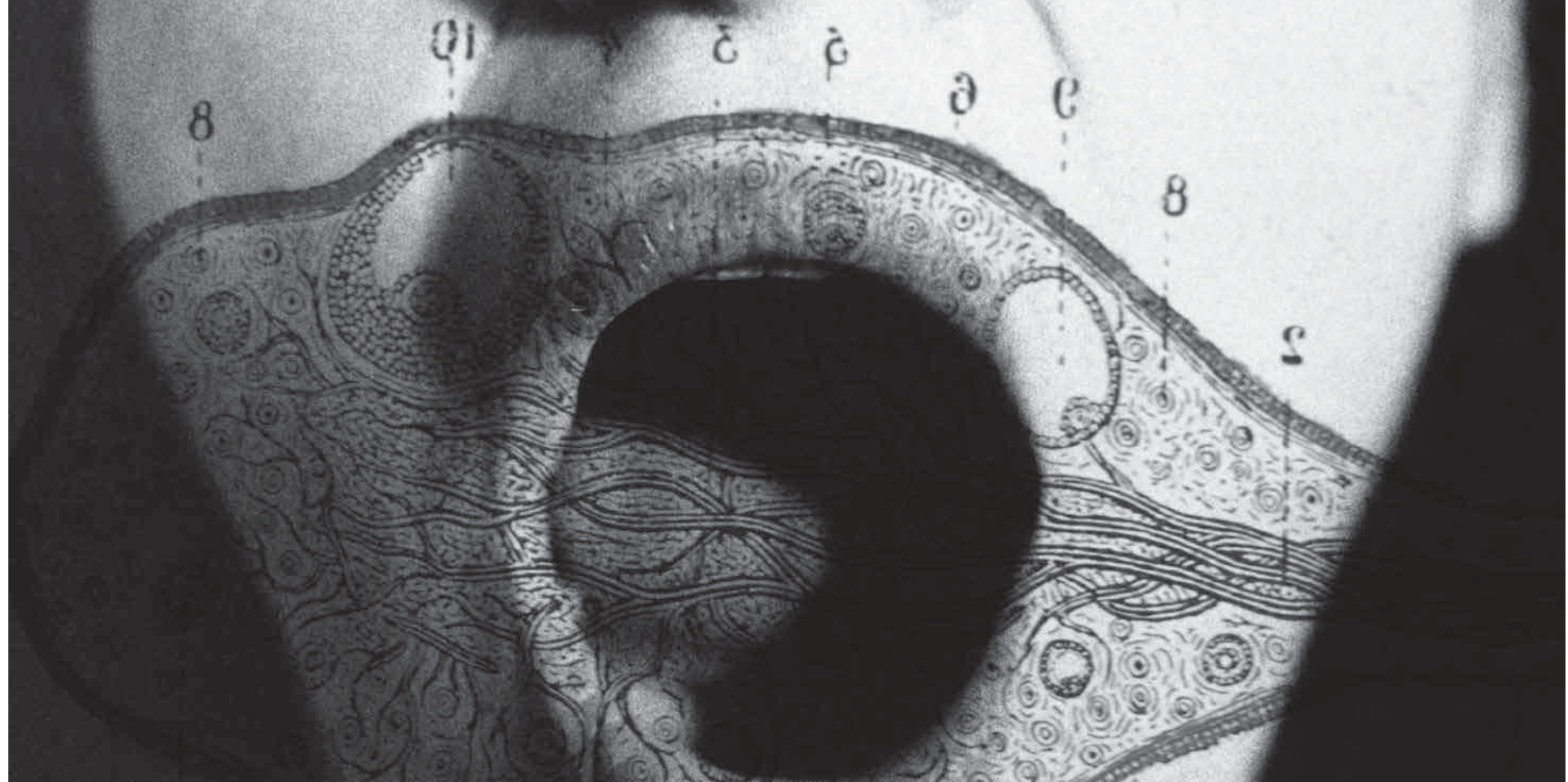


Eva Rotenberg*
Elena Stenger**

Memorias del sufrimiento en el cuerpo de los niños



La sintomatología del niño refleja enfermedad en uno de los progenitores, en ambos o en la situación social, y que es esto lo que necesita atención.
D. W. Winnicott (1971)

Introducción

En este escrito queremos compartir nuevos enfoques para el tratamiento de la patología psicósomática en bebés, niños, púberes y adolescentes. A partir del año 2010, coordinamos la Escuela para Padres Multifamiliar en el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez¹ junto a los pediatras dermatólogos del servicio de dermatología.

