuando los padres consultaron por primera vez a la fonoaudióloga, su hijo tenía tres años. En las primeras entrevistas recuerdan esos momentos como caóticos, porque Luciano gritaba, lloraba, no se quedaba quieto y era imposible trabajar con él en el espacio. Pienso que diferente sería el presente de Luciano si esta profesional se hubiera dado cuenta y planteaba que las dificultades para desarrollar el lenguaje estaban relacionadas con la parte emocional y les proponía a los padres un tratamiento con el niño centrado en entrevistas con un psicólogo, con el fin de trabajar cuestiones relacionadas con las dificultades que presentaba, que nada tenían que ver con ejercicios para pronunciar bien.

En esos primeros tiempos se corrió detrás de un diagnóstico, fueron a la fonoaudióloga, a distintos neurólogos, hicieron estudios, evaluaciones.

¿Qué hubiese pasado si los profesionales trataban de pensar qué le estaba pasando a Luciano, qué manifestaba con sus enojos, si atendían a la mamá y al papá, si los hubiesen escuchado?.

¿Cuál es la necesidad y la urgencia que tenemos los adultos de que a un niño de 4 años se lo encasille en un diagnóstico que le deje una marca indeleble?

Una cuestión central, para comprender y tratar de despejar algunos de estos interrogantes es ubicar el contexto social en el que estamos inmersos, que en cierta medida nos determina.

Pensar la psicopatología infantil lleva necesariamente a reflexionar en el contexto socio-cultural en el que se gesta dicha patología y también sobre lo

que se espera de los niños, qué se considera sano o patológico en los tiempos que corren.

Gisela Untoiglich plantea con respecto a la necesidad de diagnosticar y medicar tempranamente que el diagnóstico es una construcción que se efectúa en un determinado momento histórico y responde a ciertos intereses políticos-económicos ( G. Untoiglich, 2016, 14).

“Diagnosticar a partir de listados de conductas observables, como propone el Manual Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM, su sigla en inglés), tiene consecuencias implacables en la vida de muchas personas, sobre todo cuando se trata de niños. Intervenir con moléculas químicas en cerebros en formación -acción de la que se desconocen los efectos a largo plazo o, aun sabiéndolos, se minimizan- puede tener secuelas nefastas e irreversibles”<sup>5</sup>

Fui y soy testigo de ello, de las marcas que ese tipo de mirada y tratamiento generó en Luciano, y como arrasó con parte de su subjetividad y la de su familia.

En este sentido, el DSM es funcional a esta época y a las políticas neoliberales que priorizan el éxito sin importar costos y sin cuestionamientos al sistema. También lo son aquellos profesionales que lo utilizan.

Bernard Golse (2003) plantea, tomando las enseñanzas de G. Canguilhem, que lo que aparece como patológico en un niño en una época sería quizá considerado como normal en otra, porque la tolerancia de una sociedad al funcionamiento de los niños se funda sobre criterios educativos variables y sobre una representación de la infancia que depende de ese momento histórico.

La mirada sobre la infancia se ha transformado. El concepto mismo de “bebé” también ha sufrido una actualización. Hoy, frente a las características propias de un bebé, como lo son la indefensión y la dependencia absoluta, aparece muchas veces, una posición parental impaciente e incomprensible, sin empatía, que espera que un bebé realice rápidamente y de manera eficaz los objetivos que se esperan para su etapa de desarrollo, sin ayuda del adulto. Dista mucho de aquel concepto de infancia de la modernidad, que la consideraba, como una etapa que se caracterizaba por la dependencia y la vulnerabilidad del niño.

---

<sup>5</sup> Untoiglich, G. Autismos y otras problemáticas graves en la infancia. La clínica como oportunidad. Buenos Aires: Noveduc, 2016. Cap. 1, p. 15.

En épocas actuales, es importante el rendimiento, el éxito, la productividad. La prisa y la urgencia atraviesan los tiempos adultos, los niños han quedado atrapados en una lógica donde el sufrimiento infantil debe tener respuestas médicas o psicológicas rápidas, acompañadas de algún nombre o diagnóstico. Se intenta perfeccionar los procesos psíquicos y mentales con el consumo de sustancias como los psicofármacos, queriendo garantizar mayor rendimiento en niños, jóvenes y adultos.

Existen muchas terapias que se encargan de evaluar rápidamente a los sujetos, diagnosticar y medicar, sin ningún tipo de cuestionamiento o preguntas en relación a lo social, lo político, lo vincular, acerca de las causas que provocan sus malestares.

La invasión de diagnósticos, que no son más que un conjunto de enunciados descriptivos que se terminan transformando en enunciados identificatorios, es una de las dificultades que tenemos hoy en día para la comprensión del sufrimiento.

Juan Vasen plantea que en los tiempos que corren, clasificar niños está de moda, a partir de cierta lectura de aquellas conductas y rendimientos que se consideran trastornados y se lo hace desde una supuesta asepsia técnica y neutralidad valorativa (J. Vasen, 2009).

Este autor, en su libro “El mito del niño bipolar”, considera que la marea clasificatoria del DSM, alimentada por una mitologización de la biología y la genética, adormece nuestra sensibilidad y, en lugar de acercarnos, nos aleja de las verdades y las lógicas del sufrimiento infantil (Ibíd., 28)

Estos diagnósticos, llevan a que un niño sea catalogado por los síntomas que presenta perdiendo así su identidad. Luciano dejó de ser un niño con todas sus particularidades muy tempranamente, le robaron su niñez, su inocencia, y pasó a ser TGD.

Beatriz Janin dice: “Así, se pasa de: “tiene tics”, a “es un Gilles de la Tourette” o de: “tiene conductas compulsivas y reiteradas” a “es un TOC” o, en vez de un niño triste, hablamos de un trastorno bipolar...El más conocido es el Trastorno por Déficit de Atención, título con el que son catalogados niños que presentan diferentes características”<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> Janin, B. El ADHD y los diagnósticos en la infancia: la complejidad de las determinaciones. *Cuestiones de infancia. Revista de Psicoanálisis con Niños*, Vol. 11. (2007)

Los diagnósticos infantiles psiquiátricos que circulan en la actualidad simplifican de manera obscena las determinaciones del sufrimiento infantil.

Es fundamental pensar las secuelas en la vida de los sujetos como Luciano, que fueron tempranamente diagnosticados, etiquetados.

Pienso si en lugar de ello, dar un diagnóstico de por vida, frente a las señales de alarma que se presentaban en Luciano cuando era chiquito (le costaba dormir por las noches, su mamá no podía calmarlo, tenía dificultades en el armado del lenguaje, y se irritaba mucho) se hubiese indicado a los padres, que era fundamental trabajar tempranamente con su hijo y con ellos, en un espacio terapéutico, donde la prioridad hubiese sido ir armando psiquismo, a partir de intervenciones subjetivantes con Luciano, y al mismo tiempo se hubiese trabajado con ellos, alojándolos en su sufrimiento, escuchándolos, acompañándolos. ¿Cómo estaría hoy Luciano?. ¿Cuáles hubiesen sido las transformaciones?.

Gisela Untoiglich marca las diferencias entre etiquetamiento temprano y detección oportuna.

En este caso, se trató de lo primero, entonces el diagnóstico temprano asociado a la medicación instaló a Luciano en el lugar del enfermo.

Aparece aquí claramente expresada la línea nociva que parte de la urgencia de un diagnóstico rápido infantil a la medicación temprana e ineficiente, pero redituable para grandes industrias farmacológicas.

El diagnóstico no debería ser sólo una “exploración” del niño, sino un proceso de simbolizaciones en el que se aborden los vínculos primordiales con las figuras originarias que participan del mismo y el tipo de intervención que se realice generará sus propios efectos (Bleichmar, 1988).

Abordar los vínculos primordiales como plantea Bleichmar, sin caer en un reduccionismo de plantear el tema en términos de desamor materno o, en otra línea, de ausencia paterna frente a un niño con problemáticas psíquicas graves.

Beatriz Janín con respecto a las determinaciones dice: “Se trata más bien de matices, de funcionamientos psíquicos, maternos y paternos, que implican toda la complejidad y las contradicciones del psiquismo (entre otras, la ambivalencia). Son encuentros sutiles, imperceptibles a veces, en los que se conjugan ciertos movimientos maternos o paternos con la capacidad inscriptora



y metabolizadora de un niño, y esto en un tiempo y en un espacio, en un momento particular de una pareja y de una familia y en una historia colectiva”<sup>7</sup> Es importante no hacer del diagnóstico un destino, no salir a buscar culpables. Sí es necesario delimitar el problema y construir intervenciones que subjetiven. Cuando diagnosticaron a Luciano siendo tan pequeño, no pensaron en los tiempos tempranos de su estructuración psíquica, como un sujeto en permanente devenir, con diferentes posibilidades, se lo supuso patológico, y lo medicaron, sin tener en cuenta las situaciones particulares por las que estaba atravesando él y su familia.

Poder cuestionarnos acerca de las causas de las problemáticas infantiles y también preguntarnos acerca de las consecuencias del modo en que los adultos, los profesionales podemos incurrir en la evolución de esas dificultades, es fundamental.

Alejandra Taborda y Daniel Díaz expresan la importancia de que todo diagnóstico debe tener en cuenta, al menos: “las configuraciones propias que trae el sujeto desde el nacimiento; el contexto familiar en el cual se ha desarrollado; las experiencias vividas; la impronta que consciente / inconscientemente estas vivencias dejan grabada en la interrelación y las múltiples combinaciones que de ella surgen; el momento evolutivo por el cual transita; las características de normalidad para la edad y el medio en que se desenvuelve”<sup>8</sup>

Diagnosticar es otra cosa que rotular de acuerdo con lo que aparece como manifiesto, para llegar a un diagnóstico hay que escuchar, observar, analizar teniendo en cuenta todos los elementos que tengamos a nuestro alcance, y poder así determinar cuáles son los conflictos que predominan en cada caso, si éstos son intrapsíquicos o intersubjetivos, que defensas predominan, que es lo que se repite. Y todo siempre ubicado en un contexto.

En el tratamiento de Luciano fue importante abrir un espacio donde toda la familia pudiera hablar de lo que les pasó, y de lo que les sucede actualmente, como se sienten. Desde esa primera entrevista se intentó abrir un espacio para

---

<sup>7</sup> *Ibíd.*, p. 219.

<sup>8</sup> Taborda, A. Díaz, D. Una revisión del diagnóstico de déficit atencional en la niñez. Estudio descriptivo y propuesta terapéutica. *Cuestiones de infancia. Revista de Psicoanálisis con Niños*, Vol. 11. (2007).

la escucha. ¿Qué le pasa a Luciano?, ¿cómo se sienten ellos como padres, cómo pareja?

