

XIV Jornadas de Investigación y Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2007.

# Observación de niños en una situación fija: una herramienta Winnicottiana.

Soubiate, Susana y Scarpati, Marta Delia.

Cita:

Soubiate, Susana y Scarpati, Marta Delia (2007). *Observación de niños en una situación fija: una herramienta Winnicottiana*. XIV Jornadas de Investigación y Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-073/150>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/e8Ps/eSf>

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.*

# OBSERVACIÓN DE NIÑOS EN UNA SITUACIÓN FIJA: UNA HERRAMIENTA WINNICOTTIANA

Soubiate, Susana; Scarpati, Marta Delia  
UBACyT. Universidad de Buenos Aires

## RESUMEN

En el marco de la investigación "Dimensión delusional de la transferencia" recortamos una herramienta utilizada por Winnicott muy tempranamente con el objetivo de diagnosticar, investigar y ejercer una función terapéutica en niños que cursan el segundo semestre del primer año de vida con especial referencia a la escisión psiquesoma. Se trata de la oferta de un marco que habilita una experiencia completa que contribuye al proceso de integración. En las viñetas clínicas las manifestaciones "convulsión, broncoespasmo" son un típico exponente de lo que llamamos fenómenos delusionales en la medida que caen fuera de la ilusión, tomando la forma de la compulsivo. La maniobra terapéutica es la reintegración.

## Palabras clave

Experiencia completa Psiquesoma Objeto Fantasía

## ABSTRACT

CHILDREN'S OBSERVATION UNDER A SAME SITUATION:  
A WINNICOTTIAN TOOL.

In the "delusional dimension of transference" investigation frame, we focus on the tool used very early by Winnicott with the clear objective of diagnosticate, investigate and to exert a therapeutic function on children who are going through the second semester of their first living year with special reference to the psycho-soma split. It deals with the frame's offer that enables a complete experience that contributes to the integration process. In the clinics frames, the displays "convulsion - broncospasms" are a typical exponent of what we like to call delusional phenomenons only when they fall far from the illusion area, taking the compulsive form. The therapeutical maneuver is the re-integration.

## Key words

Complete experience Psych-soma Object Fantasy

En el año 1923 Winnicott ingresa al Paddington Green Children's Hospital de Londres para hacer su carrera de pediatra, carrera cuyas vicisitudes van marcando los rasgos del cursante. Cuando, en el tercer año, debía ingresar a la sala de internación, se niega a hacerlo porque lo que pudiera ganar en experiencia, lo perdería en sensibilidad. Cuando un niño se enferma, el hogar debe convertirse en hospital.

La abstención de la rutina del examen físico y la abstención del consejo a los padres completan las tres patas en la práctica pediátrica que luego tomarán cuerpo teórico psicoanalítico.

Dieciocho años después de su ingreso al hospital, y habiendo contabilizado por miles las consultas atendidas, Winnicott lee ante la Sociedad Psicoanalítica Británica el trabajo que nos ocupa sustentado en una clínica sostenida y rindiendo frutos aprovechables en el diagnóstico, en la terapéutica y en la investigación.

"La observación de niños en una situación fija" (1941) presenta un dispositivo de una sencillez extrema utilizable en por el pediatra, el psiquiatra infantil, el analista en el Departamento de Niños en el Hospital General, se hace eficaz, al decir de Winnicott, en niños de 5 a 13 meses. Se trata del infans, antes de la posesión de la palabra, en ese especial momento que él denomina del "Yo soy".

Junto con la "entrevista terapéutica" y el "dispositivo de la regresión" en el curso de un psicoanálisis, forma un conjunto de invenciones por medio de las cuales el infante, el adolescente antisocial, el paciente afectado de locura invitan al analista a una particular docilidad que Winnicott llama "adaptación" a sus peculiares maneras. El analista responde ofreciendo un "marco". Ese marco en nuestro caso es la "situación fija".