Organizamos sesiones con numerosas familias simultáneamente, a las que asisten madres y padres con sus hijos bebés, niños, púberes y adolescentes con patología de piel, que a veces sufren también –ellos mismos o sus familiares– otras patologías orgánicas o psicológicas y psiquiátricas. También concurren residentes de dermatología,

* Asociación Psicoanalítica Argentina.

** Asociación Psicoanalítica Argentina.

1. Jefe de Salud Mental: Dr. Gustavo Finvarb; jefe de Dermatología: Dr. J. Máximo; coordinadora: Lic. Eva Rotenberg; colaboradoras de Coordinación: Lic. Elena Stenger y Dra. Silvia De Francesco.

la cátedra de psicósomática de la licenciatura en psicología de la UBA y profesionales pasantes provenientes del interior del país y de España, Francia, México, entre otros países.

Los pediatras que concurren nos expresan cada vez más la necesidad de la formación de los médicos en una concepción integrada de mente y cuerpo, que también permitiría superar la mirada parcializada de las especialidades. Una familia que sufre y no encuentra resolución se encuentra en una situación dilemática, que probablemente terminará con alguien que enferme o haga algún síntoma.

Los niños, púberes y adolescentes que son atendidos en el servicio presentan vitiligo, psoriasis, alopecias, acné severos, y una mayoría de casos llegan con dermatitis atópicas.

Las características socioeconómicas de la población hospitalaria son variadas; concurren familias de distintas clases sociales y culturales, lo que aumenta la riqueza de lo que se genera en el proceso terapéutico. Al ser un hospital con muy buenos profesionales, reciben consultas de familias que viajan desde el Gran Buenos Aires, otras provincias y otros países; no concurren solamente de Capital Federal.

Dice Winnicott (1980): “He descubierto que el aprovechamiento cabal de la primera entrevista me pone en condiciones de hacer frente a las dificultades ofrecidas por cierta proporción de casos de psiquiatría infantil” (p. 9).

Este autor también expresa que “puede considerarse axiomático que si un niño o adolescente o adulto sufre, algo de su sufrimiento

aparecerá en la entrevista con tal que se le suministren condiciones que puedan dar lugar a la comprensión” (Winnicott, 1991, p. 54).

Si bien hay pacientes que participan en el grupo terapéutico psicoanalítico desde hace más de dos años y hay un grupo estable, por otra parte, esta realidad socioeconómica y geográfica reduce, en algunos casos, la posibilidad de intervención psicoterapéutica a una, dos o pocas consultas, por lo que comenzamos a rescatar la “consulta terapéutica” de Winnicott adaptada a la teoría y a la práctica de la Escuela para Padres Multifamiliar creada por Eva Rotenberg. Se tomó la teoría y la técnica del psicoanálisis multifamiliar del Prof. Dr. Jorge García Badaracco (2000) para la enfermedad mental severa en adultos pero que, con niños, ha incorporado el dibujo, el juego, las teorías y técnicas psicoanalíticas sobre la estructuración psíquica y la infancia, y sobre la patología psicósomática, como las de Winnicott, Esther Bick, Didier Anzieu, Arminda Aberastury, Aurora Pérez, Elsa Aisemberg, Silvia Bleichmar y otros autores.

Anzieu (2007) puntualiza:

La noción de Yo-piel que propongo en psicoanálisis [...]. Cómo se forman las envolturas psíquicas, cuáles son sus estructuras, sus ajustes, sus patologías, cómo, por un desarrollo psicoanalítico “transicional”, pueden ser reinstauradas en el individuo (incluso extendidas a los grupos y a las instituciones); tales son las preguntas que me hago y a las que esta obra intenta responder”. (p. 20).