Maud Mannoni subrayaba la importancia de las palabras del entorno o de su ausencia en relación con un diagnóstico médico, diagnóstico que, por el carácter de prueba que asume para la familia, no puede dejar de implicar una resonancia afectiva, e incluso de situarse en cierto puesto dentro del fantasma de los padres. “Solo la verbalización de una situación dolorosa puede permitir darles a los padres y al niño un sentido de aquello que ellos viven... e impedir que se instale una situación familiar psicotizante, agravando las dificultades experimentadas por el niño en su evolución”<sup>9</sup>

Ir armando una historia que los subjetivase marcaba el horizonte del tratamiento analítico, ya que el modo con el que se venía tratando a Luciano, desmintió su historia y la de sus padres y anuló el futuro como esperanza.

Pensar en las posibles determinaciones de sus dificultades, cuáles eran las conflictivas que expresaban y a quiénes incluía, fue y sigue siendo fundamental en el espacio analítico.

---

<sup>9</sup> Mannoni, M. El niño, su “enfermedad” y los otros. Buenos Aires: Nueva Visión, 2004. p. 212.

*“¿Cómo hubieras querido que te traten?*

*Y la respuesta es como a cualquiera.*

*Hay algo de la cualquieridad que tiene que ser puesto en juego.*

*Hablo con vos, te enseño lo que sé y no sé independientemente  
de quién seas y de qué diagnóstico tengas.*

*Pero al lado de eso sé que hay singularidad.*

*No hay un derecho que garantiza la cualquieridad y  
singularidad por Ley.*

*Hay una ética que entra en relación con cualquiera y con cada uno”.*

Carlos Skliar (2015).

Presentación del libro de Juan Vasen, “¿Espectro o diversidad?”.

### El tratamiento con Luciano

Luciano fue diagnosticado desde muy chiquito, tratado por distintos profesionales, ¿qué pasó durante todo ese tiempo?

Los terapeutas que lo atendieron ¿qué hicieron?

Beatriz Janin plantea que muchas veces cuando se da el diagnóstico de TGD o de autismo, esto paraliza a los adultos y marca al niño como discapacitado de por vida. Pasa a ser un extraño, un extraterrestre para los otros, que pasan a mirarlo a distancia, y se cumple así la profecía: queda detenido en el tiempo. (B., Janin, 2011).

Pienso que esto le sucedió a Luciano. Desde muy pequeño fue mirado como TGD, la manera en la que llegaron sus padres al tratamiento, sus discursos en los que no aparecían interrogantes ni dudas, lo demuestran. El saber médico, absoluto, se desplegó sin grietas.

Entonces a partir de ese momento, es como si el tiempo se hubiese detenido, y perdieron a un niño.

*Plegaria para un niño dormido.*  
*¿Adónde van mil niños dormidos que no están entre bicicletas de cristal?*  
*Se ríe el niño dormido quizás se sienta gorrion esta vez,*  
*jugueteeando inquieto en los jardines de un lugar*  
*que jamás despierto encontrará.*

Luis Alberto Spinetta.

### Conozco a Luciano

Me estaba esperando en la sala de espera junto a su madre, tenía puestos auriculares. Me sorprende lo grandote que es. Su madre me dice con enojo y hartazgo: "Te lo regalo, acá lo tenés"

Lo hago pasar, me presento. Se sentó torpemente en la silla, desplomándose con todo el peso de su cuerpo.

Observé que estaba un poco ansioso, lo manifestaba en sus gestos, me presenté y le dije que estaba ahí para ayudarlo, conocernos, que podía contar conmigo. Le costaba expresarse, encontrar las palabras para contarme algo. Al escucharlo hablar siento que es un niño en un cuerpo grande.

Llevaba consigo un mp3. Entonces le pregunté qué música le gustaba, me contó que le gustaba Maná, Ricki Martín. Le conté que también compartía el gusto por el grupo Maná, y le pregunté si podía escuchar alguna de las canciones que él tenía en su mp3, Luciano accedió bien predispuesto, noté que le agradó mi propuesta, y me dio uno de los auriculares entonces él tenía uno y yo el otro, y así me fue mostrando cada una de las canciones que le gustaban, empecé a tararear algunos de los estribillos de las canciones que sabía y él también lo hizo, su voz salió bien fuerte, cantaba alto. Así pasamos un rato, conociendo que le gustaba, y dándole lugar.

Tenía bien presente dentro de mí al Luciano niño, que fue mirado, evaluado inhumanamente. Quería darle y darme la oportunidad de que desde el inicio el espacio de la terapia sea diferente.

Le dije a Luciano que también iba a trabajar con sus padres porque notaba que estaban un poco nerviosos y cansados, y que era necesario trabajar con ellos algunas cuestiones para que él pueda estar bien. Necesité señalar y dejar esto en claro a Luciano porque observé que Fernanda estaba muy enojada, desde

la primera vez que la escuché telefónicamente, y también en las entrevistas que había tenido.

Pensé en Luciano, que estaba todo el tiempo con su mamá, cómo sentiría él ese rechazo, ese enojo. Necesité señalarle que en su familia no era el único que necesitaba ayuda.

El motivo de consulta eran las crisis que tenía Luciano, sus enojos. Me quedé pensando en esta intervención, tenía la urgencia de mostrarle que no era el único que necesitaba tratarse, sino todos. ¿Será que desde pequeño fue al único que observaron, y medicaron?...Tal vez era eso. ¿Por qué tenía tanta urgencia?, sabía que me encontraba frente a un caso en el que había mucho deterioro subjetivo, a Luciano le costaba expresarse, sus movimientos eran toscos, no podía armar una historia para contar sin la ayuda de su mamá, no recordaba nombres, entonces le costaba nombrar las cosas. Sabía que necesitábamos tiempo, y que el tratamiento recién empezaba, pero sentía que tenía que hacer algo, devolverle algo de lo que tal vez le sacaron. Saber qué hacía desde los tres años que venía pasando por varios especialistas, y recibirlo así, me generaba mucha decepción.

Sentí un poco de alivio en la siguiente entrevista, cuando vino su mamá sin Luciano y me dijo: “está bien, Luciano me dijo que tenía que venir yo porque estaba nerviosa, es que tenés que ver como se pone Luciano, no es fácil no ponerse así, lo voy a filmar para que veas”.

Sentí que Luciano había podido captar lo que quise señalar, y sus padres también. Y si bien trajo la filmación y pude ver la escena, internamente intentaba pensar en el sufrimiento de cada uno, en qué le pasaba a Luciano, qué manifestaba con sus crisis.

Cuando Luciano inició el tratamiento conmigo tenía 14 años, en esos tiempos su lenguaje era muy pobre, pronunciaba mal, y las oraciones que armaba eran bizarras. Llegaba al espacio siempre con el celular entre sus manos. Encerrado en ese mundo virtual, no conseguía que me mirase, ni que hablara conmigo. El sonido de las batallas virtuales a las que se enfrentaba capturaban toda su atención, generalmente juegos de lucha, donde unos y otros se enfrentaban y atacaban. Esperaba con ansiedad la sesión, pensando de qué manera podía acercarme y lograr que se conectara como lo habíamos hecho cuando nos conocimos. Sobre la mesa preparaba hojas y lápices, también masas, y un

mazo de cartas. Lo invitaba a jugar, a pintar, y me respondía que no tenía ganas. El sonido de los juegos me ensordecía, pero no conseguía que deje de pensar qué hacer con él, cómo intervenir. En una sesión, donde ya me estaba ganando el desánimo, se me ocurrió levantarme de mi sillón y sentarme a su lado, él me hizo espacio en el diván, y mirando su celular le pregunté a qué jugaba, de qué trataba el juego, y me metí un poquito en ese mundo, su mundo, intentando comunicarme con él. Empezó a contarme cómo se llamaba el juego, el nombre de los personajes, cuántas vidas tenían, cuáles eran sus poderes, y de esa manera una historia empezamos a armar, no sé si puedo escribir con palabras la emoción que sentí en ese momento.

Nos comunicábamos a veces, otras no.

*¿Qué ves? ¿Qué ves cuando me ves?*

*Cuando la mentira es la verdad...*

Divididos.

Luciano los fines de semana les pide dinero a sus padres para salir. Muchas veces se lo ve deambulando sólo por el pueblo. A veces está con chicos más chicos, otras veces con algunos amigos de su hermano. Con el dinero que le dan, hace poco se compró un atado de cigarrillos, se fumó uno tras otro.

Luciano quiere salir, en las sesiones dice que está cansado, que él quiere tomar alcohol como lo hacen los otros chicos, y que él sabe que por la medicación de mierda no puede hacerlo, y que no le gusta la cerveza sin alcohol. “esa medicación de mierda, estoy harto, cansado”. Quiere usar la moto solo, está muy enojado y no entiende porque no se la dan. También dice estar cansado de que su mamá lo haga venir al colegio. “la odio, porque no se muere, voy a poner dinamitas y que explote todo, una bomba en la escuela esa de mierda”.

Fernanda dice estar cansada de estas crisis. Generalmente me comenta de las mismas cuando ocurren, telefónicamente. También cuando retira a Luciano de la sesión, siempre se queda un ratito para contarme lo que pasó. En su relato nunca aparece una pregunta por lo sucedido, ¿qué le pasará a Luciano?, ¿por qué tuvo esa reacción?, sólo aparece la queja, el enojo, y el sentimiento de que todo lo que hace su hijo, generalmente es dirigido a ella, para agredirla.

En su casa las crisis de Luciano son frecuentes, cuando las tiene, tanto su mamá como su papá muchas veces se desbordan, si bien desde que Luciano está en tratamiento tratan de contener la situación, en muchas oportunidades gritan y a todos se les termina “saliendo la cadena” como dice Fernanda.

Un sábado a la noche unos chicos de 11 años lo molestaban, tirándole piedritas, sus padres salieron a dar una vuelta, con la intención de ver que hacía Luciano, vieron esta situación, y por ello su padre se acercó a los chicos y les pidió que no molesten a su hijo. Su madre dice que cuando Luciano los vio a ellos (a ella y a Elvio), salió corriendo a los chicos, sacado, entonces lo siguieron, uno de los chicos se había ido a su casa, Luciano gritaba, fue hasta la casa, y salió la abuela, que lo protegía a su nieto. Luciano le dio un puñete a la abuela del chico, en ese momento llegaron sus padres, lo tiraron al suelo, no lo podían calmar, Luciano decía que lo dejen, que lo iba a cagar a palos. Tuvieron que llevarlo a un dispensario, le midieron la presión, la tenía alta, y le quisieron inyectar un tranquilizante. Su mamá se opuso, diciéndole que ella tenía la medicación que le había dado el psiquiatra, y que sabía cómo calmarlo. Cuando llegaron a su casa, Luciano se desplomó, estaba agotado. Se durmió. La mamá me llamó el domingo, contando la situación. Estaba muy angustiada y preocupada. Dice que Luciano se enoja cada vez que hablan del tema y repite que lo va a matar.