Paso a leerles en qué consiste: "En mi clínica, las madres y sus hijos esperan el pasillo, fuera de la sala, bastante grande, donde yo trabajo. La salida de una madre y su pequeño es la señal para que entre la siguiente. Prefiero que la sala sea grande porque es mucho lo que hay que observa y hacer desde que la madre y el niño aparecen en la puerta hasta que llegan junto a mí (la puerta se halla en el otro extremo de la sala). Cuando la madre llega a mi lado ya he establecido con mi expresión facial, contacto con ella y probablemente con el niño. Asimismo, si no se trata de un paciente nuevo he tenido tiempo para recordar el caso.

Si se trata de un bebé, le pido a la madre que tome asiento frente a mí, con una esquina de la mesa entre ella y yo. Ella se sienta con el niño en la rodilla. De forma rutinaria coloco en el borde de la mesa un bajalengua reluciente y en ángulo recto. Invito a la madre a colocar al pequeño de tal manera que pueda tomarlo. ... Ella y yo evitaremos intervenir en la situación de forma que lo que sucede pueda atribuirse a la espontaneidad del pequeño. Como podrán imaginarse la capacidad o incapacidad para seguir esta sugerencia demuestra en cierto modo cómo es en su propia casa. ... He aquí, pues, al niño sentado en la rodilla de su madre, ante una nueva persona sentada adelante mientras sobre la mesa se halla un reluciente bajalengua. ... Si hay acompañantes que no puedan acatar la disciplina que exige la situación es preferible no proseguir con la observación".

Como ven la economía de recursos es extrema y, sin embargo allí están las tres patas de las que hablábamos más arriba: el niño en su ambiente, la madre actuando según su criterio, el

otro de la escena que no avanza sobre el cuerpo del niño, lo espera desde el fondo de la sala permitiendo que sea el niño el que “penetra” por la puerta, sobre la mesa inclinando su cuerpo, en el espacio, estirando su brazo.

El despliegue de los tres tiempos que Winnicott deslindado:

El niño pone la mano sobre el bajalengua, ese objeto reluciente. Inesperadamente considera que la situación debe ser meditada. Con el cuerpo inmóvil, se retira del objeto, se produce un tiempo de vacilación que cursa, si el terapeuta y la madre ofrecen el espacio necesario hasta la segunda fase en la que el niño acepta la realidad de su interés: la boca se llena de saliva, la lengua cobra un aspecto grueso y flojo, el niño mete el bajalengua en la boca, lo mastica, golpea la mesa, juega a darle de comer a la madre, etc. La expectación del primer tiempo se convierte en confianza, manipulación del objeto, movimiento del cuerpo lleno de soltura hasta que de una manera aparentemente casual el bajalengua cae al suelo, se le devuelve, juega nuevamente y lo arroja librándose agresivamente de él. La fase termina cuando pide ser bajado al suelo o se aburre del objeto.

La secuencia: Querer la espátula, atravesar el período de vacilación, atreverse a tomarla y hacerla suya constatando que el medio ambiente no se altera, luego desprenderse de ella y recuperarla, este es el decurso completo de una experiencia en sí misma terapéutica.

Las alteraciones en esta secuencia testimonian problemas en la relación del pequeño con la alimentación y con los otros.

Posibilitar una experiencia completa o reconocer sus desvíos parece ser uno de los objetivos de la utilización, también diagnóstica, de esta situación fija. Sus desvíos serían modos de no poder hacer algo con la angustia (tiempo de vacilación) producida por ese algo brillante. Esos modos, tanto la inhibición del impulso que lleva a la aficción como la manía que implica el arrojarse sobre el objeto y arrojarlo fuera de sí hablan de cortocircuitos en la construcción de la objetividad. El camino que va desde la constitución del objeto subjetivo pasando por la relación de objeto hacia el uso del objeto, es el camino también del descubrimiento de la exterioridad, del acceso a la realidad compartida y de la constitución de la fantasía en su pleno derecho.