La importancia del encuadre ampliado y abierto

La Escuela para Padres Multifamiliar es un espacio de disponibilidad que funciona los días jueves siempre a la misma hora, durante todo el año, sin interrupción ni siquiera durante las vacaciones.

Las familias saben que pueden venir, puesto que se trata de un encuadre ampliado y abierto; es decir que hay familias que concurren desde hace dos años o desde el comienzo y otras que son nuevas. No hay lista de espera, realidad acuciante en muchos servicios de salud mental.

El encuadre que Badaracco llamó “ampliado” porque vienen numerosas familias, y al que Rotenberg agregó el concepto de “abierto”, cumple una función de disponibilidad, de sostén para las familias, de seguridad emocional y de respeto. Si alguna familia falta a más de dos sesiones, no pierde su turno como sucede en otros encuadres hospitalarios (dentro de los servicios de salud mental), no solo en nuestro país sino también en muchos otros. La duración de dos horas también difiere de los a veces 15 minutos o poco más que ponen a disposición en muchos servicios, incluso privados, de todas las especialidades. No se puede pensar que el autismo y otras patologías severas, incluidas las neuróticas, pueden ser curadas si se dispone de solo 15 minutos o poco más y de dos meses como máximo para el proceso terapéutico. Los pacientes terminan cronificándose, pensando que su dolencia es genética e irreversible, sin darse cuenta de la importancia de no perder tiempo valioso y, por ello, de la necesidad de un encuadre que respete la interioridad de cada uno para desarrollar la confianza básica y para poder llegar a ser auténtico, sin dependencias invisibles de los padres que impiden el desarrollo de los propios recursos internos.

El encuadre, la disponibilidad temporal, son factores que determinan la posibilidad de pensar en la remisión de la patología o de, por el contrario, creer que es incurable.

La importancia de que sea un encuadre abierto radica en el enorme valor terapéutico de que las familias estén en diferentes momentos de sus procesos. Pasaremos a explicarlo.

Aun en aquellos casos en que, al principio, los consultantes no tienen palabras o no conectan la aparición de la enfermedad, psicósomática u orgánica, con ninguna situación traumática o difícil en particular, y vienen porque los manda el médico, al escuchar el relato de otras familias que ya están en un momento más avanzado del proceso psicoanalítico y pueden, por ello, asociar el sufrimiento con la patología de sus hijos, se produce la resonancia emocional en las familias que se integran por primera vez con el sufrimiento familiar o el del niño, que tampoco puede explicar lo que siente y del cual muchas veces solo se ve el síntoma que se expresa en la piel.

Al mismo tiempo, las familias que vienen haciendo el proceso terapéutico, al escuchar el discurso de los nuevos participantes, se dan cuenta de la evolución que han hecho ellos mismos, y así sienten confianza en la posibilidad de cambio psíquico y en la remisión de la patología somática.

Cuando algún niño o adulto se conecta afectivamente y comienza a significar y a darle sentido emocional a la dolencia orgánica, coincidimos en que se trata de un momento “sagrado”, pues todos los asistentes al encuentro multifamiliar vivenciamos con asombro que los niños mejoran muchas veces en la misma sesión o durante la primera semana, y mantienen la cura. Tan pronto la madre o los padres se sienten contenidos por el equipo terapéutico en su sufrimiento, y comienzan a relatar pérdidas, angustias de muerte, duelos no elaborados u otros traumas y vivencias disruptivas, los niños se alivian y comienzan a dibujar o jugar y los bebés se duermen tranquilos, plácidamente.

Desde nuestra experiencia coincidimos con la Dra. Aisemberg (2012) en que la patología psicósomática es la expresión de “cantidad no significada, con déficit de procesamiento psíquico, que deriva en angustia” (p. 27).

La manifestación psicósomática en la infancia merece un tratamiento diferente a la de los adultos, porque sabemos que la angustia de los padres, en estos casos, se transmite al hijo sin mediación, como pura cantidad, tema que desarrollamos en el trabajo.