Otra situación por la que en ese entonces todos se desbordaban, era que Luciano quería manejar la moto que tienen sólo. Sus padres le decían que sólo no podía ir, sí acompañado con alguien, su papá o su hermano, y él se ponía muy mal. Un domingo, estaban todos en familia, y él empezó a insistir con que le dieran la moto para dar una vuelta, como le dijeron que no, empezó a putear, y golpeó a Elvio, su papá, a Gabriel, y a su abuela materna, cuando trataban de calmarlo. Gabriel le pidió a todos los familiares que se fueran de la habitación y quedaron él y su mamá con Luciano tirado en el suelo, su mamá le tenía las piernas y Gabriel le gritó: “no podés seguir así, no podés seguir golpeando a tu familia, ¿no entendés nene que te queremos?”, estando en el piso puso los pies sobre la cama y se tapó la cara con el cubrecamas.

En estos episodios aparecen el impulso, las explosiones de Luciano, su enojo. Se puede observar que cuando Luciano estalla, y se golpea o golpea a los otros, a los padres les cuesta mucho sacarlo de esa situación.

Cuando Luciano explota, la furia, gritos y golpes se hacen presentes, huracán pulsional que parece arrasar con todo, en el colegio, en la calle, o en la casa y nadie puede calmarlo, tranquilizarlo, todos se desbordan, se angustian, se enojan, cuando él empieza a golpear a otros, se tiran encima de él, de su cuerpo grandote, lo aplastan, intentando de esa manera terminar con eso que los descoloca. No encuentran otra manera para sacarlo de ese estado. Luego de estos episodios Luciano rendido, exhausto, se queda dormido, se duerme por agotamiento, como los bebés que se duermen después de llorar durante un tiempo prolongado y no tienen a su alrededor algún adulto que pueda descifrar ese llanto y convertirlo en llamado, en pedido.

Esos tiempos no fueron fáciles, Fernanda estaba muy enojada con su hijo, cansada, agotada de su comportamiento, y también de los tratamientos que no daban el resultado esperado. Era difícil ir armando una historia más humana de lo que había vivido Luciano, con respecto a su desarrollo subjetivo. Sabía cómo fue el parto, que comió y caminó normalmente como era esperado, que tuvo dificultades en el lenguaje. Hasta que en una sesión, cuando Fernanda ya estaba más tranquila con respecto al tratamiento, tenía más confianza en mí, y creo que percibió que mi intención no era culpabilizarla por lo que le pasaba a su hijo, pudo contarme sucesos de la primera infancia de Luciano, que fueron importantes para entender cómo se fueron dando algunas cosas en relación al sostén en términos de Winnicott.



*“Chance entró en la casa y puso  
en funcionamiento el aparato de televisión.  
El aparato creaba su propia luz,  
su propio color, su propio tiempo.  
No estaba sometido a las leyes físicas  
que acababan siempre por doblegar las plantas.  
Todo en la pantalla aparecía  
en forma confusa y entremezclada.  
“Desde el jardín” Jerzy Kosinski.*

### Luciano y la TV

Cuando Luciano era bebé, no podía conciliar el sueño, la llegada de la noche era una pesadilla para sus padres, porque no sabían que hacer para que Luciano se durmiera. Lo llevaban con ellos a su cama y prendían el televisor, ponían el canal de dibujitos y dejaban a Luciano frente a la pantalla. Ellos intentaban dormir. Fernanda recuerda que él estaba horas conectado al televisor, y que esa era la forma que encontraron para poder descansar.

Escena que deja entrever que no hubo un cuidado infantil suficiente de sus necesidades.

Winnicott destacó la importancia de que las madres puedan identificar y satisfacer las necesidades de sus infantes. Cuando una madre es suficientemente buena, se puede identificar más estrechamente con el bebé, y conocer más o menos lo que necesita, ser sostenido, dado vuelta, acostado y alzado, alimentado de un modo sensible que supone más que la satisfacción de una necesidad.

Todo esto es importante en la estructuración del yo. Winnicott planteó el valor de proveer al niño de un ambiente que facilite la salud mental y el desarrollo emocional.

“Las fuerzas que empujan hacia la vida, hacia la integración de la personalidad, hacia la independencia, son inmensamente intensas, y con condiciones suficientemente buenas, el niño progresa; cuando las condiciones no son

suficientemente buenas, esas fuerzas quedan contenidas en el interior del niño, y de un modo u otro tienden a destruirlo”<sup>10</sup>

¿Cómo fueron los primeros momentos de vida de Luciano, en términos de sostén y presencia?, ¿pudo el medio brindárselo?

La escena contada por Fernanda cuando Luciano era bebé y no podía conciliar el sueño, dejan entrever que algo faltó en relación a retomando las palabras de Winnicott: “*la continuidad del ambiente humano*, y también del ambiente no humano, que ayuda a la integración de la personalidad del individuo; *la confiabilidad*, que hace predecible el comportamiento de la madre; *la adaptación graduada* a las necesidades cambiantes y crecientes del niño, cuyos procesos de desarrollo lo impulsan hacia la independencia y la aventura; *la provisión para realizar el impulso creativo del niño*”<sup>11</sup>

Para que un cachorro humano pueda transformarse en sujeto es necesario el encuentro con otro que lo aloje, lo sostenga, lo espere, lo desee, lo libidinice. A veces, como en el caso de Luciano, en estos primeros encuentros, se producen ciertas dificultades que se ponen de manifiesto muy tempranamente para quienes están atentos a estas señales. Detectar oportunamente estos indicadores e intervenir de un modo subjetivante puede posibilitar que ciertas problemáticas importantes no se transformen en patología grave. Sabemos que ésto no sucedió con Luciano y las consecuencias fueron implacables.

Durante el tratamiento, después de cada situación de desborde, que producía desesperación en los padres, desesperanza, que parecía inundarlo todo con la idea de desastre, Fernanda se comunicaba conmigo, a veces telefónicamente, otras en el espacio de análisis, y hablaba, contaba lo que había sucedido, lo que permitía abrir nuevos recorridos para procesar, simbolizar, conectar, resignificar lo sucedido.

Fue importante abrir un espacio en el análisis para los padres de Luciano, que posibilitara la tramitación del estallido. También contener a Luciano, sostenerlo en los momentos de desesperación.

---

<sup>10</sup> Winnicott, D. Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional. Buenos Aires: Paidós. 2011. Cap. 5. Pág. 84.

<sup>11</sup> *Ibíd.*, p. 92.

En el colegio, en una oportunidad una docente lo retó porque no quería hacer una tarea, y él se puso muy mal, se enojó mucho, comenzó a gritar, quería golpear a su maestra, pegaba puñetes al banco, hasta que pudieron sacarlo al patio del colegio, y terminó en el piso, con un docente que para tranquilizarlo se tiró encima de él, y le habló hasta calmarlo. Luciano cuando en las sesiones cuenta situaciones en las que ha ocurrido algo que lo hizo enojar, se pone muy mal, y termina gritando, apretando los puños, muy sacado. El odio, la ira son afectos expulsados, que inundan el espacio de análisis. En una oportunidad durante la sesión relató el episodio del colegio, a medida que iba contándolo se iba enfureciendo, empezaba a repetir siempre lo mismo, levantaba la voz, se ponía colorado, y gritando decía que iba a matar a la maestra, que iba a poner una bomba, y que no le importaba que lo metieran preso, total después lo iban a sacar porque era menor de edad. Se levantaba, se volvía a sentar, caminaba enfurecido por el consultorio, pegaba puñetes en el diván. En ese momento decidí tomar una hoja y le dije que se me había ocurrido algo, que lo quería ayudar, que se tranquilizara, que teníamos que poder hacer algo con todo ese enojo que lo estaba lastimando tanto, y le propuse escribir en una hoja lo que estaba sintiendo, le pregunté si quería escribir él o prefería que yo lo hiciera, me dijo que lo haga yo, fui a buscar un papel y a medida que escribía le iba leyendo lo que ponía, escribí: “soy Luciano, tengo 15 años, tengo un corazón grande, soy bueno, quiero mucho a mi abuela, que me da muchos vicios y me cuida y me tranquiliza cuando mis padres están enojados, también me gusta jugar a la play y estar en la compu, etc. etc.. A veces me enojo cuando pierdo, grito porque las cosas no salen como yo quiero, desde chiquito no sé muy bien cómo manejar mi enojo, a veces sin querer cuando lo saco para afuera hay gente que se ofende y eso me enoja más todavía y no sé cómo hacer. Por ello les pido paciencia. Y les pido que me ayuden en esos momentos. Si me abrazan me tranquilizo. Gracias” luego firmó él con su nombre. Mientras escribía y leía en voz alta lo que ponía, lo miraba y le iba preguntando qué poníamos, él me decía que estaba bien lo que yo iba diciendo. Y se fue tranquilizando. Antes de terminar la sesión, me abrazó. Considero que el lugar del analista tiene que ser en casos como el de Luciano, el lugar de ese otro que contiene el estallido, otro que liga, que organiza y unifica, que mira, escucha y habla con un tono de voz particular, el mismo tono con el que se entonan las

canciones de cuna, que se anticipan al sueño del niño, tranquilizándolo. Ayudando a salir de la confusión.

Con la escritura de la carta se intentó sacar a Luciano de la exigencia pulsional, en la que muchas veces queda encerrado, circuito de repetición del que no puede salir solo. La escritura como una vía de derivación y mediatización de lo puramente impulsivo. Como elemento intermedio, que es agregado en el espacio analítico, para traducir el estallido.

Retomo el pensamiento de Bion, quien expresa la importancia de que el analista asuma una función “continente” de transformación interna de lo que el paciente le aporta al analista. Toma en cuenta las sensaciones, sentimientos del analista.

El analista deberá cumplir la función de “reverie”. Bion lo define: “El reverie es aquel estado anímico que está abierto a la recepción de cualquier “objeto” del objeto amado y es por lo tanto capaz de recibir las identificaciones proyectivas del lactante ya sean sentidas por el lactante como buenas o malas. En resumen, el “reverie” es factor de la función-alfa de la madre”<sup>12</sup>

Es decir, el analista deberá metabolizar los excesos pulsionales del paciente y devolverle un producto que pueda ser digerido por él.

Es importante para entender este planteo, definir qué entiende por “función alfa”. De la misma dice: “Corresponde a aquella función de ciertos factores, incluyendo la función del yo, que transforma los datos sensoriales en elementos-alfa. Los elementos-alfa comprenden las imágenes visuales, los modelos auditivos, modelos olfativos, y son adecuados para ser empleados en el pensamiento onírico, el pensar inconsciente de vigilia, sueños, barreras de contacto, memoria”<sup>13</sup>

A partir de los postulados freudianos, Beatriz Janin considera que el aparato psíquico no está constituido de entrada. Las pulsiones sexuales, el yo, las defensas, el superyó y el ideal del yo se constituyen en una historia vincular.

En los comienzos, el psiquismo tiende a arrojar todo aquello que perturba fuera de sí, esta tendencia al cero o principio de nirvana, se transforma rápidamente en principio de constancia, en la medida en que hay inscripciones, restos de

---

<sup>12</sup> Bion, W. Elementos del psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós, 1966. p. 59.