El infans que propone Winnicott debería, gracias a cuidados suficientes, habitar el mundo de tal manera que algo de él encuentre allí (alucinación) y que pueda reconocer lo distinto de él, lo no yo, en su realidad material e independiente de él, disponible para ser usado, dejado, sin temer la venganza por el impulso que lo alcanzó. Este impulso, que por ser vital, es primariamente amor cruel.

¿Cuál es la diferencia entre la relación de objeto y el uso de un objeto? El objeto de la relación de objeto es significativo, Winnicott dirá, catectizado, hay proyección, identificación; recorta lo que decíamos antes: algo del sujeto se ha vaciado en el objeto (expiración como parte de la respiración, evacuación como parte de la alimentación). El sujeto de esta relación de objeto viene de estar fusionado, si se alimenta de un pecho es el pecho que él mismo es ya que no hay separación con el objeto. La forma que va hacia el uso está figurada en el “me alimento de una fuente distinta de mí”, de un objeto que, es esperable, pueda utilizarse sin que “haya efectos sobre mí”. La capacidad de usar un objeto que implica el pasaje al principio de realidad, se logra también vía aportación ambiental.

El pasaje de la relación de objeto al uso significa colocar al objeto fuera, bajo la forma de la destrucción. Winnicott establecerá la siguiente secuencia “¡hola, objeto!”, “te destruí”, “te amo”, “mientras te amo te destruyo constantemente en mi fantasía inconsciente”. Aquí comienza la fantasía que alimenta pero también engorda y por lo tanto produce deshechos, es decir, aquella que está sostenida en un objeto separado reconocible como tal, que se encuentra en el mundo más allá pero no más acá de la alucinación y la proyección. La proyección

colabora en el acto de percibir qué hay ahí, pero no es la razón de que el objeto se encuentre ahí.

En este punto debemos agregar que es tan necesario que el sujeto cree el objeto para alcanzar la exterioridad, como que el objeto en su cualidad de factor ambiental sobreviva, es decir no sea retaliativo.

Volviendo a la situación fija: ¿Cuál es la importancia del momento de vacilación?

Por un lado, diremos que el objeto es tomado por el niño cuando pasa de ser “encontrado” a ser “creado”. No lo agarra hasta que no sea suyo, es decir, ingrese en un campo de fantasía que lo saque de la realidad “en crudo”.

Por otro lado, la vacilación, que es angustia ante algo, puede ser tematizada con un ambiente que explota, que no aguanta el impulso, ambiente retaliativo. La vacilación es la puesta a prueba del medio que facilita o no, avanzar hacia el objeto.

Uno de los aspectos, aunque planteado como lateral, del dispositivo, es el terapéutico. Nos permitiremos un breve rodeo sobre el valor de psiquesoma antes de exponer dos viñetas clínicas.

El infans se enfrenta potencialmente a determinadas agonías específicas primitivas: deshacerse, no habitar lo píquico en el cuerpo, no tener un mundo objetual. En verdad no debe enfrentarse a ello sino fugazmente si la función hace allí su trabajo de sostén, manipulación y presentación de objeto en un camino general hacia la integración.

¿Qué es el sostén? Ese hacer del otro materno que reúne con los brazos partes del cuerpo y funciones del niño, que orienta con la voz al bebé en medio de los múltiples sonidos del mundo y que con su presencia garantiza que a lo largo de los momentos del día y a lo largo de los días, él sigue siendo él (sostén temporal).

¿Qué es la manipulación? Un hacer sobre el cuerpo del infante que bordea la piel, los agujeros corporales, que levanta y acuesta y abraza y lleva de lo mojado a lo seco y de lo frío a lo caliente y del malestar al bienestar en una continuidad tal que el cuerpo se vuelve un lugar confiable para que la psique lo habite y le ofrezca a cada uno de los eventos (tragar, escupir, excretar, patear, incorporarse, etc.) una escena de fantasía. Podemos entonces ver como se tejen organismo y psique en una trama que Winnicott llamará personalización.