Nuestro encuadre no es individual; no tenemos una entrevista con el niño por el que consultan, como lo practicaba Winnicott (pero no se excluye que el niño o sus padres profundicen en una terapia individual). Al encuentro asisten algunos integrantes de la familia (la madre con el niño con afección dermatológica, muchas veces el padre y algún hermano) junto a otras familias, puesto que consideramos que este encuadre multifamiliar y abierto tiene muchos aspectos muy favorables para el despliegue de la problemática psíquica o somática y el surgimiento del sí mismo verdadero, en un proceso terapéutico en el que participa toda la familia y se transforman todos.

Mientras los adultos hablan, los niños dibujan, juegan o hablan con niños de distintas edades y con nosotras. Al dibujar, ellos

expresan las situaciones de sufrimiento y las tramas familiares que condicionan su padecimiento.

Nuestra premisa de respeto incluye a los niños al igual que a los adultos y a los profesionales; los niños casi nunca son escuchados en sus familias, ni por los médicos ni en la escuela, y los padres muchas veces no saben “cómo” escucharlos. Por lo tanto, cuando alguno quiere intervenir o nos entrega su dibujo, que es una expresión valiosa de su mundo interno, en la que nos cuenta su dolor o su sufrimiento secreto, o lo inconsciente escindido o reprimido, le preguntamos, con respeto, si podemos mostrarlo. Casi siempre dicen que sí y les agrada porque sienten que los valoramos.

En el caso de que lo permitan, los dibujos son vistos por todos los asistentes y comentados e interpretados por las terapeutas y por todos los que puedan aportar algo. Los dibujos de los niños sorprenden porque siempre expresan la problemática personal y familiar, y, a medida que se logra la comprensión de lo que transmiten, se van modificando al adoptar características propias de la etapa evolutiva o bien al expresar problemáticas de lo que todavía no fue abordado.

El encuadre del psicoanálisis multifamiliar desarrollado por García Badaracco, y, continuando con su obra, el de la Escuela para Padres Multifamiliar, aplicado a bebés, niños y adolescentes y sus familias, es un modelo óptimo para trabajar aquellas zonas del aparato psíquico que no han tenido representación-palabra, como también la transmisión de lo traumático de padres a hijos, que, al no poder procesarse, hace síntoma.

“Este encuadre permite poner palabras a lo mudo, a la ausencia de metáforas en el lenguaje que se ‘cosifica’ en la irrupción de la patología dermatológica y en otras enfermedades orgánicas, concretizando en el cuerpo el dolor psíquico” (Rotenberg y Stenger, 2012a).

Patología de piel

En nuestra observación clínica de la enfermedad dermatológica también corroboramos la *falla ambiental*, conceptualización tan central en toda la obra winnicottiana y que nos llevó a afirmar que “cuando falla la contención materna [o paterna] en su función de transformación de las ansiedades, el cuerpo-continente del niño se manifiesta” (Rotenberg y Stenger, 2012b).

Winnicott afirma que el dolor psíquico rompe la unidad psique-soma. Proponemos, entonces, no considerar lo somático puro sino la relación somato-psíquica, y, en niños y adolescentes, pensarlo en el contexto de la relación vincular.

Rotenberg postula que incluso puede fracasar la integración del yo cuando la falla ambiental es grave:

Hablar de función parental fallida no es hablar de “malos padres”. [...] no han podido desarrollar funciones parentales saludables, es decir que no cuentan con recursos propios para poder contener la propia angustia, y por ende, no traspasarla a sus hijos. (Rotenberg, 2014, p. 66).

En algunos casos, como en el que presentaremos, la patología de piel se da en bebés que no tienen un yo capaz de pensar pensamientos

y que no cuentan con el yo materno para transformar las ansiedades, sino que éste, más bien, las amplifica. En otros casos, la ansiedad adulta irrumpe en el *self* del bebé, que aún no puede procesar lo que está viviendo, y se manifiesta la patología orgánica.