<sup>13</sup> *Ibíd.*, p. 47- 48.

vivencias de placer que dejan rastros, huellas, y que frenan la tendencia del aparato al cero, a la pura descarga.

Son las vivencias, lo que deja marcas, huellas mnémicas, inscripciones que se van anudando y reorganizando, según las características de las pulsiones en juego, las defensas predominantes y el tipo de pensamiento que opera en ese momento.

La autora dice: “El niño nace con ritmos biológicos (ciertas secuencias de sueño y de hambre), pero es en el vínculo con otro que se van construyendo ritmos psíquicos. La madre a su vez tiene sus propios ritmos. Y es en el entrecruzamiento entre ambos que algo nuevo se va construyendo. La madre, desde la flexibilidad que le va dando la relación empática con su hijo, va teniendo en cuenta los ritmos de aquel, armando un espacio compartido imprescindible para que prime el principio del placer, una conjugación que permitirá luego armar melodías”<sup>14</sup>

¿Qué sucede cuándo esos primeros ritmos están fallidos?

Las vivencias van abriendo caminos deseantes y caminos de rechazo.

Hay vivencias de placer, de dolor y vivencias calmantes. Frente al dolor, está la posibilidad que otro acune, cante, hable, ayudándolo a ligar el estallido, a que se ligue lo doloroso a otras vivencias.

Que haya alguien que contenga, que calme cuando el dolor irrumpe, posibilita que en lugar de la pura tendencia a la desinscripción, en lugar del agujero representacional, se establezcan nuevas redes de representaciones.

La escena evocada por Fernanda cuando Luciano era chiquito y no podía conciliar el sueño, revela cómo fueron esos primeros tiempos, donde el psiquismo de Luciano se estaba estructurando.

Luciano era enchufado al televisor, su mamá cuenta que esa era la manera que encontraron para que se tranquilizara y ellos pudieran dormir.

¿Cómo se estructura el psiquismo de un niño cuando en vez de ser consolado por un adulto, que acaricie, meza, y cante una canción de cuna, es conectado a un televisor, que proyecta imágenes, sonidos, porque justamente es un aparato?

---

<sup>14</sup> Janin, B. El sufrimiento psíquico en los niños. Buenos Aires: Noveduc, 2011. p. 9.

Esta escena deja entrever que no hubo un adulto que pudiera transformar lo insoportable en tolerable, en una representación posible de ser ligada.

¿Qué sucede cuando no hay adultos que puedan fantasear y pensar, y ayudar así a traducir las primeras inscripciones en otras lógicas?

Cuando hablamos de adultos, es importante esclarecer que no se trata de personas, ni de géneros (madre=mujer o padre=hombre), sino de funciones que pueden estar a cargo de diferentes sujetos pero que deben poseer como condiciones básicas la asimetría, es decir un adulto con disponibilidad psíquica y física, que pueda cuidar y transformar el grito del niño en llamado, y la renuncia pulsional, lo que significa la no apropiación del cuerpo del niño.

¿Qué le pasaba a Fernanda cuando Luciano no dormía?

No hay en esta escena infantil recordada por Fernanda, un adulto que frente al malestar del niño expresado a través del llanto y la imposibilidad de conciliar el sueño, haya podido significar ese grito y lo transformara en demanda, “llora porque tiene frío, necesita mimos, quiere upa”.

Los niños que quedan mucho tiempo solos, expuestos a pantallas pero sin intercambios humanizantes, se encuentran desprotegidos frente al bombardeo de estímulos auditivos y sonoros que provienen del aparato.

Si la posibilidad de traducción depende de otro, un niño solo queda expuesto a sensaciones y urgencias que no podrían cobrar sentido.

Beatriz Janin cuando se refiere a las vivencias dice: “Son sabores, olores, sensaciones cenestésicas, que van armando redes representacionales. Pero para que tomen ese cariz de posibles de ser traducidas se necesitará que haya otro que no sólo calme la necesidad y brinde placer, sino que además signifique lo vivenciado”<sup>15</sup>

En la actualidad, el televisor, el celular, la computadora, son aparatos a los que Luciano se conecta, quedando envuelto, encapsulado, como dentro de una coraza que lo envuelve y hace que sea difícil conectarse con él. La voz humana que lo convoca cuando llega a terapia, muchas veces no logra movimientos en él. Sigue atrapado en el mundo virtual.

---

<sup>15</sup> *Ibíd.*, p. 22.

### Intervenciones estructurantes

Me pregunto qué hubiese pasado si en esos primeros tiempos, cuando Luciano era chiquito, en vez de ser tratado por el tipo de profesionales de la salud que lo recibió, rotuló y despachó como si fuera un paquete, se abordaba el caso desde una mirada psicoanalítica con intervenciones que sean posibilitadoras de estructuración psíquica. Luciano era pequeño, tenía posibilidades de no quedar detenido, atrapado debajo de un diagnóstico.

Beatriz Janin nombra a este tipo de intervenciones psicoanalíticas como estructurantes. No se trata del desciframiento, sino de construir una historia.

Esta autora distingue dos momentos en el trabajo terapéutico con niños: 1) un momento en el que prevalece la construcción de un espacio psíquico, con intervenciones que tienden a armar subjetividad, y 2) una segunda etapa en la que el acento está puesto en la interpretación de deseos, prohibiciones, identificaciones, etc. Estos momentos deben entenderse como momentos lógicos no secuenciales. (B. Janin, 2013).

La función del analista en este tipo de intervenciones estructurantes es ligadora, a través de la contención, del funcionamiento en espejo, del poner palabras, etc., de aquello que ha dejado huellas que incitan a la repetición del movimiento desinscriptor.

Es importante diferenciar las interpretaciones de las intervenciones estructurantes. La interpretación es la intervención psicoanalítica por excelencia, supone la existencia de deseos inconscientes que pueden ser develados.

Con algunos pacientes como en el caso de Luciano, es necesario apelar al tipo de intervenciones estructurantes porque lo que le ocurre no es efecto de la insistencia de lo inconsciente reprimido, no se puede develar un deseo inconsciente si éste no está constituido como tal.

Hablarle despacio, usando un tono de voz suave, escribir junto con él sobre lo que sentía, sus enojos y qué lo calmaba, en un momento en el que sólo aparecían los afectos de ira y angustia expulsados e ir brindándole los elementos para posibilitar un modo de traducir lo pulsional fue la apuesta terapéutica. A diferencia de la interpretación, que apunta a desarmar y deshacer represiones develando el deseo.

“Porque si lo que predomina es la desestimación de todo contenido, cuando logramos que el niño no nos expulse, que no expulse nuestras palabras ni su recuerdo y que se vaya construyendo en el vínculo analítico una inscripción que haga soportable la ausencia, estamos desarmando el primado de la desestimación y propiciando la construcción, de un continente donde los pensamientos se inscriban. A la vez, posibilitamos el pasaje de la identidad de percepción a la identidad de pensamiento, ayudando al armado de contenidos”<sup>16</sup>

Cuando durante las sesiones Luciano relataba algo que lo había enojado, la furia, la ira se hacían presentes, apareciendo en vivo y en directo, a medida que iba contando se despertaban esos afectos que no fueron elaborados ni procesados, porque no pudo metabolizarlos. Golpes de puñetes al diván, su deambular por el consultorio gritando y repitiendo las mismas frases, me causaron al comienzo preocupación, ¿cómo intervenir para que saliera de ese estado, para que logre digerir ese afecto tan perturbador para él y para mí?

El recurso a la palabra, a ir escribiendo durante la sesión lo que le pasaba a Luciano, y contarlo en voz alta, fue una de las intervenciones. Las palabras que él no tenía, podía donárselas, palabras que lo nombren, lo calmen, lo tranquilicen.

Beatriz Janin dice “La capacidad de otro de metabolizar, procesar los estados del niño y de ubicarlo como otro humano, diferente, es la base sobre la que los estados afectivos pueden ir registrándose, transmitiéndose y desplegándose en sus infinitos matices. Y la construcción de la identidad, el tener un nombre, parece imprescindible para que el sentir pueda ser puesto en palabras”<sup>17</sup>

Se trata de intervenciones estructurantes porque posibilitan el armado psíquico.

A diferencia de la interpretación, no se trata de levantar la represión, para develar el deseo, sino de brindar herramientas para posibilitar que se instaure un modo de representar, o un modo de traducir lo pulsional.

Silvia Bleichmar (2000) plantea un problema central en psicoanálisis de niños, “¿Qué quiere decir tomar la historia como elemento determinante en la

---

<sup>16</sup> Janín, B. El sufrimiento...op. cit. p. 216.

<sup>17</sup> Ibíd, p. 211.



constitución subjetiva, y abrir a partir de ello la posibilidad de una neogénesis? Quiere decir que, en razón de que no todo está dado desde antes y para siempre, la intervención del analista no se reduce a encontrar lo que ya estaba, sino a producir elementos nuevos de recomposición y de articulación que den un producto diferente al preexistente” (pp37).

Esta autora plantea que podemos realizar intervenciones que posibiliten la creación de espacios psíquicos, que algo nuevo se construya.

En los niños el dibujo y la escritura son modos de procesar, de registrar y de frenar ciertos funcionamientos expulsivos.

Con la escritura, se estableció una pausa, y Luciano pudo pasar de un estado donde predominaba un funcionamiento caótico e impulsivo, a otro más pacífico. Ir escribiendo y leyendo lo que iba redactando, mirándolo, permitió ir armando parte de su historia, contar qué lo había enojado, cómo era Luciano, qué lo tranquilizaba. Posibilitó ligar ruidos, golpes, movimientos y sensaciones a palabras, dejando un registro, una marca, donde antes había un vacío, porque todo era expulsado.

Palabras que funcionan como diques al desborde pulsional.

### Del lado del analista ¿Qué sentimos?, ¿qué nos pasa?

Cuando se trabaja con pacientes como Luciano con patologías graves una cuestión importante es lo que nos pasa como analistas.

En los inicios del tratamiento con Luciano a veces sentí desánimo, con la sensación de que nada era posible, otras veces me sentí sola frente a sus estallidos, y me invadía la desesperación queriendo hacer algo que lo pudiera sacar de ese estado que parecía arrasarlo todo.

Comenta Winnicott: “Si tenemos éxito posibilitaremos que un paciente abandone la invulnerabilidad y se convierta en una persona que sufre si alcanzamos éxito, la vida se volverá precaria para alguien que había empezado a lograr una cierta estabilidad y una cierta liberación de dolor, aun cuando esto le significara una falta de participación en la vida y quizás una deficiencia mental (...) y a continuación agrega la siguiente advertencia: el tratamiento de los casos fronterizos no puede estar exento de sufrimiento, tanto para el paciente como para el analista”. (D, Winnicott, 1972).

El sufrimiento del analista quizás sea de la misma exacta naturaleza que el de su paciente en el sentido de que, como lo señalaba Winnicott, deberá abandonar cierta invulnerabilidad (al tener que despojarse de los rituales más solemnes que le provee su práctica ordinaria), admitir cierta inestabilidad (al verse arrastrado en un movimiento transferencial que no puede anticipar su desenlace), y finalmente, sufrir un estado de bastante precariedad en su función (lo cual, para cualquiera que haya atendido a este tipo de pacientes, no necesita demasiada aclaración).