A veces esa radicación de la psique en el soma es lábil o incierta y cuando el funcionamiento no se da en conjunto, el yo se debilita y el cuerpo padece determinados fenómenos. Se multiplica la acción de la escisión.

Es sumamente interesante el desarrollo que Winnicott hace de la enfermedad psicósomática y de las dificultades de su abordaje subrayando al mismo tiempo el valor positivo que ella tiene. La persistencia de la enfermedad psicósomática, el débil nexo del psiquesoma que la caracteriza, la escisión mental como defensa contra un mundo persecutorio y repudiado es, al mismo tiempo el último bastión frente a una huida hacia una existencia lejos del cuerpo, intelectualizada o, por ejemplo, hacia el ejercicio compulsivo de una sexualidad que no escucha los reclamos de la psique. La enfermedad psicósomática como la tendencia antisocial tienen en el horizonte abierta la esperanza de encontrarse con lo que la escisión ha cortado: la unidad psiquesoma en el primer caso; la dependencia en el segundo. Hecha esta introducción nos gustaría leerles dos viñetas clínicas breves con las que Winnicott ilustra el aspecto terapéutico del dispositivo y reflexionar sobre los resortes de esas “curas”.

El primer caso es el de una niña que vio en el hospital diez años antes del presente trabajo (1931), durante ocho meses a causa de una alteración de la alimentación.

El segundo pertenece a una niña de siete meses, Margaret, que consulta por problemas respiratorios.

“Se trataba de una niña pequeña que llevaba seis u ocho meses acudiendo a mi consulta debido a una alteración

nutritiva, probablemente iniciada por una gastroenteritis infecciosa. El desarrollo emocional de la niña se había visto turbado por esta enfermedad: estaba irritable, insatisfecha, propensa al vómito después de ingerir alimentos. Dejó de jugar y a los nueve meses no sólo sus relaciones con la gente eran del todo insatisfactorias, sino que, además empezaba a padecer convulsiones que, a los once meses eran ya frecuentes.

A los doce meses las convulsiones eran de mayor cuantía y se seguían de un estado soñoliento. Empecé entonces a verla con intervalo de pocos días, dedicándoles veinte minutos de atención personal, de modo parecido de lo que hoy llamo situación fija, pero sentando a la pequeña sobre mi propia rodilla.

En una consulta, mientras la estaba observando, hizo un intento furtivo de morderme los nudillos. Tres días más tarde me mordió los nudillos tres veces, con tanta fuerza que casi me levantó la piel. Luego arrojaba los bajalenguas al suelo, sin dejar de llorar como si verdaderamente fuese desgraciada. Al cabo de dos días estuvo sobre mis rodillas durante media hora. Había padecido cuatro convulsiones en los dos días anteriores. Al principio lloró como de costumbre. Volvió a morderme los nudillos con gran ensañamiento sin mostrar sentimientos de culpabilidad, luego se puso a jugar a algo, que consistía en morder los bajalenguas y arrojarlos a lo lejos. Empezó a ser capaz de disfrutar de sus juegos. Al cabo de un rato empezó a manosearse los dedos de los pies.

La madre me dijo que desde la última consulta la pequeña era una "niña diferente". No solo no había sufrido ninguna convulsión sino que dormía bien y estaba contenta durante el día. Catorce días después se le dio el alta".

La gastroenteritis ingresa del exterior de manera intrusiva, interrumpiendo un proceso de envoltura fantasmática de la función de comer. Esa comida que era para desear, para tragar, para atacar amorosamente, para satisfacer se convierte en algo que la deja insatisfecha, que la ataca por dentro, ahí donde estaba "tragar" se instaló "vomitar". Una función queda escindida, función sobre la que asentaba la confianza en los otros, garantía del jugar. La niña se "saca" por la convulsión que prolifera. Eso sacado, en un funcionamiento automático es la ocasión para que el ambiente responda de una manera tal que haya chance para su reintegración.