En las enfermedades dermatológicas que observamos, vemos que éstas siempre se encuentran ligadas a situaciones de sufrimiento familiar o transgeneracional: duelos, pérdida laboral, sobrecarga de actividad de la madre, del padre o de ambos (con la consecuente falta de presencia), problemas en el vínculo de pareja: infidelidad, separaciones, enfermedad mental o física, mudanzas a repetición.

El bebé o niño pequeño no tiene posibilidades psíquicas para la expresión y elaboración de los sufrimientos psíquicos propios y, menos aún, de los sufrimientos de las personas más significativas de su entorno. Habría un excedente de excitación no psíquica en el infante que corresponde a un trauma parental traspasado como pura cantidad de los padres al niño, en ciertos casos. En otros, hay contenido traumático que incumbe a la familia toda, o a situaciones de riesgo perinatales, pero que el niño o adolescente no puede resolver ni procesar. Rotenberg (2014) dice: “cuando la respuesta de la función parental es casi siempre distorsionante, el bebé crece en un estado confusional, no pudiendo integrar sus sensaciones y necesidades vitales con las respuestas que le devuelve la madre/padre” (p. 43).

El cuerpo es el medio privilegiado para expresar en clave orgánica aquello para lo cual todavía no hay capacidad de simbolizar.

En el libro *Parentalidades*, Stenger (2014) se refiere al concepto de interdependencias recíprocas: “valioso concepto clínico, valioso porque permite dar cuenta de los complejos fenómenos emocionales que se producen en todo lazo afectivo entre humanos, tanto en la salud como en la enfermedad” (p. 109).

Más adelante señala:

Cuando nos referimos a las “interdependencias recíprocas” entre padres e hijos, como en cualquier otra relación entre persona, es de sustancial importancia discriminar entre aquellas que son “normógenas”, o sea, colaboran al crecimiento y la salud de los participantes de la relación, y las “interdependencias patógenas y patológicas. (Stenger, 2014, p. 110).

Y continúa:

Cuando las interdependencias entre padres e hijos son patógenas se producen detenciones en el desarrollo, las que pueden expresarse en el cuerpo y/o la conducta, condicionando significativamente la estructuración psíquica en la primera infancia y produciendo en muchos casos, patologías mentales muy severas en la niñez y la adolescencia. (p. 111).

La enfermedad aparece claramente como expresión de los vínculos del bebé con la madre y/o el padre, o del niño o adolescente con la madre, el padre y los hermanos, y lo que ocurre en los encuentros de la Escuela para Padres Multifamiliar es que, al abordarse la problemática de las relaciones duales y familiares, el alivio de los síntomas dérmicos es inmediato, ante nuestros ojos y ante el asombro de médicos, padres y otros asistentes. El bebé o niño deja de rascarse y muchas veces se duerme relajado, mientras la madre o los padres

continúan procesando sus historias sufrientes de pérdidas o desencuentro, que ahora encuentran el soporte privilegiado: la palabra plena, que es contenida y comprendida empáticamente por los terapeutas y por los médicos, que comienzan –algunos con más dificultades que otros– a darse cuenta del papel determinante de las emociones en la enfermedad de la piel.

El diagnóstico sirve muchas veces como “significante de la mirada del entorno, que devuelve una marca identificatoria muy fuerte, y es alrededor del cuerpo injuriado que se construye lo que hemos denominado ‘la identidad corporal’, cuando alguien es nominado y hablado por y desde su enfermedad” (Rotenberg y Vázquez, 2000).

En el caso de bebés, niños, latentes, púberes o adolescentes observamos el desvío de las problemáticas psíquicas sobre el cuerpo debido a que en la familia no se habla del sufrimiento y actúan poderosos mecanismos de escisión mente-cuerpo, y, frecuentemente, se presentan profundas carencias en la capacidad simbólica.

Presentaremos dos viñetas clínicas, de diferentes patologías dermatológicas, para ilustrar el modelo de trabajo.

