



UNIVERSIDAD
DE LA REPUBLICA
URUGUAY



Facultad de
Psicología
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

Universidad de la República

Facultad de Psicología

Tesis para optar por el título de Magíster en Psicología Clínica

TÍTULO DE LA TESIS:

Características del vínculo terapéutico en la clínica infantil actual

Autora: Lic. Sindy Janavel

Directora de tesis y Directora Académica: Prof. Dra. Alicia Muniz

Montevideo, Junio 2019

A mi compañero Mauro, por estar siempre desde su comprensión y calidez, a lo largo de todo el proceso de la tesis.

A mis padres y hermanas, que han estado para apoyarme en este camino que decidí emprender.

A mi tutora Alicia, por su paciencia y confianza en mí.

Índice

| | |
|--|------------|
| Introducción..... | 7 |
| Cap. I Antecedentes..... | 10 |
| 1.1. Fundamentación..... | 22 |
| Cap. II Marco Teórico | |
| 2.1. Conceptualización entorno a la infancia hoy..... | 23 |
| 2.1.1. Pensando la infancia desde el Psicoanálisis..... | 25 |
| 2.2. Transferencia en la clínica infantil..... | 27 |
| 2.3 . El vínculo..... | 32 |
| Cap. III Desarrollo de la investigación | |
| 3.1. El Problema de la investigación..... | 37 |
| 3.2 Preguntas de la investigación..... | 38 |
| 3.3. Objetivo general..... | 39 |
| 3.5. Objetivo específico..... | 39 |
| 3.6. Metodología..... | 40 |
| 3.7. Unidades de análisis..... | 42 |
| Cap. IV Desarrollo del Análisis..... | 113 |
| 4.1. Clínica infantil actual. | |
| 4.1.1 Percepción de la infancia..... | 113 |
| 4.1.2 Características de los niños que consultan y sus demandas..... | 116 |
| 4.1.3 Lugar del sufrimiento..... | 121 |
| 4.1.4 Dispositivos utilizados y técnicas de intervención..... | 125 |

| | |
|---|------------|
| 4.2. Vínculo terapéutico. | |
| 4.2.1 Denominación..... | 127 |
| 4.2.2 Características del vínculo..... | 130 |
| 4.2.3 Efectos del trabajo en el terapeuta de niños..... | 135 |
| 4.3. Coprotagonistas de la psicoterapia con niños. | |
| 4.3.1 Lugar de la familia..... | 137 |
| 4.3.2 Lugar de la escuela..... | 138 |
| 4.3.3 Prestadoras de salud..... | 141 |
| 4.3.4 Otras terapéuticas simultáneas..... | 142 |
| Cap. V Discusión final..... | 145 |
| 5.1 Aportes a la psicología..... | 148 |
| Cap. VI Consideraciones éticas..... | 149 |
| Referencias bibliográficas..... | 150 |
| Anexos | |
| Consentimiento informado..... | 158 |
| Guion de entrevista..... | 161 |
| Entrevista Gisela Untoiglich..... | 166 |

Resumen

El tema propuesto para esta tesis es caracterizar el vínculo terapéutico en la clínica infantil actual. Su interés reside en la influencia del vínculo en el tratamiento en tanto promotor de resultados.

Esta tesis se basó en un estudio cualitativo que analizó trece entrevistas en profundidad realizadas a profesionales de la psicología clínica, con más de veinte años de experiencia en el trabajo con niños.

El marco de referencia teórico que se utilizó fue el del Psicoanálisis de niños, con especial énfasis en el Psicoanálisis de las Configuraciones Vinculares, para trabajar la noción de *vínculo terapéutico*.

Los resultados a los que se arribó tanto desde los referentes teóricos como de las entrevistas realizadas dan cuenta de la importancia del vínculo como promotor de buenos resultados en el proceso terapéutico.

Palabras clave: Infancia - Clínica Infantil - Vínculo terapéutico.

Summary

The theme proposed for this thesis is the characterization of the therapeutic relationship in the current children's clinic. Its interest lies in the influence of the relationship in the treatment as a promoter of results.

This thesis was based on a qualitative study that deeply analyzed thirteen interviews with professionals in clinical psychology, with more than twenty years of experience working with children.

The theoretical frame of reference that was used was the Psychoanalysis of children, with special emphasis on the Psychoanalysis of Bonding Configurations, to work on the notion of therapeutic relationships.

The results that were obtained, both from the theoretical references and the interviews performed, show the importance of the relationship as a promoter of good results in the therapeutic process.

Key words: Childhood - Children's Clinic - Therapeutic relationship.

Introducción

El objetivo de la presente tesis fue determinar la forma en que los terapeutas caracterizan al encuentro entre terapeuta y paciente niño.

En este sentido, el planteo comenzó con la búsqueda de antecedentes, de los cuales se pudo apreciar que en Uruguay no se encontraron estudios al respecto sobre el vínculo del terapeuta con el niño en general.

La búsqueda de antecedentes se realizó tanto a nivel nacional como internacional, destacándose en los mismos el lugar del vínculo como benefactor del proceso terapéutico.

Investigar sobre el vínculo ha llevado a cuestionarse que el modelo clásico de psicoanálisis ya no resulta por sí sólo suficiente, teniéndose que ampliar la mirada de este, ya no centrada en lo intrapsíquico, sino que pasa a tomarse en consideración lo intersubjetivo y transubjetivo.

Poder conocer acerca del vínculo que se produce entre el terapeuta y el paciente niño facilita el desarrollo del proceso terapéutico.

De los hallazgos de los antecedentes se percibe el uso indistinto del concepto de *vínculo* y el de *alianza terapéutica*. Ambos asociados a la *transferencia* que se produce en el encuentro. Se destaca del vínculo la asimetría entre el terapeuta y el paciente niño.

El marco teórico del presente trabajo incluyó autores clásicos y referentes actuales en articulación con autores con perspectiva vincular del psicoanálisis. Se comenzó por definir la infancia y su articulación con el psicoanálisis. Posteriormente se definió la transferencia en la clínica infantil y por último se abordó la noción de vínculo, realizándose un breve recorrido histórico, para posteriormente caracterizarlo.

La metodología utilizada fue cualitativa, y tomó como muestra trece entrevistas a profesionales con más de veinte años de trabajo en la clínica, para lo cual se les realizaron entrevistas en profundidad a efectos de que pudieran dar cuenta de los cambios a los que se han visto enfrentado en la clínica.

Se contó también con la colaboración de la Dra. Gisela Untoiglich, quien desde su mirada sobre el trabajo con niños ha realizado importantes aportes en esta investigación.