Considero que los pacientes como Luciano “no neuróticos/no psicóticos” requieren nuestra renovación de los conceptos operativos para lograr dar respuestas terapéuticas a sus angustias.

Las conceptualizaciones teóricas de algunos autores de los que Winnicott es paradigmático, como Nemirovsky, Silvio Zilinger, fueron disparadoras de ideas que puestas a trabajar permitieron resolver algunos problemas teóricos y muchos interrogantes clínicos.

*“En la labor que estoy describiendo  
(con pacientes en cuya “historia personal precoz  
no hubo un cuidado infantil suficiente” de sus necesidades)  
el marco cobra mayor importancia que la interpretación”*

D. Winnicott. (1955-56)

### **La importancia del encuadre como instrumento terapéutico**

Las ideas de Winnicott acerca del encuadre y de la actitud del profesional, me ayudaron a pensar y trabajar con Luciano, y las destaco como de gran utilidad en nuestra clínica actual.

“El comportamiento del analista, representado por lo que he llamado “el marco”, por ser suficiente en lo que hace a la adaptación a la necesidad, es percibido gradualmente por el paciente como algo que da pie a una esperanza de que el verdadero self pueda, por fin, correr los riesgos propios de empezar a experimentar la vida”<sup>18</sup>

Esta cita del autor, de apariencia simple, evoca conceptos complejos.

---

<sup>18</sup> Winnicott, D. W. Variedades clínicas de la transferencia... op. cit. p. 399-404.

Winnicott consideraba que el analista debía estar preparado para soportar la tensión sin esperar que el paciente sepa lo que está haciendo, tal vez durante un tiempo bastante largo. Y para ello era necesario que el analista asuma sus propios temores y odios.

Con el paso del tiempo, el analista debe ser capaz de decirle al paciente lo que él ha experimentado en sí mismo. Es posible que en el pasado del paciente haya buenas experiencias que le permitan trabajar.

Como puede pasar que no existan esas buenas experiencias.

El autor marca la diferencia, “En el tratamiento de un paciente de este segundo tipo, todo se vuelve importante y vital en la técnica analítica, incluso aquello que puede darse por sentado cuando el tratamiento va destinado a un paciente del tipo citado en primer lugar”<sup>19</sup>

A diferencia del análisis de neuróticos, Winnicott consideraba, que la aportación y mantenimiento de un medio ambiente normal puede ser por sí misma algo de importancia vital en el análisis de un psicótico. Puede ser aún más importante que las interpretaciones verbales, que también deben hacerse.

“Para el neurótico, el sofá, la habitación caldeada, la comodidad pueden simbolizar el amor materno; para el psicótico, sería mejor decir que estas cosas constituyen la expresión física del amor del analista. El sofá es el regazo o el vientre del analista, la temperatura de la habitación es el calor vivo del cuerpo del analista, y así sucesivamente”<sup>20</sup>

Es habitual que en los trabajos clásicos el encuadre habitualmente permanezca mudo con el objetivo de posibilitar el protagonismo de la interpretación como figura principal del trabajo psicoanalítico.

Nemirosky reflexiona alrededor de los conceptos de Winnicott y propone que pensemos al encuadre y a la interpretación como tubos comunicantes, que trabajan en función al nivel de la salud mental alcanzada por el paciente.

Dice: “La importancia del encuadre, como instrumento terapéutico, es inversamente proporcional al nivel de la madurez psíquica ostentada de quien se encuentra en el tratamiento: cuanto más tardía es la problemática (y nos referimos aquí a la clínica de los trastornos profundos, las neurosis) más

---

<sup>19</sup> *Ibíd.*, p. 273.

<sup>20</sup> *Ibíd.*, p. 273.

silencioso será, menos aparecerá como “material” a analizar, dejando que la interpretación ocupe el primer plano en el tratamiento”<sup>21</sup>

En aquellas patologías que dependen ya no de trastornos profundos, sino que son derivadas de los trastornos de origen temprano, la función del encuadre, su constancia y permanencia, adquiere una relevancia especial.

También es de gran utilidad clínica, cuando trabajamos con este tipo de pacientes como Luciano con patología psíquica grave detenernos en la dialéctica temprano/profundo que Winnicott plantea en la concepción de “su” bebé.

Para Winnicott (1957) los contenidos más tempranos, no forman parte del self, posibilitan el inicio de la historia del sujeto, se trata de lo que el medio brindó al bebé en términos de sostén y presencia, en los primeros momentos de la vida extrauterina.

Lo temprano, poco a poco devendrá profundo, y se va a ir instalando como contenido del self, derivando de la experiencia y configurándose como mundo interno.

Lo temprano tiene la función de una red, malla sostenedora, por cuya presencia un contenido va adquiriendo alguna forma, delineando los límites del self.

Poco a poco, aquello que más tarde devendrá profundo, se va instalando como contenido del self, derivando de la experiencia y configurándose como mundo interno. Lo temprano, sostiene y justifica la presencia de lo profundo.

Pienso que es muy importante trabajar con el concepto de “temprano” en mente como propone Nemirovsky, lo que implica reconocer que la dependencia (de los objetos primarios, que deben ocuparse de las necesidades ambientales) es el eje protagónico central en los primeros momentos de la vida.

Si tempranamente hubo reiteradas fallas funcionales en los objetos (necesarios, no placenteros) que componen esa atmósfera perinatal inicial, se generarán situaciones traumáticas, que aparecerán luego, si el contexto posibilitador del análisis lo permite, como “transferencias de necesidad” (Lerner, H., Nemirovsky, C., 1989).

“estas trasferencias quedan a menudo resueltas por el encuadre analítico y por los aspectos parainterpretativos de la actividad del profesional (su presencia,

---

<sup>21</sup> Nemirovsky, C. Encuadre, salud e interpretación. Reflexiones alrededor de conceptos de D.W. Winnicott. *Psicoanálisis APdeBA. Revista digital*, Vol. XXVI (2004): 117-137.

tono y timbre de su voz, sus acciones). Lo más profundo –básicamente lo instintivo ligado a los objetos edípicos- irá apareciendo si (y sólo sí) posibilitamos el despliegue de aquello del desarrollo tempranamente fallido, de la “historia no editada”, que se gestará por primera vez en el contacto posible del análisis”<sup>22</sup>.

No debemos sorprendernos de que los encuentros terapéuticos sean originales o únicos en la vida de una persona. ¿Acaso hay razones para pensar a los pacientes, como quienes han gozado de una primera infancia rodeados de objetos que responden a sus necesidades básicas editando un medio saludable?

No se trata entonces, en el trabajo con este tipo de pacientes como Luciano, de la reedición transferencial, sino más bien, siguiendo a Nemirosky, de la “edición” y del establecimiento de un encuadre adecuado para posibilitar ese proceso.

#### Delimitación de algunos conceptos, que nos permiten pensar en el desarrollo de lo temprano en Luciano.

En primer lugar, aclarar que cuando Winnicott habla de *madre suficientemente buena*, no hace de la función madre una recomendación, es decir, no intenta aconsejar acerca de cómo ser una buena madre, sólo describe, sistematizándolo de esta manera, el polo materno de la interacción madre-bebé.

El concepto de madre suficientemente buena de Winnicott implica una doble función, real, y a la vez metafórica. La madre, o quien oficie como tal, deberá estar presente con continuidad, y ser dedicada, sensible, vulnerable, pero a la vez resistente, capaz de preocuparse por su bebé y a la vez deseante de ser comida por él. Tendrá capacidad para odiarlo sin temer por ello, ya que podrá confiar en no reaccionar a consecuencia de su odio. Sobrevivirá a los ataques del bebé. Es la que estimulará el impulso creativo (gesto espontáneo) en su hijo, es decir no iniciará una acción sino que estará atenta a que su bebé lo haga.

---

<sup>22</sup> *Ibíd.* p. 117-137.

Otro concepto que me ayudó a pensar en el desarrollo de lo temprano en Luciano es: *el desarrollo de la preocupación por el otro*.

Winnicott se interesa por la etiología de la preocupación por el otro, y el lugar en que ella aparece en el desarrollo. También por el fracaso en el establecimiento de esta capacidad.

“La capacidad para preocuparse por el otro es una cuestión de salud, una capacidad que, una vez establecida, presupone una compleja organización del yo sólo concebible como un logro, un logro del cuidado del infante y del niño, y un logro en los términos de los procesos de crecimiento internos del bebé y el niño”<sup>23</sup>

Winnicott para desarrollar este concepto postula para el niño inmaduro la existencia de dos madres, a las que llamará madre-objeto y madre-ambiente, para describir la amplia diferencia que existe para el infante, entre dos aspectos del cuidado que recibe: la madre como objeto o poseedora del objeto parcial capaz de satisfacer sus necesidades acuciantes, y la madre como la persona que protege de lo imprevisible y proporciona un cuidado activo con la manipulación y el manejo general.

En este lenguaje, es la madre-ambiente la que recibe todo lo que puede denominarse afecto y sensualidad; la madre-objeto se convierte en el blanco de la excitación del niño que proviene de la tensión instintiva.

La tesis a la que arriba Winnicott, es que la preocupación por el otro aparece en la vida del bebé como una experiencia sumamente refinada de la reunión en la mente del infante de la madre-objeto y la madre ambiente. Entonces la provisión ambiental sigue siendo importante, aunque el niño está empezando a ser capaz de una estabilidad interior, propia del desarrollo de la independencia.

¿Qué pasa cuando esto no sucede?

Pienso en Luciano, en sus tiempos de bebé.

Winnicott señala la importancia de que en esta etapa la madre siga viva y accesible, en términos físicos y accesible en el sentido de no estar preocupada por otra cosa. Es preciso que la madre-objeto sobreviva a los episodios impulsados por los instintos, sadismo oral del bebé, que usa al objeto cruelmente sin importarle las consecuencias. Y junto con esto está la relación

---

<sup>23</sup> Winnicott, D. Los procesos ...op. cit., p. 97.

más aplacada del bebé con la madre-ambiente, que tiene una función especial, que es la de seguir siendo ella misma, ser empática con su niño, estar allí para proteger y proporcionar un cuidado, y para recibir el gesto espontáneo y ser complacida.

La oportunidad para dar y reparar que ofrece la madre-ambiente con su presencia confiable, le permite al bebé liberar sus impulsos instintivos, que contienen ataque y destrucción.

En circunstancias favorables el niño experimenta angustia, porque si consume a la madre la perderá, pero esta angustia queda modificada por el hecho de que el niño puede aportarle algo a la madre-ambiente, esa confianza le permite al niño contener la angustia. Winnicott plantea que esa angustia contenida de este modo sufre una modificación en su calidad, y se convierte en sentimiento de culpa. Cuando a este proceso se suma la integración en el tiempo, y el equilibrio se logra una y otra vez, el sentimiento de culpa se modifica, entonces Winnicott crea el concepto de “preocupación por el otro” para designarlo.