Caso clínico de dermatitis atópica

La dermatitis atópica se caracteriza por el permanente rascado que impide al pacientito descansar tanto de día como de noche, y que le produce lesiones que terminan infectándose. La familia se siente angustiada e impotente por tratar de aliviar al pequeño. Desde el punto de vista médico, no tiene una etiología clara, pero lo que destacamos es su tratamiento, que comienza por la administración de pomadas dérmicas que generalmente no producen mejoría; a continuación le son administrados corticoides y, si esta medicación no surte efecto, por último el paciente recibe inmunodepresores, que mejoran la afección dérmica pero pueden exponerlo a una patología ligada a la depresión inmunológica.

El camino trágico que pueden recorrer estos niños hasta la inmunodepresión, con riesgo de enfermar de cáncer u otras patologías que ponen en peligro la vida, por la falta de defensas, hace aún más crucial el mayor aprovechamiento de la intervención psicoanalítica.

Concurrió una joven mamá extranjera con su beba de 11 meses, que sufría dermatitis atópica severa en todo su cuerpo. Se rascaba y se lastimaba. Su madre le gritaba y le agarraba sus manitos o se las vendaba para que no se lastimara. Los pediatras dermatólogos le daban corticoides y cremas. La niña, en lugar de mejorar, empeoraba, y fue internada varias veces durante largos períodos en sus dos primeros años de vida.

Anzieu (2007) expresa que “el eczema de niños de menos de dos años afirmaría la falta de un contacto físico tierno y envolvente de la madre” (p. 45).

La preocupación de la madre era muy importante, y su intolerancia y su ansiedad iban incrementándose, por lo cual los médicos le propusieron medicar a su hija con ciclosporina. Esta medicación es un inmunosupresor de las defensas del organismo, por lo que se piensa en ésta como último recurso.

La pediatra dermatóloga, muy preocupada, nos insistió en que pudiéramos tratar de comprender qué pasaba con esta madre tan ansiosa pero tan escurridiza y desconfiada al mismo tiempo.

Fue durante una sesión, cuyo resultado iba a determinar el inicio de la indicación del inmunosupresor, que tratamos de profundizar especialmente en ella y en su actitud huidiza. No se comprendía cómo decía que el grupo terapéutico le servía tanto pero luego desaparecía durante meses. Ella explicaba que eran los meses de internación de la nena.

Finalmente pudo decir que ella se había jurado nunca transmitir angustia a sus hijos, porque había tenido que vivir las peleas y el divorcio de sus padres y el brote psicótico de su hermano. Si venía a terapia y asociaba con sus angustias extremas y la patología de la nena, sentía que “se quería matar o tirar a la nena por el balcón” (con la “aclaración”: “lo digo en chiste”).

A partir de esta intensa sesión, a la semana siguiente, la nena vino sin eczemas, aunque aún tenía dermatitis en los pliegues del cuello y en las manitos. La mamá dijo que era producto de que había dejado de ponerle una loción que en Estados Unidos no se indicaba. Todos sabíamos que era una racionalización y una desmentida, porque aún era difícil conectarse más intensamente con lo emocional.

Nos interesa el aporte de Spitz (como se citó en Anzieu, 2007, p. 45), que sugiere:

La reacción del niño en forma de eczema puede ser una petición tanto dirigida a la madre para incitarla a tocarle más a menudo como un modo de aislamiento narcisístico en el sentido en que, mediante el eczema, el niño se proporciona a sí mismo en el campo somático los estímulos que la madre le niega.

Lo importante es que siguió concurriendo y, una vez curada de la patología de piel, se pudo ver la falta de organización psíquica de la niña y la dificultad en la conexión afectiva de la madre con su hija, aspecto que fuimos trabajando y continuamos hasta la actualidad. La nena, que hubiera desarrollado una patología de espectro autista o psicótico, actualmente está en un colegio bilingüe, absolutamente integrada.

Rotenberg (2014) propone “diferenciar los ‘padres como sí-padres falso *self*, de las funciones parentales auténticas (...): ‘función parental verdadero *self*’”. Y continúa: “las funciones parentales auténticas son las que reconocen las satisfacciones del Ello del bebé, las que permiten la integración yoica, y por último, que reconocen al bebé como otro” (p. 50).