Se construyó el problema acerca de la caracterización del vínculo terapéutico en la clínica infantil y el lugar que se le da en el proceso. Se tomó en cuenta además, las demandas actuales a los psicoterapeutas en diversos ámbitos dentro del sistema de salud.

Para el abordaje se plantearon las siguientes preguntas de investigación: ¿qué niño es el que tenemos hoy en el consultorio?, ¿cuáles son sus motivos de consultas?, ¿han cambiado estos y en qué sentido?, ¿qué instituciones integra y cómo incide ello en la demanda?, ¿cómo inciden en el vínculo terapéutico?, ¿qué características tiene la participación de los adultos referente en el tratamiento con niño?, ¿cómo es el vínculo que se genera entre el terapeuta y el niño?, ¿desde qué lugar y forma se percibe a estos niños y al sufrimiento de los mismos?. Estas cuestiones guiaron la entrevista con los expertos.

Se planteó como objetivo general: “Caracterizar el vínculo terapéutico en la clínica infantil a partir del discurso de terapeutas”, y como objetivos específicos: “Describir la clínica infantil actual desde la concepción de los terapeutas entrevistados. Caracterizar el tipo de demanda psicológico y los dispositivos de intervención en torno a dichas demandas. Describir el rol de la familia en los tratamientos en la infancia. Indagar las concepciones sobre vínculo terapéutico que tienen los terapeutas entrevistados. Determinar los efectos que producen en el terapeuta, el trabajo con niños”.

Para el mismo se empleó la metodología cualitativa, a partir de un estudio exploratorio basado en el discurso de los profesionales. Luego se establecieron las siguientes unidades de análisis, ellas son:

- 1) La clínica infantil actual: percepción de la infancia, características de los niños que consultan y sus demandas: el lugar del sufrimiento; los dispositivos utilizados y las técnicas de intervención.
- 2) El encuentro terapéutico: sus denominaciones y características así como también los efectos del trabajo en el terapeuta de niños.
- 3) Y por último los coprotagonistas de la psicoterapia con niños que incluyen el lugar de la familia, de la escuela, las prestadoras de salud y otras terapéuticas simultáneas.

Una vez realizadas las categorizaciones, el análisis de las mismas, tuvo como objetivo hacer dialogar la información recabada de las diferentes entrevistas con el marco teórico y los antecedentes, así como también responder a las preguntas y objetivos previamente planteados. Concluyendo que el vínculo conforma un pilar clave para el proceso terapéutico.

Por lo antes expresado se considera que la caracterización del vínculo constituye un aporte a la conceptualización del vínculo terapéutico en la clínica infantil.

Asimismo, se espera haber contribuido a la formación de los futuros psicoterapeutas.

Se espera haber realizado un aporte en las políticas de salud mental, mediante la formación continua de los recursos especializados, como son los terapeutas que trabajan el Sistema Nacional Integrado de Salud.

I. Antecedentes

La presente tesis indaga las características del vínculo terapéutico en la clínica infantil, teniendo en cuenta las particularidades de la consulta actual.

Se intentó tomar las conceptualizaciones de producciones científicas relacionadas con la temática en el país, la región y a nivel internacional desde diferentes perspectivas; se observó que cada vez más lo intersubjetivo va ejerciendo un lugar preponderante en los resultados de los procesos terapéuticos, desde diferentes corrientes teórico- técnicas.

En los antecedentes hallados se encontró el uso indistinto del concepto de *vínculo terapéutico* y el de *alianza terapéutica*, por lo cual fue necesario abordar conceptualizaciones de ambos términos.

En Uruguay no se encontraron investigaciones específicas que hablen del vínculo terapéutico en la clínica infantil.

Ávila et al., (2002), en su artículo *Psicoanálisis Relacional*, trabajaron desde la perspectiva relacional/intersubjetiva/vincular en psicoanálisis. A partir de la experiencia, plantea un nuevo terreno: el de la intersubjetividad, alejándose del modelo de psicoanálisis clásico. Para ello se realiza una revisión de los diferentes conceptos. Dicha perspectiva implica pensar el interjuego entre “los mundos subjetivos del paciente y del analista” (Andrade y otros, 2002, p. 1) lo cual podría ser comprendido desde una posición vincular al respecto. Se busca que el paciente adquiera un conocimiento sobre su “actividad estructurante inconsciente” (Andrade y otros, 2002, p. 1) en una relación intersubjetiva.

De la concepción del paciente como una “mente aislada” con pulsiones (infantiles) en conflicto, que el terapeuta debía abstenerse de satisfacer, hemos ido pasando a una concepción del psiquismo constituido en el interjuego estructurante entre el infante y su cuidador y en consecuencia el paciente y el analista”. (Andrade y otros, 2002, p. 157)

De esta forma, concluye que las propuestas intersubjetivas y vinculares permiten una mayor flexibilidad en cuanto a la técnica.

Asimismo, Andrade (2005) en su artículo *Alianza terapéutica*, refiere que la misma ha sido objeto de varias investigaciones. Sin embargo, el objetivo de su trabajo fue proporcionarles a los psicólogos una visión respecto a la misma, a partir de la concepción de

Bordin (1979) sobre alianza: "Bordin (1979) definió la alianza terapéutica como el elemento relacional de carácter activo propio de todas aquellas relaciones que pretenden inducir un cambio. Su formalización incluye la presencia de tres componentes o dimensiones" (Andrade, 2005, p. 13). Estos componentes son: el vínculo, los acuerdos entre paciente y terapeuta respecto a los objetivos propuestos, y el acuerdo entre paciente y terapeuta respecto a las actividades a desarrollarse en la psicoterapia. El autor además buscó dar cuenta de su relación con el resultado final de la psicoterapia.

Andrade concluye que la alianza terapéutica es importante en el desarrollo psicoterapéutico, así como en los resultados. La misma ha adquirido desde las diferentes escuelas un lugar preponderante, por lo que propone profundizar sobre la alianza terapéutica en futuras investigaciones.

La autora argentina Sara Baringoltz (2005), en su artículo *Aportes cognitivos a la visión del terapeuta y del vínculo terapéutico*, definió la relación terapéutica a lo largo de la historia a partir de diferentes tipos de alianzas.