“El niño empieza a ser capaz de preocuparse por el otro, y a asumir la responsabilidad por sus propios impulsos instintivos y las funciones propias de ellos. Esto proporciona uno de los elementos constructivos fundamentales del juego y el trabajo”.<sup>24</sup>

Winnicott no desarrolla tanto sobre el tema de la falta del desarrollo de la preocupación por el otro, sin embargo brinda herramientas para poder pensar en qué sucede si esto falla.

¿Qué sucede cuando la madre-ambiente no proporciona las oportunidades confiables para la reparación?

¿Qué sucede cuando hay un predominio de la madre-objeto?

¿Se desarrolla en el niño la capacidad para la preocupación por el otro?

La capacidad para la preocupación por el otro no es sólo un modo de maduración, sino que su existencia depende también de un ambiente emocional suficientemente bueno durante cierto lapso de tiempo.

Al inicio del tratamiento cuando Luciano contaba algún suceso que le había provocado enojo, empezaba a gritar que quería destruir a la persona con la cual tuvo el altercado, aparecía odio, agresividad, o retomando las palabras de

---

<sup>24</sup> *Ibíd.* p. 101.

Winnicott se hacían presentes sus impulsos instintivos, lo que nos lleva a pensar en un armado fallido en Luciano de la capacidad para la preocupación por el otro.

### El encuadre como herramienta terapéutica

El tratamiento desde el inicio apuntó a propiciar un ambiente que proporcione las oportunidades confiables para la reparación. Siendo más importante el marco que la interpretación.

Otro concepto que es necesario retomar y ampliar para comprender lo que propone Nemirovsky, es el de las *necesidades tempranas*. Son diferenciadas claramente por Winnicott (1960) del accionar instintivo: "debe subrayarse que al referirme a la satisfacción de las necesidades del infante, no hablo de la satisfacción de instintos".

El medio (en la figura de la madre suficientemente buena) responde a las necesidades del bebé con acciones específicas que son agrupadas en tres categorías: sostén (holding), manipuleo (handling) y presentación del objeto (object-presenting).

¿Qué sucede cuando el bebé en esos primeros tiempos no fue adivinado por su madre (¿tiene hambre?, ¿frío?, ¿sueño?); no fue sostenido, no pudo reflejarse en sus ojos?

Preguntas que me hice cuando pensé en Luciano de bebé.

Entonces pude ubicar, desde la psicopatología clínica de Winnicott, a Luciano entre aquellos tipos de pacientes que no han tenido cuidados suficientes y respuestas a sus necesidades, por falla precoz del medio.

Winnicott define a este tipo de pacientes como predepresivos. Considera que no diferencian externo/interno, no hay noción de alteridad, tampoco espacio proyectivo.

El encuadre, como herramienta terapéutica, se vuelve especialmente significativo en quienes padecen de traumas tempranos (los llamados depresivos y los predepresivos), y es en estas categorías psicopatológicas donde las formulaciones del analista se alejan de la propuesta freudiana de hacer consciente lo inconsciente.



Nemirovsky parte de estas ideas y propone que desde el espacio analítico, la transferencia, posibilite editar la función madre medioambiente.

“Estos gestos, de “sentido común”, inocentes, del analista por la situación particular del paciente, lo muestra disponible, sensible, vulnerable, encierran el sentido de permitir establecer un contacto humano que hace posible la comunicación”<sup>25</sup>.

La relación con Luciano se fue armando en un marco de confianza, el vínculo analítico, permitió en parte, la recreación (o, lo más probable, la creación) de un ambiente que hizo posible volver sobre aquellas marcas derivadas de fallas tempranas que llevaron a la retracción en donde debió haber contacto.

El marco se debe establecer, mantener y respetar con la finalidad de posibilitar la confianza del paciente en el método y en el profesional que lo implementa. Nemirovsky plantea como algo excepcional que con pacientes adultos con trastornos tempranos no nos veamos obligados a alterar algún parámetro del encuadre “tradicional” en algún momento del tratamiento, con el fin de configurar una red contenedora.

Winnicott dice que existen dos tipos de personas: a las que no se ha dejado caer y las que, como Luciano, han sufrido experiencias traumáticas debidas a un dejar caer. Podemos pensar que las personas del primer tipo tuvieron un contexto de cuidado infantil suficientemente bueno. Los que han tenido un déficit en el cuidado infantil, tienen la facilitación para padecer psicosis, cuadros fronterizos o esquizoidías.

Es traumático todo hecho que impida o perturbe poder ser agente coautor de la propia historia, es decir que interrumpa la continuidad existencial y la capacidad para representarla.

A Luciano lo dejaron caer, parafraseando a Winnicott, algo en él se manifestó desde su más temprana infancia, entonces el encuadre no resultó una cáscara vacía, sino la red contenedora que lo sostuvo, sostiene y no lo deja caer.

#### La cura como cuidado y reinicio del desarrollo

Silvio Zirlinger, retoma las ideas de la cura que se desprenden de la obra de Winnicott, remarcando aquellos elementos de la teoría del desarrollo psíquico

---

<sup>25</sup> Nemirovsky, C. Encuadre, salud...op. cit., p. 117-137.

temprano que la sustentan. Dicho desarrollo no solo permite ampliar la comprensión de determinadas experiencias clínicas, sino que además habilitan a que pueda formular las fundamentaciones de mi práctica con Luciano.

Las ideas de Winnicott sobre la cura como cuidado, siguiendo el modelo de los aportes maternos y paternos, no consiste en el abastecimiento de las necesidades reales, sino en suministrar a través del cumplimiento del encuadre por parte del analista (estar allí a la hora indicada, que las intervenciones tengan un ritmo, callar, etc.) la posibilidad de metaforizarlas.

Esto significa, como explica Zirlinger, que no se reproducen literalmente las pautas primeras, sino que se recrea en la transferencia el ambiente en el cual los conflictos del desarrollo temprano se puedan tramitar simbólicamente.

La estabilidad de este marco le posibilitará al paciente tener confianza en todo el vínculo terapéutico.

En el transcurso del tratamiento, hubo un período en el que Luciano llegaba a las sesiones, y se tiraba con todo el peso de su cuerpo sobre el diván, estaba un ratito sentado, y luego se recostaba en él. Intentando mantener sus ojos abiertos trataba de responder a las preguntas que yo le hacía con cierta ansiedad para que no se quedara dormido. A pesar de mis esfuerzos (pienso en estas intervenciones, y en cuanto me estaba equivocando por tener en mi cabeza a algunas teorías y conceptos que tienen que ver con el análisis tradicional) Luciano se dormía, entonces me quedaba sentada mirándolo dormir, pensando, con cierto gusto a fracaso, qué hacer para ayudarlo. Lo esperaba a Luciano todos los martes a las 16 hs., entonces pensé en recibirlo y antes de que se recostara, ofrecerle un café, intentando propiciar un clima cálido, agradable. Aceptó el café, yo también me preparaba uno, volvía a hacer preguntas, ansiosa, sin lograr los resultados esperados, se volvía a repetir la escena, se recostaba y cerraba sus ojos. Empecé a mirarlo y escucharlo respirar, me di cuenta que Luciano dormía sólo unos minutos, empecé a sentir que se relajaba en las sesiones, y el ambiente lo acogía, lo sostenía, por ello lograba dormirse, lo que no podía siendo bebé. Entonces, esperaba a que se despertara, a veces lo llamaba despacito, y al abrir sus ojos de a poco, él me miraba y luego me pedía perdón por quedarse dormido. Cuando en las sesiones observaba que estaba cansado y se relajaba, empecé a intervenir diciéndole, que podía descansar un ratito, yo lo esperaba.

Pasado un tiempo dejó de quedarse dormido sobre el diván como un niño o más bien un bebé cansado en un cuerpo grande.

En la actualidad Luciano llega siempre puntual. Ambos padres siempre lo acompañan. Elvio desde el inicio del tratamiento, a pesar de los malos pronósticos de Fernanda sobre su marido con respecto a la terapia, siempre que fue citado se presentó para hablar de su hijo y de él como padre, cómo se sentía. El haberse involucrado en el tratamiento hizo que las cosas se acomodaran de otra manera. Ese reordenamiento familiar, ayudó a Luciano, y también a Fernanda, quien se sintió más acompañada, y empezó a tener algunos espacios para ella sola sin su hijo. Fernanda empezó a trabajar en una empresa por las tardes.

Cuando Luciano llega a las sesiones lo escucho entrar a la sala de espera porque siempre lleva consigo el celular. Generalmente entra jugando a algún juego a todo volumen. Cuando lo hago pasar, espero a que se acomode en el diván. Al principio se sienta y sigue jugando con el celular, sólo unos segundos, le pregunto a que juega, me contesta, luego levanta la mirada de la pantalla me mira, toma el celular lo apaga y lo pone en la mesita que está mediando entre él y yo. Hago lo mismo con mi celular, y le señalo que los voy a poner arriba de un mueble (de esa manera no quedan a la vista) y que cuando termine la sesión se lo devolveré, así podemos hablar mejor y me puede contar cómo está. Luciano aceptó esta regla, y comprende que es la mejor manera que tenemos para poder comunicarnos. A veces en la sesión cuando me habla de algún video, o serie de Netflix, toma el celular y me los muestra, y miramos juntos, y él va contándome de que se trata. Para poder hacerlo me siento a su lado. Disfruta mucho de mostrarme los videos de risa, y noto que observa si me río al mirarlos. Cuando terminamos vuelvo a sentarme en mi lugar. En algunas sesiones deja el celular al inicio de la sesión y lo vuelve a tomar cuando termina. Esto no fue así al inicio de la terapia, Luciano llegaba conectado al celular, a algún juego, dentro del consultorio seguía jugando, no me miraba, no me registraba. Luego se recostaba y se quedaba dormido. Se repetía lo que pasaba siendo bebé, siempre conectado a pantallas, así se calmaba y luego se dormía. Las fallas ambientales, en la fase de dependencia, hicieron que en Luciano se arme un sistema defensivo de autocuración patológico. La conexión con la pantalla, y la desconexión a lo humano de su entorno.

Zilinger plantea siguiendo a Winnicott: “El replegamiento es una defensa que le permite al individuo autosostenerse alejándose de una realidad externa con características intrusivas. Gracias al aporte adecuado de funciones del analista, puede transformarse en regresión mediante la “entrega” del autosostén por parte del paciente. Se gestan en la transferencia, de este modo, experiencias que, paradójicamente, no se habían producido para el sujeto, teniendo estas cualidades heurísticas y no patogénicas”<sup>26</sup>

El trabajo con pacientes psicóticos, fronterizos y antisociales llevaron a Winnicott a sostener que la provisión y el mantenimiento del encuadre son más importantes que la interpretación, en determinados momentos del proceso terapéutico.

Estas posibilidades técnicas se basan en sus ideas sobre la fase de dependencia, el holding materno, la concepción de fusión y la integración.