Parte de este proceso fue la contención afectiva de la madre; fuimos un continente para que ella pudiera contener a su niña. Ella pudo diferenciar su propia historia pasada de las vivencias traumáticas que vivió con su marido a partir del nacimiento de su bebé, y aprender que contener afectivamente no es llenar de comida o regalos.

Elsa Aisemberg (2012), especialista en patología psicósomática, afirma:

La confirmación narcisista en el *infans* es el revestimiento libidinoso de la imagen corporal que se construye al ser aceptado, amado y deseado por la madre, en primer término, y a *posteriori* por el padre, quienes reconocen a dicho *infans* como un proyecto de sujeto diferenciado... (p. 130).

Caso clínico de vitiligo extendido

Hace algunos años se incorporó al grupo terapéutico de la Escuela para Padres Multifamiliar del hospital una mujer de 40 años con su hija de 9. La niña presentaba un vitiligo extendido especialmente en cara y manos, y la madre manifestaba que la enfermedad en la piel comenzó cuando su hija era pequeña. Cuando le preguntamos si hubo alguna situación difícil por la época de aparición de la problemática de piel en su hija, ella dijo que no sabía, que no recordaba. Luego comentó que lo relacionaba con el nacimiento del bebé de su hija mayor, que convive con ellas, y agregó que hubo mucho revuelo familiar porque lo tuvo sin estar en pareja con el padre del bebé.

La niña se ubicó alrededor de la mesa que ocupan los niños para dibujar. Casi siempre hacía dibujos que parecían castillos y una princesa mirando por la ventana.

Frecuentemente se acercaba a su mamá y le decía: “mamá, yo te voy a cuidar toda la vida”, y se ponía muy sensible. Era notable la inversión de roles y el falso *self* que estaba construyendo. Por momentos, cuando se hablaba de algo que pudiera angustiar a la madre, se sentaba en su regazo, la calmaba, la besaba y le repetía: “no temas, yo te cuidaré siempre”. Estas frases y el vitiligo tan avanzado para una niña de su edad nos llamaban la atención.

Decidimos esperar a que se produjeran la confianza y el sentimiento de seguridad necesarios para que pudieran compartir sus situaciones de sufrimiento.

Madre e hija no faltaban y escuchaban atentamente. Poco a poco la madre comenzó a contar de su trabajo, de sus hijos mayores, de su separación marital; todo a partir de los relatos de las otras familias del grupo.

En una sesión, después de transcurridos muchos meses, la hija comenzó a dibujar una serie de algo que nos parecía una especie de castillo de cuentos, y en las dos torres, a ambos lados, se veían dos mujeres.

Ante las expresiones del falso *self* y la patología de piel tan desarrollada, una de nosotras le dijo a la mamá: “debe haber sucedido algo más tempranamente en la vida de la niña”.

Un dato de valor diagnóstico es que, cuando la patología que expresa el cuerpo es seria, no se puede pensar en un motivo desencadenante nimio; debe haber habido una causa traumática de importancia que queda como secreto familiar, o inconsciente, pero escindida.

La mamá se conmovió, se largó a llorar y nos contó que la nena había nacido en la cárcel; que a ella la llevaron presa porque su hermano, que vivía en la casa de adelante, vendía droga. Ella estaba embarazada de cinco meses y la pusieron en el pabellón de madres. Pero aclaró: “¡muchas eran asesinas! Así que no me despegaba de la nena cuando nació. Iba al baño con ella, me duchaba con ella, porque ¡esas mujeres eran capaces de cualquier cosa! La nena aprendió a caminar a los 2 años, después que me soltaron”.

Anzieu (2007) dice:

El yo-piel es una estructura intermedia del aparato psíquico: intermedia cronológicamente entre la madre y el bebé, intermedia estructuralmente entre la inclusión mutua de los psiquismos en la organización fusional



primitiva y de la diferenciación de las instancias psíquicas correspondientes a la segunda tópica freudiana. Sin las experiencias adecuadas en el momento oportuno no se adquiere la estructura o, más frecuentemente, ésta se encuentra alterada. (p. 16).

La niña, según la madre, no sabía nada de esto. La nena fue a abrazar a su madre y lloraron juntas.