Destacó la importancia del tratamiento a partir del establecimiento de confianza, rapport, colaboración, transferencia y contratransferencia. Para Baringoltz (2005) son igualmente importantes el terapeuta y el vínculo establecido en el desarrollo de la psicoterapia. Para su investigación tomó distintos tipos de psicoterapia desde diferentes corrientes teóricas (cognitivas, conductual, gestalt y psicoanalítica) a fin de pensar el lugar de la alianza en cada una de ellas. Comenzó por realizar un desarrollo histórico del concepto de alianza desde autores como Freud, Ferenczi, Mitchell, Bordin y Luborsky, entre otros. Dentro de los principios básicos para que se efectúe el cambio, la autora destaca las características del terapeuta (generar confianza, aceptación, reconocimiento, colaboración) y propone que todo terapeuta debe articular la teoría, la aplicación clínica y el trabajo. "La terapia es conducida por personas y la relación terapéutica es el vehículo para llegar a las metas" (Baringoltz, 2005, p. 9).

Asimismo, Elvira y Arias (2010) en su artículo *Alianza terapéutica y su relación con las variables de apego del terapeuta y del consultante* llegan a la conclusión de que la seguridad del apego favorece la alianza terapéutica. Este apego puede caracterizarse como evitativo, seguro o ansioso. Por lo tanto, se piensa a la alianza terapéutica como un factor de cambio terapéutico.

Señalan que las relaciones tempranas son una base para las relaciones posteriores, incluida la relación terapéutica.

Waismann y Roussos (2007) resaltaron la atención que en el último tiempo ha recibido la alianza terapéutica en la psicoterapia y realizaron un recorrido de su origen y desarrollo.

Tomaron los aportes de la transferencia de Freud y de alianza terapéutica de Sterba (1934). Asimismo, incorporaron las ideas de Zetzel (1956), quien nombró el concepto de alianza por primera vez, y siguieron la línea de pensamiento de Bordin (1979).

Señalan que la alianza se encuentra determinada por la relación que se establece entre paciente y terapeuta, así como también por la tarea y las metas de la terapia.

Los autores concluyen que “la calidad de la alianza terapéutica predice los resultados de los tratamiento psicoterapéuticos” (Waismann y Roussos, 2007, p. 145) y destacan que se carece de investigaciones sobre la importancia de ésta y su efectividad en el tratamiento.

Botella y Corbella (2009) en *Alianza terapéutica evaluada por el paciente y mejora sintomática a lo largo del proceso terapéutico*, resaltan el lugar de la alianza terapéutica desde el enfoque de Bordin. Manifiestan que “La mayoría de las investigaciones encuentran una relación significativa entre la alianza y el resultado final de la psicoterapia”. (Botella y Corbella, 2009, p. 22). Esta investigación estudió la relación entre la alianza desde la evaluación del paciente y la mejora en los síntomas.

Como instrumento de evaluación de los resultados de los síntomas, se utilizaron el CORE¹ (cuestionario de evaluación de resultados), por considerarse un dispositivo breve en la evaluación de servicios de psicoterapia de pacientes. Este método se emplea con éxito en el Reino Unido.

La alianza terapéutica fue evaluada a través del (WATOCI)² a partir cuatro subescalas: acuerdo en tareas, acuerdo en objetivos, vínculo positivo y teoría del cambio.

Llegan a la conclusión que si bien la alianza terapéutica es un elemento necesario para el cambio, así como para mejorar la sintomatología no es suficiente por sí solo.

Santibañez y otros (2009), evalúan la relación de la psicoterapia individual en relación a la alianza terapéutica mediante el instrumento Outcome Questionnaire (OQ-45.2) de De la Parra y Von Bergen y del *Working Alliance Inventory* (Inventario de Alianza de Trabajo, IAT-

1 CORE: Clinical Outcomes in Routine Evaluation

2 WATOCI. Working Alliance Theory of Change Inventory

P). Llegan a la conclusión de que los pacientes evalúan de forma positiva a la alianza, como propiciadora de cambio, lo que disminuye la sintomatología.

En el ámbito de la psicología cognitiva, el trabajo de Gómez (2010) *La Relación terapéutica en terapia Cognitiva*, aborda la psicoterapia a partir de la relación paciente-terapeuta, y dentro de esta, adquiere principal importancia el concepto de alianza terapéutica desde la concepción de Bordin. Destacó también que para los resultados terapéuticos es importante el lugar que ocupa la relación establecida. Consideró que basarse únicamente en la técnica ya no resulta suficiente y resaltó el lugar de la relación terapéutica.

El autor concluye: “En síntesis, es posible afirmar que la calidad de la relación es tanto un producto del éxito terapéutico, como la condición de posibilidad de los resultados beneficiosos” (Gómez, 2010, p. 15). Una buena relación supone lograr un equilibrio óptimo entre el apoyo o sostén del paciente y el estímulo para la promoción de cambios, el enfrentamiento de las situaciones difíciles y el aliento para reorganizar la experiencia hacia un mayor bienestar.

Etchevers, Martin y otros (2010) en su artículo *Relación terapéutica y su importancia en la psicoterapia*, estudiaron la relación terapéutica desde la concepción de *alianza terapéutica*, definiéndola a partir de la relación establecida entre terapeuta y paciente. Denomina “alianza terapéutica” a la relación entre terapeuta y paciente. La falta de ajuste a nivel emocional (empatía), puede producir una ruptura de la relación. Piensa dicha relación a partir de los aportes de Freud, Winnicott, Zetzel, Hartley, Bordin, entre otros.

A partir de los aportes de Sigmund Freud sobre la transferencia en Psicología del Yo (1920) y la corriente impulsada por Anna Freud, se genera el contexto en el que nace el concepto de alianza terapéutica.

Por un lado, Zetzel (1956) diferencia transferencia de alianza, siendo esta última la que favorece el insight en el paciente y la interpretación del terapeuta. Por otro lado, Hartley (1985) habla de la alianza terapéutica como una relación compuesta por la “relación real” (vínculo terapeuta-paciente) y la “alianza de trabajo” (capacidad de trabajar conjuntamente).

Esta autora también se basa en las concepciones de Bordin.

Asimismo mencionan a Luborsky (1976), quien diferenció una alianza "de tipo uno" que se produce al inicio, en “la sensación del paciente de contar con el apoyo del terapeuta”

(Luborsky, 1976, p. 50), de otra "tipo dos", que se desarrolla posteriormente y se da a partir de las sensaciones creadas conjuntamente.

Otro de los autores que toman los mismos es a Winnicott, (1956) comenzaba paralelamente a realizar modificaciones al dispositivo terapéutico a partir de las necesidades del paciente, específicamente incluyendo a la relación terapéutica clásica en el *setting*.

Safran (2003) referenciado por Etchevers Martin y otros (2010), aborda la alianza desde sus rupturas, a partir de tensiones producidas entre pacientes y terapeutas, las cuales se buscó posteriormente negociar a efectos de no interferir en el logro de la colaboración de ambas partes, para la obtención de buenos resultados.