El pequeño escenario que se le ofrece tiene lo que hace falta: un otro medio ambiente no reactivo sobre el que ejerce una devoración impiadosa, otro cuya continuidad reanuda lo que fue interrumpido por la gastroenteritis. La niña recupera "morder", la agresividad sin odio perdidos por la aparición del objeto retaliativo. Luego los bajalenguas arrojados de sí permiten un juego que concluye en el reencuentro con su cuerpo, acariciándose los pies.

Esta experiencia completa le permite el rescate de la función disociada, su reintegración.

"Margaret, una niña de siete meses, me es traída por su madre porque la noche anterior a la consulta ha respirado dificultosamente ... es una niña feliz, duerme bien, come de todo, tiene una excelente relación especialmente con su padre. Tiene una hermana que le lleva dieciséis meses con la que juega.

La madre explica que ella misma padeció asma al quedar embarazada de la pequeña cuando la otra tenía siete meses. La abuela empezó a sufrir asma cuando comenzó a tener hijos.

Preceden al asma el sueño agitado, despertándose con gritos y temblores y la succión de los dedos compulsiva y angustiada y una ligera tos.

Puse un bajalenguas con el que la niña se interesó inmediatamente. Lo miró, se quedó suspirando durante cinco minutos, durante los cuales tiene la primera crisis de asma. Finalmente lo toma, no se decide llevárselo a la boca, hasta que al ver que nosotros seguíamos igual que antes, aparece el flujo de saliva

y varios minutos de una disfrutada experiencia bucal.

En la segunda consulta hay nuevamente un momento de vacilación y cuando se pone el bajalenguas en la boca aparece un pico de ansiedad y ruidos mientras los muerde. Pronto lo deja caer y al serle devuelto juega con enorme excitación, satisfecha y pateando. Pareció querer que la pusieramos en el suelo mostrándose satisfecha y jugando con los dedos de los pies.

En ambas ocasiones el broncoespasmo se produce en la fase de vacilación. Cuando cobra confianza lo pone en la boca y fluye la saliva, el asma cesa."

Aquí no es tan claro lo que irrumpe en el campo de la creatividad rutinaria (amenaza de un hermanito que desestabilizaría los intercambios logrados?). También la continuidad existencial está en riesgo: alteración del sueño, succión compulsiva, tos, jadeo donde en la otra niña estaba la convulsión. El arco aspirar - expirar y su baño fantasmático correspondiente vira de gesto espontáneo a compulsión.

---

#### BIBLIOGRAFÍA

WINNICOTT, Donald: "Observación de niños en una situación fija" (1941) - Escritos de Pediatría y Psicoanálisis - editorial Laia .

WINNICOTT, Donald: "La tolerancia de síntomas en pediatría" (1953) - Escritos de Pediatría y Psicoanálisis - editorial Laia.

WINNICOTT, Donald: "Desarrollo emocional primitivo" (1945) - Escritos de Pediatría y Psicoanálisis - editorial Laia.

WINNICOTT, Donald: "Objetos y fenómenos transicionales" (1951) - Escritos de Pediatría y Psicoanálisis - editorial Laia.

WINNICOTT, Donald: "El trastorno psicossomático" (1964) - Exploraciones Psicoanalíticas I - editorial Paidós

WINNICOTT, Donald: "Sobre el uso de un objeto" (1968): "El uso de un objeto" y "El relacionarse mediante identificaciones" - Exploraciones Psicoanalíticas I - editorial Paidós.

KLEIN, Melanie: "Orígenes de la transferencia" (1958) - Obras Completas - editorial Paidós.

KLEIN, Melanie: "Notas sobre algunos mecanismos esquizoides" (1947) - Obras Completas editorial Paidós.

LITTLE, Margaret: "Sobre la transferencia delusional" (1981) - International Journal of Psycho-analysis.