Frecuentemente nos preguntan si es adecuado hablar delante de los niños. En los casos que nos muestran que hay un conocimiento inconsciente, como vemos en los dibujos, es parte del comienzo de poner palabras a lo escindido. Y la evolución favorable nos confirma esta hipótesis. En otros casos, donde el secreto es un tema de adultos, detenemos el desarrollo del relato y luego les damos un espacio individual para que expresen lo que los angustia.

Allí comprendimos que ¡los castillos en realidad eran la cárcel! ¡Había un conocimiento inconsciente!

Esta experiencia compartida determinó una relación de dependencia mutua de tal intensidad que, fuera del asistir a la escuela, madre e hija iban juntas a todas partes. Las hijas mayores que habían criado a sus hermanos con ayuda de los parientes, durante la detención de sus padres, criticaban con dureza este vínculo.

La participación duradera y consecuente durante más de un año en la Escuela para Padres Multifamiliar trajo como resultado que madre e hija pudieran diferenciarse e incluir en su vida, cada una, a personas de su misma edad, especialmente la nena, que parecía una adulta, que compartía todas las actividades de su madre.

La niña comenzó a tener una relación más placentera con otros niños y con su cuerpo. Entre otras cosas, comenzó a practicar danzas y, aunque levemente, mejoró la pigmentación de su piel afectada por el vitiligo. Ambas, madre e hija, lucían más relajadas, confiadas y vitales, y mejoraron mucho su sensibilidad hacia las emociones propias y las de los demás miembros, a quienes aportaban contención, asociaciones y la propia experiencia esperanzadora.

La pequeña dejó de sentir la necesidad de cuidar a su madre y pudo comenzar a ocuparse de temas e intereses de su edad. Comenzó a surgir su verdadero *self*, que estaba atrapado en la historia traumática materna y propia, que había padecido desde la panza; historia inconsciente en la que debía devolverle a su madre los extremos cuidados que le dio en la cárcel, que probablemente le salvaron la vida.

Estos dibujos fueron algunos de la serie que, al principio, parecían casas o castillos de princesas y que la nena no asociaba con nada (tampoco su madre). Los dibujos de castillos cobraron el verdadero sentido de “cárceles” después de una intervención de nuestra parte, dado que nos parecía muy pronunciado el vitiligo como para ser solo “una manifestación de celos” por su sobrina, y por eso le preguntamos a la madre qué más había sucedido durante los primeros años del desarrollo.

Referencias

- Aisemberg, E. (Ed.). (2012). *El cuerpo en escena*. Buenos Aires: Lumen.
- Anzieu, D. (2007). *El Yo-piel*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- García Badaracco, J. (2000). *Psicoanálisis multifamiliar: los otros en nosotros y el descubrimiento del sí mismo*. Buenos Aires: Paidós.
- Rotenberg, E. (Ed.). (2014). *Parentalidades, interdependencias transformadoras entre padres e hijos*. Buenos Aires: Lugar.
- Rotenberg, E., & Stenger, E. (2012a). *Escuela para Padres Multifamiliar - Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez*. Jornada de hospitales de la A.P.A., Buenos Aires.
- Rotenberg, E., & Stenger, E. (2012b). *Manifestaciones somáticas en la infancia*. Jornadas de psicopatología de la A.P.A., Buenos Aires.
- Rotenberg, E., & Vázquez, L. (2000). *Transplante de órganos*. Trabajo presentado en la XVI Jornada de Niños y Adolescentes y X Jornada de Psicopatología II Jornada Xonjunta de la APA: Trauma, duelo y cuerpo.
- Stenger, E. (2014). Las interdependencias entre padres e hijos. Sus manifestaciones clínicas en el contexto multifamiliar. En E. Rotenberg (Ed.), *Parentalidades, interdependencias transformadoras entre padres e hijos*. Buenos Aires: Lugar.
- Winnicott, D. W. (1980). *Clínica psicoanalítica infantil*. Buenos Aires: Hormé.
- Winnicott, D. W. (1991). *Exploraciones psicoanalíticas II*. Buenos Aires: Paidós.