Continúa su investigación expresando "la calidad de la alianza terapéutica se relaciona con el resultado de la psicoterapia con independencia del tipo de tratamiento" (Safran, 2003, p. 50).

Llegan a la conclusión de que si bien se ha destacado la importancia de la alianza terapéutica, continúa aún en un plano meramente descriptivo, existiendo escasas investigaciones al momento.

En España, María Dolores J. Díaz-Benjumea (2011) en *Fundamento del cambio en psicoterapia psicoanalítica, la interpretación, el vínculo y el análisis del vínculo*, enfatiza en tres factores que promueven el cambio: la interpretación, el vínculo terapéutico y el análisis de los procesos transferencia- contratransferencia. Para producir dicho cambio se requiere de autoconocimiento, en donde la interpretación ya no es impuesta por el terapeuta, sino que se construye a través del dialogo conjunto.

Dicha autora señala que al vínculo se le ha ido reconociendo como un catalizador del cambio.

El vínculo debe otorgar al paciente objetos identificatorios para producir movimientos en su pensar y sentir. Refiere que el vínculo viene a complementar, aquello de lo que el paciente careció.

La autora toma los aportes de Bleichmar, (1996) según los cuales tanto la interpretación como el vínculo se complementan para producir cambios.

El vínculo produce cambios por el solo hecho de estar viviéndose de una nueva forma. El mismo debe otorgar contención, validación, empatía y honestidad, así como también reconocimiento por parte del terapeuta de sus dudas y límites.

Por último, el análisis del vínculo pensado desde la transferencia y contratransferencia, activa afectos y creencias sobre el encuentro de ambos psiquismos.

Quezada Zevallos (2011), en Perú, habla del vínculo terapéutico desde el modelo vincular madre-niño a partir de los aportes de Pichon-Riviére. Define al vínculo con un comienzo simbiótico, que produce en el bebé una diferenciación psíquica y mental de su madre, quien otorgara significado “a su cuerpo, sus emociones y sus conocimientos” (Quezada Zevallos, 2011, p. 125).

Caracteriza a este vínculo como dinámico e interactivo, compuesto por un inicio, un desarrollo y un contexto en el que se produce.

Dicha autora parte de la noción de vínculo como “unión o atadura de una persona o cosa con otra” y define a lo vincular, asociado a atar, fundar, perpetuar, continuar, sujetar y asegurar. (Quezada Zevallos, 2011, p. 126).

Quezada (2011) plantea que el vínculo terapéutico se funda en la interacción entre paciente y terapeuta, el cual se encontró condicionado por la “historia vincular del paciente y por otros aspectos, como el modo en que el terapeuta lo trata”.

Concluye que el vínculo es producto de la creación en el espacio terapéutico, en el cual juegan un papel importante tanto la transferencia como el encuadre. Este texto será importante para la presente tesis, por el lugar que tiene la creatividad del vínculo terapéutico, así como también por su enfoque teórico desde Klein y Bowlby.

En Chile, Fossa (2012) en su artículo *Obstáculos del proceso terapéutico: una revisión del concepto de vínculo y sus alteraciones* propone al vínculo como el responsable del cambio en la psicoterapia. Para ello analiza la evolución del concepto *vínculo terapéutico*, diferenciándolo del de *alianza terapéutica* y *fenómeno transferencial*, los cuales también juegan un papel preponderante en el proceso terapéutico, al igual que el vínculo.

En el ser humano, el vínculo se establece en principio con sus padres, como producto de una necesidad, que puede llegar a generar una patología o una persona sana.

Plantea la necesidad de todo ser humano de generar vínculos, lo cual influirá directamente en su psiquismo y permitirá crear estructuras cognitivas para que el sujeto se enfrente a diversas situaciones.

Denomina a la experiencia relacional como vínculo terapéutico, lo cual es objeto de estudio por parte de varios investigadores que buscan dar cuenta del cambio que se produce en la psicoterapia. Dicho autor toma los aportes teóricos de Safran & Muran:

El éxito de todo tratamiento psicoterapéutico depende del establecimiento de un vínculo terapéutico o de la resolución de las rupturas vinculares, así como un adecuado vínculo terapéutico puede asegurar el éxito del tratamiento y por el contrario, un vínculo débil puede llevar al fracaso del proceso (Safran & Muran, 2000, p. 103).

Otro autor que al que alude Fossa (2012) es a Sterba (1934) y sus aportes respecto a la alianza terapéutica, del cual destaca la transferencia. Sterba (1934) considera que la transferencia debe ser comparada con el vínculo terapéutico para poder entenderla. Por otra parte, Etchegoyen (1997) enfatiza en la interpretación transferencial, diferenciando el concepto de alianza terapéutica del de transferencia.

Zetzel (1956) es otro de los referentes teóricos de Fossa para pensar la alianza terapéutica, que habilita al *insight* y a las interpretaciones producidas por el terapeuta.

Fossa (2012) toma la definición de vínculo de Horvarth y Luborsky (1993): “Se refiere a la compleja red de conexiones entre el paciente y el terapeuta que incluye la mutua confianza y aceptación” (Horvarth y Luborsky, 1993, p. 109), subrayando que la calidad del vínculo se encuentra determinada por lo emocional, lo cual influye en el proceso terapéutico.

Ubica al vínculo como un fenómeno más de la relación terapéutica como lo son también la alianza y los fenómenos transferenciales.

Señala:

En este trabajo entendemos el vínculo terapéutico como un proceso relacional real y permanente, que se expresa como una ligadura emocional estable entre paciente y terapeuta (Berenstein 1991) que se construye y reconstruye constantemente, a partir del cual depende el éxito del proceso psicoterapéutico (Sandler 1993). Este fenómeno terapéutico fluctúa en calidad e intensidad constantemente a lo largo del proceso (Fossa, 2012, p. 110).

Desarrolla diferentes formas de ligazón afectiva desde lo intrasubjetivo, intersubjetivo y transubjetivo del sujeto. Lo intrapsíquico refiere a las relaciones con el objeto interno, pero que pueden modificarse a través de la experiencia del sujeto. Lo intersubjetivo son las ligaduras, uniones entre dos objetos y lo transubjetivo refiere a ligadura de representaciones de índole política religiosa, etc.

Finalmente, concluye resaltando la importancia del vínculo, el que ocupa un lugar privilegiado en el éxito de la psicoterapia.