Desde la perspectiva de Winnicott, la regresión permite un retorno a las necesidades de dependencia, a situaciones conflictivas congeladas. Esta regresión es curativa, porque permite retornar hacia esas situaciones precoces, descongelarlas, con la posibilidad metafórica de que el verdadero self se desarrolle.

En las privaciones emocionales ha habido una distorsión en la provisión de las necesidades de dependencia, perturbándose la constitución de la transicionalidad. Necesitan la recreación del sostén y la posibilidad de desplegar una regresión terapéutica para descongelar la falla ambiental consolidada como falso self.

Podemos pensar a partir de esta postura teórica que debido a la situación de dependencia, Luciano en su temprana infancia no pudo organizarse frente a las fallas ambientales, lo que generó una detención en su desarrollo.

Winnicott consideró que la regresión en la relación analítica, si el analista no interfiere ni la provoca, llega al nivel donde se ha detenido el desarrollo, desmantelando el sistema defensivo de autocuración patológico.

Cuando Luciano llegaba a la sesión y se recostaba, al principio hacía esfuerzos para no quedarse dormido. Yo también los hacía. Fue importante comprender

---

<sup>26</sup> Zilinger, S. Una visión sintética sobre los aportes de D.Winnicott a la idea de la cura. *Revista Internacional de Psicoanálisis Aperturas*. Vol. 12. (2002): 1-13.

lo que estaba pasando en la situación analítica a partir de las ideas de Winnicott y poder pensar en las fallas ambientales cuando era bebé. No podían calmarlo a la hora de dormir, y lo enchufaban a la pantalla del televisor. Los aparatos, como el televisor, el celular y la computadora, en la actualidad acompañan a Luciano la mayor parte del día, metido en ese mundo virtual se desconecta de las personas que lo rodean.

Lo empecé a acompañar durante lapsos de la sesión en silencio, brindando tiempo y espacio para que pudiera replegarse en sí mismo, sin la necesidad de conectarse conmigo o con su celular.

Luciano necesitó tener la certeza, a través de la confianza en el medio analítico, de que su conducta no era reactiva. Y pudo así cambiar el sentido reactivo de su retiro en lugar de descanso y de inicio, apropiándose del espacio de análisis desarrollando una comunicación espontánea.

Si bien cuando llega, siempre ingresa conectado a su celular, la situación ha cambiado mucho, Luciano dejó de quedarse dormido, eso sucedió solo un par de veces, y una vez que se sienta en el diván, nos saludamos, nos miramos, y ambos apagamos los celulares hasta que termina la sesión.

En estos cuadros adquiere valor la metaforización del setting como cuidado materno, y el analista tiene tareas terapéuticas centrales como las de soportar la no integración del paciente, aceptar el rol de objeto subjetivo, permitir el uso analítico de las fallas del terapeuta e interpretar.

Es importante que el analista esté disponible, sensible, vulnerable. Son los gestos de sentido común, inocentes, los que permiten establecer un contacto humano que hace posible la comunicación.

Un vínculo asimétrico como es el analítico, permite la recreación, o lo más probable, la creación, de un ambiente que hará posible volver sobre aquellas marcas derivadas de tempranas fallas que llevaron a la retracción, donde debió haber contacto.

Entonces la ayuda terapéutica en casos como los de Luciano no se limita a develar lo oculto, sino que consiste en descongelar, recomponer y reactualizar las situaciones traumáticas tempranas que pudieron dar origen a los padecimientos, para elaborarlas.

Luciano a través del tratamiento pudo obtener un grado de integración, comprensión y socialización que no hubiese logrado si intentaba proceder a partir de una postura terapéutica psicoanalítica radicalizada.

### La noción de experiencia en el proceso analítico

Winnicott dio nuevos sentidos a la noción de experiencia en el proceso analítico.

Si analizamos los distintos sentidos de la idea winnicottiana de experiencia, podemos ver que son diferentes de la concepción freudiana. Para Freud, la posibilidad de vivir experiencias es una capacidad innata del ser humano, en cambio, para Winnicott, esa capacidad es una conquista del proceso de maduración.

El objetivo clásico del método de tratamiento psicoanalítico es permitir al paciente rememorar su inconsciente reprimido, reorganizando sus modos de relación afectivos, más libre de las presiones de los instintos y de las constricciones superyoicas, dirigiéndose hacia la capacidad de trabajar y aprovechar la existencia (Freud, 1911, p. 92).

Para Freud, a diferencia de Winnicott, la capacidad de tener o vivir la experiencia es constituyente e innata, ofreciendo un punto de referencia a partir del cual ocurre todo contacto con la realidad. Lo que es vivido en el presente del análisis tiene como objetivo llevar al paciente a una segunda reconciliación (la primera resultó en el síntoma) con lo que está reprimido, hacia la posibilidad de trabajar y aprovechar la existencia (Freud, 1914, p. 191).

Winnicott no piensa que la experiencia sea una capacidad innata, para él se trata de una conquista del proceso de maduración del ego, ni siempre alcanzada (Winnicott 1987, p.38).

Además de creer que el individuo debe madurar para poder vivir experiencias, este autor afirma, que el proceso analítico corresponde a una situación en la cual el paciente “puede corregir una experiencia del pasado” (Winnicott, 1945, p. 36).

Poder establecer a partir de esta diferencia, las innovaciones que aporta el psicoanalista inglés a las condiciones del análisis, es muy importante, porque

nos permite pensar el lugar del analista, las intervenciones cuando trabajamos con pacientes como Luciano con patología grave.

### La figurabilidad del analista. Aportes teóricos de César y Sara Botella

Trabajar con Luciano, en determinados momentos hizo que me preguntara: ¿cómo es él, cómo funciona?

César y Sara Botella, a partir de su experiencia en la práctica analítica con analizantes neuróticos y bordelines, y también con niños, denuncian el carácter limitado de una doctrina analítica reducida a la teoría de la representación psíquica y plantean la importancia de trabajar en situaciones extremas, con la figurabilidad. La figurabilidad del analista permite conservar la investidura de su analizante y preservar sus propias capacidades de representación.

El escribir con la ayuda de Luciano una carta, relatando en voz alta lo que él sintió, lo que le pasó cuando estando en la escuela su maestra le sacó el celular, fue trabajar con la figurabilidad.

Fue una herramienta en el proceso analítico con la que se alcanzó cierto dominio de la vida psíquica del paciente.

El trabajo de figurabilidad del analista, que es su primera tarea y cuyo efecto propio es homologable al de la pesadilla, crea-encuentra una figura, una representación adecuada capaz de hacer inteligible al analizante lo que, marcado por una memoria sin recuerdo, era pura manifestación traumática, con la angustia resultante.

Los autores citados establecen que un relato impregnado de figurabilidad posee la fuerza de impacto de la percepción. Obliga al espíritu a creer. La impronta de la figurabilidad del analista sobre la interpretación despierta en el analizante un sentimiento de evidencia, de autenticidad.

“En realidad, el analista no formuló un contenido latente que él habría descubierto detrás de un contenido manifiesto, sino que, en ausencia de lo uno y de lo otro, avanzó formaciones preconscientes susceptibles de atraer algún día otras representaciones, de servir de contenido manifiesto. Una suerte de proceso analítico en sentido inverso donde el analista promueve el preconsciente del niño. Bajo los efectos del poder de captación propio de la

figurabilidad del analista, vemos nacer en el niño un esbozo del mundo representacional”<sup>27</sup>

Este trabajo genera en el niño, y en jóvenes como Luciano, el sentimiento de existir, de durar; gracias a esto, el sufrimiento se conjugará en pasado y las emociones se reunirán en forma de recuerdo.

*“Mientras los demás lo miran  
y se dirigen a uno,  
se está a salvo”*

Desde el jardín. Jerzy Kosinski

La voz, la palabra, el tono, la escritura, forman parte de las intervenciones.

En una oportunidad cuando Luciano me contaba que había hecho el fin de semana, se me ocurrió ir escribiendo en una hoja con su ayuda, todo lo que me iba contando sobre la pesca. Le dije que me parecía interesante y entretenido su hobby pero no sabía mucho sobre él.

Noté en Luciano entusiasmo, compartía la pesca los fines de semana con su papá. En esos momentos se desconectaba de las pantallas, pasando tiempo al aire libre, comían asado, rituales que acompañan a este deporte que le hacen muy bien. Aparece la idea de proyecto, y una lucecita en los ojos de Luciano cuando habla de estos momentos se empieza a vislumbrar. Luciano entusiasmado con mi propuesta me cuenta que “la palometa se puede pescar con fruto o con carne. Que el dorado es difícil de pescar, en cambio el dientudo no. El pejerrey es muy rico, no tiene espinas, posee pura carne blanca. Éste pica con lombriz, con banderita o mojarras grandes”. Le agradecí su paciencia, él me esperaba a que yo terminara de anotar todo lo que me decía, y me volvía a repetir algún nombre si yo no lo entendía. Buscamos en el celular imágenes de cada pez que iba nombrando, así, además de anotar el nombre de cada uno también fui conociéndolos.

Algo en su rostro denotaba sorpresa, ¿será que no lo miran cómo alguien que puede transmitir un saber?

---

<sup>27</sup> Botella, César y Sara. La figurabilidad psíquica. Buenos Aires – Madrid: Amorrortu editores, 2003. p. 45.



Luciano se sonríe cuando le remarco que tiene buena memoria, que recuerda todos esos nombres de peces que a mí me cuesta anotar con rapidez.

Internamente pienso que quiero investigar un poco más sobre el tema de la pesca, y que sería bueno incorporar a las sesiones algunas de las revistas Weekend, que en alguna oportunidad vi en los kioscos de revistas. Pensando en Luciano y en mí también, él logró despertar curiosidad por el tema. Que hablemos el mismo idioma ayudaría.

Bion dice que 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”<sup>28</sup>

Con Luciano empezamos a entretener una trama a lo largo de las sesiones, una red que lo contiene cada vez un poco más.

Cuando puede expresar con palabras lo que le pasó y lo enojó, empieza a decir que él va a dejar de ser el Luciano bueno en el que se transformó por la terapia para ser el de antes, refiriéndose a sus gritos, golpes cuando se enojaba. Cuando dice esto le pregunto cómo cree que yo me sentiría si él se pone así. Entonces, hace una pausa, me mira, y comienza a hablar, a contarme con palabras que busca en sí mismo con mucho esfuerzo, lo que le pasa. Se siente seguro, confía en el espacio, también en mí. Sabe que lo espero, también que cuenta conmigo cuando por más que busque no encuentra las palabras, porque ahí estoy para donárselas.

Luciano usa el espacio de análisis para hablar de lo que lo angustia, de sus necesidades, de sus enojos.

En estos momentos está trabajando en un supermercado dos veces por semana, tres horas por día. Repone mercadería y también atiende con otro chico en la parte de la verdulería. Expresa que se siente cómodo en su lugar de trabajo. Cuando se juntan todos sus compañeros a comer durante la semana Luciano va con entusiasmo. Esto habilita a que salga al exterior, socialice ayudando a que se sienta valorado.