Junyent (2012), plantea en *El vínculo terapéutico una relación significativa*, que a nivel de la clínica se vivencia un cambio fundamental, el cómo afecta el compromiso personal del terapeuta en la calidad del vínculo, que trasciende el mero uso de técnicas y de fundamento teórico. Dicho autor toma postura desde la escuela humanista y resalta la calidad de la relación con el terapeuta. Refiere a la alianza terapéutica como fundamental para el éxito en el tratamiento. En dicha alianza se localiza en el terapeuta las destrezas necesarias para poder reparar las rupturas que se producen. Concluye con los conceptos de Joan Coderech (2010): “Es más bien como el artista, que en sus producciones o interpretaciones pone, además de conocimientos, habilidades y buena praxis, el alma” (p. 7). Es decir, el proceso terapéutico requiere de un trabajo artesanal que se va moldeando a partir de la alianza con el otro, en el cual se ubica al terapeuta desde un lugar de implicación.

En Argentina, Molina y otros (2013), abordan el vínculo terapéutico desde una perspectiva dialógica y desde el micro proceso.

“Desde el modelo dialógico es posible abordar el vínculo terapéutico como un proceso relacional y una experiencia emocional que es co-creada, ocurre y transcurre entre dos subjetividades” (Molina y otros, 2013, p. 16). Se destaca la evolución de la relación terapéutica a través del diálogo de ambos involucrados y su construcción de significados que se pueden apreciar en la metodología de micro-proceso a través del dialogo consigo mismo y con los otros. Para pensar estas dinámicas toman en cuenta lo intersubjetivo y lo cultural.

Dichos autores hablan de la relación terapéutica para dar cuenta de los efectos que producen los diferentes procedimientos realizados. La terapia clínica de carácter individual da cuenta de una relación asimétrica que persigue un interés entre quienes la conforman, no obstante se espera que el consultante desarrolle “nuevas ideas, conductas y sentimientos, que perciba como facilitadores para su vida y permita resolver las dificultades que lo han llevado a consultar” (Molina y otros, 2013, p. 15).

Es decir, el vínculo se conforma a partir de una tarea común y de las necesidades de sus integrantes. Refieren al término de alianza terapéutica y lo diferencian de los fenómenos transferenciales. La alianza terapéutica se encuentra conformada por tres componentes: el acuerdo del objetivo, la tarea y el vínculo.

Respecto a al vínculo refieren:

El vínculo como el aspecto de la alianza de cualidad más afectiva y de significado personal para cada actor, comprende un entramado complejo entre paciente y terapeuta que incluye la confianza y

aceptación mutua y que determina el tono emocional que se comparte en dicha relación (Molina y otros, 2013, p. 16).

Este vínculo se produce a partir de los efectos que genera un otro, atribuyéndole significados y sentido a las diferentes experiencias.

Desde un enfoque dialógico, pensar el vínculo terapéutico supone para estos autores comprender la relación y las emociones que se despiertan en cada uno de estos sujetos. Asimismo, el vínculo también aparece determinado por la variable temporalidad.

La interacción depende de sus integrantes, desde donde se aprecia su intersubjetividad. Para poder generarse un vínculo se requiere de comprensión.

La construcción de sentido requiere de la creación de significados que se realizaran a través de la metodología de microproceso, en donde se aborda el vínculo terapéutico en las diferentes dimensiones que comprenden al proceso. Para ello, en este caso se realiza un análisis semiótico focalizándose en los signos.

Molina y otros (2013), concluyen diciendo: “La terapia, que es preponderadamente un acontecimiento de encuentro y de comunicación humana, es en la misma medida un proceso regulado culturalmente” (Molina y otros, 2013, p. 26).

Otro trabajo de investigación al respecto, es el de Bruno (2014), quien en su tesis de maestría *Significación del motivo de consulta en padres con hijos en entrevistas iniciales para atención*, buscó describir por qué consultan y qué expectativas tenían los padres respecto a la atención psicológica, siendo de interés para esta tesis los cambios producidos a partir del proceso transferencial.

Bruno (2014) planteó que el encuentro con el niño no es por iniciativa propia, sino que es traído por un tercero, lo que implica escuchar a otro (por lo general a los padres) sobre el motivo de consulta, lo que trae aparejado desde los padres diferentes sentimientos y diversas explicaciones al respecto. Estos sentimientos serán retomados en el vínculo transferencial que se produce, más precisamente en la alianza terapéutica que allí se establece, lo que permite dar cuenta de lo que se está dispuesto a hacer y sus expectativas. Será a partir de esto que se pensará la forma de trabajo.

La autora expresa:

Es de destacar que en algunos casos durante la entrevista, en función del proceso transferencial que comienza a establecerse, se producen cambios en la actitud de los padres. Cambian la posición desde cierta ajenezad ante el motivo que desencadena la

consulta, hacia el reconocimiento de conductas que preocupan en el hogar y la búsqueda de nuevos sentidos (Bruno, 2014, p. 2).

Es decir, el cambio se produce a partir del “proceso transferencial”, a partir de la alianza generada. Afirma que la transferencia se considera producto de todo vínculo humano, en el cual se reeditan maneras de vincularse, transfiriendo significados del pasado al aquí y ahora. En dicha transferencia se localiza al terapeuta en un supuesto lugar de saber a quién se dirige una demanda.

Considera que son fundamentales, no solo los sentimientos que se generan a partir de la transferencia sino también la palabra, la que pasa a ocupar un lugar destacado, al igual que la implicación del paciente para el logro de su cura.

Otro elemento que nombra es el factor *tiempo* como determinante para el establecimiento de una alianza o acuerdo de trabajo y destaca que para el buen desarrollo del encuentro, es necesaria la confianza.

Caracteriza al encuentro como “inesperado y único, imprevisible, dependerá la apropiación de los padres del espacio y la posibilidad de demandar de acuerdo a su interés” (Bruno, 2014, p. 150). Esto permite pensar que lo que allí se produce, es desde una posición asimétrica.

La autora aborda la alianza desde dos lugares: con los padres y con el niño paciente.

La última referencia que se ha encontrado en Uruguay es la tesis de Alzugaray (2016): *Análisis del concepto vínculo terapéutico y su importancia en la clínica: un estudio a partir de la experiencia de psicoterapeutas de formación psicoanalítica y del psicoanálisis vincular*. Dicha autora resaltó el interés sobre la temática vincular, lo que la llevó a cuestionarse sobre la incidencia del vínculo en la eficacia del tratamiento. Esto le implicó pensar en los factores que conforman al vínculo (lo novedoso, lo imprevisible, la asimetría vincular, así como también el carácter no neutral del terapeuta) y su incidencia en los diferentes integrantes.

Señaló el uso indistinto del concepto de vínculo, alianza y relación terapéutica.

Uno de los autores en los que se basó Alzugaray (2016) es Martínez Guzmán (2010) para referenciar que “los mecanismos de construcción de la relación terapéutica aún no son claros”. (p. 18)

Se desprende de su investigación que en la relación paciente-terapeuta incorpora el concepto de intersubjetividad, a partir de un cambio de paradigma del psicoanálisis tradicional, donde el terapeuta ya no es solo objeto de transferencia sino que es también

sujeto. Este nuevo concepto de *intersubjetivo* es adoptado por algunos terapeutas, mientras que otros se mantienen en la postura clásica del psicoanálisis.

Alzugaray (2016) en la misma línea de esta investigación, tomó a Berenstein (2008) como referente teórico para pensar la concepción de vínculo, desde el cual se desprende que el término es poco específico. El vínculo es pensado como la unión “ligadura entre yoes deseantes”(Alzugaray, 2016, p. 22) presentes en el encuentro. En articulación con dicha concepción tomó el concepto de *interferencia*, el cual se produce en la relación analista y paciente:

Si bien durante muchos años el concepto de interferencia pudo tener una concepción negativa en el sentido de pensarla como algo que estorbaba, actualmente la misma refiere a los fenómenos que ocurren “entre dos, en tanto sujetos singulares que, con deseos propios, maneras de pensar, valores, pasan a ser por acción del vínculo, sujetos otros” (Alzugaray, 2016, p: 201) "De esta forma quedaría en evidencia el efecto de cambio que produciría la pertenencia al vínculo. (Alzugaray, 2016, p. 25).

Por último, incorpora los aportes de Lourau (1991) sobre la implicación, para pensar el lugar del terapeuta.

En conclusión, observó que se usa de forma indistinta el término alianza y vínculo terapéutico, sin una discriminación sobre su referencia. Hay quienes abordan al vínculo desde lo intersubjetivo, mientras que otros psicoterapeutas no. Se pasa a una visión del sujeto desde lo vincular, que trasciende el plano transferencial, así como también la reedición infantil del paciente. Por otro lado, se plantean dos posturas respecto a la afectación y cambio del terapeuta en el vínculo: hay quienes sostienen que influyen, mientras otros consideran que no lo hacen.

En la investigación de Putrino y otros (2017) *El vínculo terapéutico: el rol del entrenamiento en empatía*, el objetivo de su estudio fue dar cuenta del lugar de la empatía en profesionales de la salud, para poder pensarla en relación con el vínculo terapéutico.

Dichos autores consideran que el entrenamiento en *mindfulness* o atención plena por parte del terapeuta, contribuye a poder generar una mayor empatía y bienestar a nivel psicológico. Del mismo modo se logra a través de la capacitación realizada por experiencia simulada.

Concluyen con la identificación de tres aspectos de la alianza terapéutica: vínculo, acuerdo en la tarea y objetivos. Es importante que el terapeuta muestre empatía, para que de esta forma el paciente pueda manifestarle sus preocupaciones.

En relación con los antecedentes hallados, se destaca que el concepto de vínculo aparece indistinto al de alianza terapéutica y si bien se resalta la importancia del mismo en la clínica desde diferentes corrientes teóricas, no se encontraron referencias específicas en el trabajo con niños en la actualidad.

1.1. Fundamentación

El vínculo terapéutico en la clínica es un fenómeno complejo, por lo que se propone realizar una investigación que contemple la noción de vínculo terapéutico enmarcado en las consultas actuales en la infancia.

De acuerdo a lo expuesto sucintamente en los antecedentes del vínculo terapéutico, enmarcado en el encuentro entre el terapeuta y el paciente niño, parece tener una relevancia tal, que amerita el estudio de sus características.

Se puede visualizar como a lo largo del tiempo se han modificado las formas de afrontar el trabajo con niños, ya que cambió el lugar que ocupaban estos ante los cambios que se han producido a nivel social y familiar. Las características de la vida actual producen una infancia diferente de la infancia descrita por Freud en los primeros tiempos del psicoanálisis, lo que nos lleva al siguiente planteo: ¿qué niños consultan hoy en la consulta?

En la sociedad capitalista el niño es ubicado en un nuevo lugar. Según Guerra (2000) en su forma de describir al niño que los padres traen a la consulta, se lo ve como un niño activo, inteligente y con una mayor cantidad de estímulos. Es por ello que el lugar que ocupan los niños ha adquirido nuevos sentidos y significados, lo que influye en la constitución y construcción del sujeto.

Las diferentes instituciones (familia- educación) tienen un fuerte peso en la estructuración del niño tanto desde su aparato psiquismo como desde su cuerpo. Es decir, se encuentra condicionado por diferentes aspectos sociales, culturales, políticos y económicos.

El lugar que el vínculo tiene en el trabajo terapéutico aparece confuso a la hora de referenciarlo, denominándose, a lo producido en ese encuentro, de forma indistinta. Se buscó caracterizar el vínculo, así como mencionar los fenómenos que pueden ser facilitadores u obstaculizadores y los recursos para enfrentarnos a estos.

Profundizar en este tema aportará para pensar la clínica de niños y las modalidades de abordaje de las demandas actuales. Asimismo, actuará como aporte a las prestaciones de salud, teniendo en cuenta lo que implica la psicoterapia con niños a nivel individual, familiar y grupal. Esta investigación aportará a los colegas en su trabajo, resaltando la importancia del vínculo terapéutico.

II. Marco teórico

Para el desarrollo del presente marco teórico se tomaron tres grandes conceptos: infancia, transferencia en la clínica y vínculo.

Los mismos se abordaron tanto desde autores clásicos como desde referentes actuales para la clínica.

Pensar la clínica actual desde la influencia del vínculo terapéutico, implica ampliar la perspectiva desde el cual se aborda el trabajo terapéutico con niños, ya no solamente desde lo intrasubjetivo, sino que se incorpora lo intersubjetivo y lo transubjetivo.

Asimismo, se tomaron otros determinantes que influyen en el proceso terapéutico, tales como: la familia, la escuela, las prestadoras de salud y los efectos que se producen en el terapeuta a partir del encuentro con el paciente niño.

2.1 Conceptualizaciones en torno a la infancia hoy

Se considera importante para el desarrollo de la presente tesis, partir de la evolución que ha tenido el concepto de infancia de un tiempo a esta parte, atento al lugar que ha ocupado el niño a lo largo de la historia en relación al adulto, para luego pensarlo desde la clínica actual.