Muchas veces uno de los temas que Luciano manifiesta que lo angustia es el rechazo que siente por parte de chicos de su edad. Esto lo pone triste. Cuando él se acerca a un grupo, se van. Entonces cuando pone en palabras estas situaciones, llora, se angustia. En esos momentos ya no repite frases, no

---

<sup>28</sup> Bion, W. Seminarios de psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós, 1974.

aparece el afecto descualificado, Luciano puede llorar. Entonces la angustia habilita a pensar, a trabajar con él. Me pregunta cómo tiene que acercarse, manifiesta que le cuesta, que tiene vergüenza. Luciano suele comerse las uñas compulsivamente durante la sesión, sobretodo en esos momentos. Se me ocurrió no sólo intervenir con palabras sobre su tic, señalándole que hablar de algunas cosas lo hacen sentir triste, y algo ansioso, y que por ello se come las uñas, que yo estaba ahí para ayudarlo, y que hablar de lo que le pasa, sacarlo para afuera hace bien, así juntos podíamos pensar que hacer con eso. También en ese momento a la par de señalar la importancia de la palabra se me ocurrió tomar una crema para manos que tenía en un cajón de mi escritorio, y brindársela para que se pusiera en sus manos, diciéndole que sus dedos se iban a lastimar si seguía comiéndose las uñas, que es doloroso, y que ellas están para protegerlos, que es importante que las cuide y se cuide. Entonces ambos nos pusimos crema en nuestras manos. Además de tener los dedos lastimados, noté que su piel estaba reseca. No sabía si iba a funcionar lo que le propuse. Me la jugué a que sí, y arriesgarme valió la pena porque cuando eso pasa, no siempre, pero cuando Luciano se angustia y se come las uñas, cada vez que nos ponemos crema, deja de hacerlo.

Antes estallaba, entraba en crisis, gritaba golpeaba a quienes estaban a su alrededor. En cambio hoy durante las sesiones puede hablar, contar lo que le pasa, cómo se siente. Luciano se angustia, llora, se hace preguntas. Se enoja y puede decir y poner en palabras con quién o qué lo enojó. Él dice que algo cambió en él, ya no es el mismo...yo tampoco soy la misma...

### **Consideraciones finales**

En este trabajo propuse **pensar las intervenciones analíticas estructurantes en jóvenes con problemáticas psíquicas graves** a partir de la presentación de viñetas de un caso clínico: el de Luciano, de 17 años. Lejos está la intención de que el texto se lea cerrado, o definitivo. El propósito del mismo es **plantear interrogantes**, que puedan funcionar de punto de partida para otras contribuciones o simplemente su lectura funcione como un estímulo **para pensar la clínica analítica como oportunidad**.

De la mano de Donald Winnicott y otros psicoanalistas contemporáneos he realizado un recorrido profundizando en conceptos teóricos puntales:

Algunas cuestiones teóricas entorno a los diagnósticos que invalidan.

Intervenciones analíticas estructurantes.

La importancia del encuadre como instrumento terapéutico.

El desarrollo de lo temprano en Luciano.

En la primera parte de este trabajo, el recorrido tanto teórico como clínico permite deconstruir supuestas evidencias científicas de pretendidos diagnósticos, como el TGD, con el cual se etiquetó a Luciano cuando era muy chiquito. Analiza la época y sus malestares, los diagnósticos, como coartada de una clínica que cada vez se vuelve más burocrática y menos humanizada.

Estos diagnósticos, llevan a que un niño sea catalogado por las conductas observables sin tener en cuenta la historia, ni el contexto social. Esto genera etiquetamientos en los momentos en los cuales el niño se está constituyendo como sujeto y la imposibilidad de alojar el sufrimiento infantil. Luciano dejó de ser un niño con todas sus particularidades muy tempranamente, le robaron su niñez, su inocencia, y pasó a ser TGD.

¿A dónde van mil niños dormidos que no están?...dice la canción de Spinnetta Los diagnósticos cerrados, unívocos y de una sola interpretación, son estigmatizantes, patologizantes y por lo tanto, desubjetivantes.

Las infancias hoy están urgidas de otros confiables mediante los cuales pacificarse, con los cuales crear un vínculo afectivo habilitante y sostenedor

que las empodere. Los niños necesitan la oferta de un otro subjetivante para su advenimiento subjetivo, para tramar redes vinculares contenedoras, para generar un hacer conjunto que posibilite ser protagonistas de sus propias historias.

Es necesario entender que los diagnósticos express (o los sobre diagnósticos) no son la solución sino una estigmatización que sólo causa y causará sufrimiento, que obtura, coarta y no permite comenzar a narrar historias ni moldear relatos. Es imprescindible comprender que no hay un “ser” por curar y aunque la angustia por momentos genere una enorme ansiedad, miedo e incertidumbre la opción es transitarla junto con los infantes respetando su singularidad y particularidad generando vínculos confiables.

Este trabajo es testimonio de lo que les sucede a muchos niños y familias que se topan con profesionales que apresuradamente etiquetan, medican y no se preguntan por el sufrimiento de los niños a los que atienden. Revela las consecuencias indeseables en casos como el de Luciano, con fallas graves en su estructuración subjetiva, y padres con serias dificultades para acompañar la crianza de sus hijos, que fueron diagnosticados con una nomenclatura y abordados terapéuticamente de manera errónea.

Muestra el deterioro psíquico de Luciano cuando inicia el tratamiento conmigo. También mi desesperación, mis preguntas, mi indignación.

Es fundamental pensar las secuelas en la vida de los sujetos que como Luciano fueron tempranamente diagnosticados, etiquetados, simplificando de esta manera obscena las determinaciones del sufrimiento infantil.

Quedan muchas preguntas por responder, intervenir en problemáticas graves, como en el caso de Luciano, plantea desafíos complejos que demandan intervenciones complejas, ya que en estas situaciones no existe lo simple. Lo que implica una gran responsabilidad y posicionamiento ético.

En este trabajo se propone un abordaje clínico que posibilite otro modo de pensar las intervenciones que promuevan oportunidades de subjetivación.

La importancia del encuadre, como instrumento terapéutico, especialmente su constancia y permanencia, es relevante en patologías como la de Luciano, que son derivadas de los trastornos de origen temprano.

El marco cobra mayor importancia que la interpretación en pacientes en cuya historia personal precoz no hubo un cuidado infantil suficientemente bueno.

Winnicott dice: “El comportamiento del analista, representado por lo que he llamado “el marco”, por ser suficiente en lo que hace a la adaptación a la necesidad, es percibido gradualmente por el paciente como algo que da pie a una esperanza de que el verdadero self pueda, por fin, correr los riesgos propios de empezar a experimentar la vida”<sup>29</sup>

Desde el espacio analítico seguiré alojando angustias primarias, tratando de construir aquello que nunca estuvo, armando bordes de contención para Luciano y sus padres. Habilitando un espacio de escucha del sufrimiento, donde se intenta cualificar a los afectos, nombrándolos, y que con todo poco a poco se posibilite constituir, construir subjetividad, porque como dice Saramago:

*“Dentro de nosotros hay una cosa que no tiene nombre. Eso es lo que somos”.*

---

<sup>29</sup> Winnicott, D. Escritos de pediatría y psicoanálisis. “Variedades clínicas de la transferencia”. Buenos Aires: Paidós, 1999, p. 399-404.

## **Bibliografía**

- Bion, W. (1966). *Elementos del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Bion, W. (1974). *Seminarios de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Bion, W. (1975). *Aprendiendo de la experiencia*. Buenos Aires: Paidós.
- Bleichmar, S. (1986). *En los orígenes del sujeto psíquico*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Botella, C. y Botella, S. (2003). *La figurabilidad psíquica*. Buenos Aires – Madrid: Amorrortu editores.
- Dueñas, G. (comps.) (2011). *La patologización de la infancia. ¿Niños o síndromes?*. Buenos Aires: Noveduc.
- Duschatzky, S., Aguirre, E. (2015). *Des-armando escuelas*. Buenos Aires: Paidós.
- Freud, F. (1914). *Introducción al narcisismo*. Buenos Aires: Amorrortu, vol. 14, 1979.
- Freud, F. (1923). *El yo y el ello*. Buenos Aires: Amorrortu, vol. 19, 1979.
- Janin, B. (1989). *Aportes para repensar la psicopatología de la infancia y la adolescencia*. Revista Argentina de psicología N°40. Publicación de la Asociación de psicólogos de Buenos Aires.
- Janin, B. (1999). *Las intervenciones del psicoanalista en psicoanálisis con niños*. Cuestiones de infancia. Revista de psicoanálisis con niños. Vol. 4. p. 57-70.
- Janin, B. (2000). *¿Síndrome de ADD?*. Cuestiones de infancia. Revista de psicoanálisis con niños. Vol. 5. P. 75-92.
- Janin, B. (2003). *El psicoanalista ante las patologías graves en niños: entre la urgencia y la cronicidad*. Cuestiones de infancia. Revista de psicoanálisis con niños. Vol. 7. P. 10-20.

Janin, B. (2004). *Niños desatentos e hiperactivos. Reflexiones críticas sobre el trastorno por déficit de atención con y sin hiperactividad (ADD/ADHD)*. Buenos Aires: Noveduc.

Janin, B. (2007). *El ADHD y los diagnósticos en la infancia: la complejidad de las determinaciones*. Cuestiones de infancia. Revista de Psicoanálisis con Niños. Vol. 11. p. 15-35.

Janin, B. (2011). *El sufrimiento psíquico en los niños*. Buenos Aires: Noveduc.

Janin, B. (2013). *Intervenciones en la clínica psicoanalítica con niños*. Buenos Aires: Noveduc.

Mannoni, M. (2004). *El niño, su "enfermedad" y los otros*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Nemirosky, C. (2004). *Encuadre, salud e interpretación. Reflexiones alrededor de conceptos de D.W. Winnicott*. Psicoanálisis APdeBA. Revista digital. Vol. XXVI. p. 117-137.

Taborda, A. Díaz, D. (2007). *Una revisión del diagnóstico de déficit atencional en la niñez. Estudio descriptivo y propuesta terapéutica*. Cuestiones de infancia. Revista de Psicoanálisis con Niños. Vol. 11. p. 95-116.

Untoiglich, G. (2016). *Autismos y otras problemáticas graves en la infancia. La clínica como oportunidad*. Buenos Aires: Noveduc.

Winnicott, D. W. (1972). *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa.

Winnicott, D. W. (1999). *Escritos de pediatría y psicoanálisis. "Variedades clínicas de la transferencia"*. Buenos Aires: Paidós.

Winnicott, D. W. (2006). *Exploraciones psicoanalíticas I*. Buenos Aires: Paidós.

Winnicott, D. (2011). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Buenos Aires: Paidós.

Zirlinger, S. (2002) *Una visión sintética sobre los aportes de D.Winnicott a la idea de la cura*. Revista Internacional de Psicoanálisis Aperturas.