Desde el punto de vista histórico, entre finales del siglo XII y principios del siglo XIII, se desarrollaron una serie de transformaciones sociales por las que se comienza a percibir a la infancia desde una nueva perspectiva. Esta situación fue generalizándose en los individuos, en la medida en que avanzó y se hizo más evidente. La infancia se convierte en objeto de estudio tras una ruptura epistemológica.

Desde la cultura bárbara, Barrán (1800-1860) plantea al niño como un adulto pequeño, que luego logra separarse y comienza a ser considerado como sujeto de derechos.

Un autor que ahondó en este tema fue Philippe Aries (1987), quien señala que hacia el siglo XVII se produce una metamorfosis del lugar del niño en la familia y cambia su reconocimiento social. El niño ya no es invisibilizado entre los adultos, sino que empezó a percibirse desde un nuevo enfoque, influenciado por diferentes factores: sociales, políticos,

económicos y religiosos, entre otros. Comienza a erigirse un “nuevo sentimiento de infancia”.

La iglesia también comienza a interesarse en los niños, así como la educación, es otra esfera en la que el lugar de los niños fue adquiriendo terreno, con el advenimiento de la modernidad.

En las etapas de la posguerra surgieron innumerables proyectos e instituciones a lo ancho del planeta para cuidar, atender y educar a la infancia. Esto coincidió con las nuevas miradas, ideales y mentalidades que aparecieron alrededor de los niños, impulsados por disciplinas modernas como la psiquiatría, la medicina, la psicología y el psicoanálisis (Sosensky, 2012, p. 153).

La psicología se halla frente al compromiso de brindar pautas de comprensión y /o explicación sobre la nueva realidad en la que se encuentra la infancia y como siempre que se producen importantes cambios, en cualquier ámbito, es difícil señalar un punto de comienzo.

¿Qué entendemos por infancia? Es una construcción socio - histórica que se puede desglosar cronológicamente en una primera infancia (del nacimiento a los dos años), una segunda infancia (de los dos a los seis años) y una tercera infancia (de los seis años a la pubertad).

Iglesias (1996) destaca que la infancia en los últimos tiempos está cobrando interés dentro de la sociedad. Por otra parte, afirma que la infancia se confunde con un hecho biológico, lo que implica ignorar la importancia de lo social.

Minnicelli (2008) plantea al respecto: “La infancia es un término polisémico, de amplia circulación en nuestros tiempos, al cual consideramos un significante”. (p. 13). Es decir, Minnicelli (2008) refiere a una infancia que se la acompaña de diferentes adjetivos (rica, pobre, destituida, entre otros) así como también se la piensa desde su ubicación dentro de la oración (sujeto-predicado). La infancia posee múltiples acepciones lo que ha despertado interés en lo “académico y político en nuestros días” (p.40)

El lugar que ocupa la infancia actualmente implica nuevas forma de subjetivación. Hoy la infancia pasa a ser objeto de estudio de varias disciplinas así como el estudio de lo familiar. Sin embargo, se visualizan a través de los discursos sociales e institucionales (escuela, familia) que se ubica al niño como portador de problemáticas. Las familias comienzan a ser pensadas desde sus funciones, por ejemplo, la función de padre o de madre, las cuales se han ido modificando desde un lugar patriarcal, a nuevas funciones de familia.

2.1.1 Pensando la infancia desde el psicoanálisis

Minnicelli expresa que: “En términos generales, podemos decir, que Sigmund Freud no define la infancia, sino que establece diferencias entre “el infantil sujeto” y “lo infantil del sujeto” (Minnicelli, 2008, p. 19). De esta forma, aborda en diferentes partes de sus *Obras Completas* la “vida infantil del sujeto”, “la historia familiar “...y los “complejos infantiles”. Sobre este último punto, plantea expresamente el “descuido de lo infantil” en el devenir del padecimiento humano singular y social. Distingue entre “neurosis infantil” y “neurosis de infancia”. Esta expresión da cuenta, de que si bien la infancia no aparece definida como propiamente dicha, surgen del discurso determinadas significaciones y caracterizaciones que permiten pensarla. En Sigmund Freud se establece la diferencia entre “el infantil sujeto” y “lo infantil del sujeto”, da cuenta de cómo se incide en su subjetividad, de acuerdo a cómo se posicione en el niño, o en el adulto que una vez fue niño, y en la forma en que permanecen en él a través de algún rastro de ellos. A partir de su estudio de un caso de neurosis, el caso de Juanito (Freud, S., 1909, Tomo X) comenzó a pensar la sexualidad infantil, así como también consideró que el niño no podía desarrollar la asociación libre ni la neurosis de transferencia.

Al hablar del niño y del psicoanálisis es necesario identificar como sus precursoras a Hermine Hug Hellmuth, Melanie Klein y Ana Freud.

Hermine Hug Hellmuth comenzó su publicación sobre el psicoanálisis de infancia en 1912 manteniéndose en el anonimato. Muchas de sus publicaciones se realizaron basadas en su sobrino. La misma destacó el lugar del juego, con un enfoque más pedagógico que terapéutico, línea que es retomada por A. Freud, al igual que la limitación del análisis de niños con menos de 6 años. Su técnica se basó fundamentalmente en el análisis del sueño.

M. Klein (1987), desde su técnica del análisis de niños, interpretaba lo que acontecía al niño a partir de las diferentes representaciones en las que se dejaba ver el fantasma de lo originario, a partir de la pulsión de vida y de muerte a la que se enfrenta tempranamente el infante. Asimismo, planteaba el significado otorgado a las acciones del niño, a través el juego y el discurso.

Por otro lado, dicha autora considera que Anna Freud (1936) activa la culpa, sin abordar la angustia que esta genera. Klein (1987) plantea el desarrollo de un psiquismo de forma temprana, según lo cual la edad no es un determinante.

Pensar la infancia desde el psicoanálisis implica pensarla en términos de su aparato psíquico en plena conformación, el cual se encuentra en tensión con el entorno social.

En este sentido Bleichmar (1996), desde su concepción de aparato psíquico del niño, sostiene que no ha terminado de conformarse y que se va estructurando acorde a las relaciones con otros:

Cuando se intervienen en momentos estructurantes del funcionamiento psíquico –lo que yo llamo intervenciones analíticas– para producir, por ejemplo un pasaje de la relación binaria a una relación terciaria en un análisis de niños, se inaugura un proceso de neogénesis: algo que no estaba preformado, y que no hubiera llegado a instalarse por sí mismo, se produce en virtud de la intervención analítica, sobre las representaciones desarticuladas, fracturadas y fallidas, un nuevo entrelazamiento psíquico permitió una composición menos patológica (Bleichmar, 1996, p. 37-38).

Es decir, el espacio terapéutico habilita el desarrollo saludable del psiquismo, si se realizan las intervenciones pertinentes a cada caso singular.

En este mismo sentido Guerra (2000) realiza un recorrido y destaca los aspectos históricos, sociales y culturales que inciden en los vínculos durante la primera infancia a través del consumismo, el hedonismo, el cuerpo, los modelos identificatorios, el tiempo, la noción de lo público-privado y los esquemas representacionales de familia y niñez.

Otro autor que resulta de interés para la presente tesis es Winnicott (2007), quien desde su teoría establece la importancia de una madre suficientemente buena que pueda sostener al niño en el proceso de su desarrollo. Dicho autor toma al juego como elemento que permite al niño poder expresarse y establecer un espacio transicional para el desarrollo de su aparato psíquico.

El niño se inscribe en una red compleja desde diferentes lazos sociales, sean estos horizontales (los más cercanos, como familia y amigos) o verticales (los institucionales). Esta red influye en la construcción de subjetividad.

Muniz (2009) en su artículo *Niños eran los de antes... ¿y ahora qué son?*, desarrolla como se percibe la infancia y las diferentes instituciones que se ocupan de la misma, como lo son la familia, la escuela, la salud, tema que se desarrollará en el análisis de la presente investigación.

Volnovich (2013), en *El niño del siglo del niño*, afirma que el niño se encuentra atravesado por múltiples desarrollos de la ciencia y la tecnología, que producen un sujeto carente de seguridad, justicia e igualdad, que da cuenta de sus condiciones de vida, o de muerte.

Según Minnicelli (2013): “Cada niño y niña que llegan a este mundo reciben el baño del lenguaje del discurso de su tiempo, de su época, de su linaje familiar, cultural, religioso y social” (Minnicelli, 2013, p. 21). El lenguaje hace sujetos.

En la actualidad, el niño se encuentra expuesto a diferentes desafíos que son impuestos por la sociedad.

Se puede considerar que la infancia, si bien se ha colocado en un lugar relevante respecto a otra época, actualmente sigue siendo foco de estudio de varias disciplinas.

Hoy los niños se encuentran expuestos a situaciones de vulneración, como son los casos de patologización. Los manuales diagnósticos han cambiado algunas de sus categorías, lo que ha llevado a elevar el número de casos, cuyos diagnósticos vienen acompañados del consumo de medicamentos.

Asimismo en *Abordajes clínicos de las problemáticas actuales en la infancia*, Muniz (2013) reflexiona sobre la experiencia clínica con niños en la actualidad, resaltando la construcción de subjetividad que influye en los modos de presentación de estos y sus dificultades, para lo cual toma en consideración diferentes instituciones (familia, escuela y salud). Señala también la patologización de las conductas del niño producto de la época actual.

Untoglich (2013) desde su enfoque, cuestiona los diagnósticos en la clínica infantil. Hoy en día, han cambiado las formas de clasificación de determinadas patologías, acompañado este cambio de una nueva forma de la medicación de la infancia.

Janin (2016) habla de la influencia del contexto violento y excluyente al referirse a las condiciones actuales de la constitución de subjetividad de los niños, resultando crítica con los diagnósticos a la luz de las condiciones actuales.

Por último, es importante tener claro que las instituciones producen discursos que atraviesan a los sujetos y los condicionan, por lo cual, tener claro el concepto de infancia y sus modificaciones, permiten problematizar las prácticas clínicas con niños.

2.2. Transferencia en la clínica infantil

Se propone pensar la transferencia en el niño como un aspecto importante que se establece en el vínculo terapéutico.

Para este punto se trabajará sobre los aportes de Lagache (1986) desde "la teoría de la transferencia" que toma grandes clásicos como Sigmund Freud (1916-17), Anna Freud (1971) y Melanie Klein (1987), entre otros.

Lagache (1986) realiza con un recorrido histórico del término transferencia, el cual es empleado por primera vez en 1895. Tanto Sigmund Freud como Fenichel (1941) comenzaron a exponer sobre la misma, siendo retomada más tarde por Ida Macalpine (1950).

La transferencia implica remontarse a los orígenes del psicoanálisis, los que primeramente fueron considerados como obstáculos para el desarrollo de la cura a partir de las resistencias producidas en la hipnosis y a los efectos negativos de la transferencia.

Lagache (1986) tomó de Freud S. los aportes respecto a la transferencia y refiere "cuando el enfermo se atemoriza, al ver que transfiere a la persona del médico representaciones displacenteras emergidas durante el análisis" (p. 14) . Destacó que la transferencia es un fenómeno usual, normal y localizado.

Las transferencias son reediciones o repeticiones de los impulsos y fantasías que han de ser despertados y hechos conscientes durante el desarrollo del análisis y que entrañan como particularidad característica de su especie, la sustitución de una persona anterior por la persona del médico (Lagache 1986, p.15).

A partir del marco teórico de Freud S., la transferencia se define como la represión del deseo, una "falsa conexión", con un afecto penoso.

Para Freud, S. (1916-17) la transferencia consiste en que el paciente deposite sentimientos en la persona del terapeuta, reviviendo hechos del pasado, donde puede aparecer un reclamo de amor desde el inicio y actuando este de motor en el trabajo terapéutico.

Lagache (1986) plantea que Freud, para abordar la transferencia lo hace implícitamente desde la secuencia de "fijación, frustración, regresión" (p. 22) los cuales se encuentran presente en la relación paciente y psicoanalista.

Hay dos clases de transferencias: una positiva, en la cual se adjudican los afectos cariñosos y amorosos, y otra negativa, que son los afectos hostiles.

La resistencia se produce en la transferencia cuando se intenta que el paciente se aproxime a la realidad.

En el texto de *Inhibición síntoma y angustia*, Sigmund Freud (1926) plantea desde su segunda tópica, desde las instancias del yo, ello, y súper yo, las resistencias que se producen en el desarrollo del análisis:

En el yo se establecen tres resistencias: la primera hacia la represión propiamente dicha, la segunda hacia la transferencia y la tercera es el beneficio secundario de la enfermedad, la cual se basa en la integración del síntoma al yo.

En el ello, la resistencia perdura luego de la resistencia del yo y tiende a la compulsión de la repetición de lo reprimido, la cual logra salir por la elaboración.

Del súper yo deviene el sentimiento de culpa y la necesidad de castigo.

La resistencia que surge en el análisis, si se aborda correctamente, puede encontrar su cauce.

Para Consentino (2002) las: “transferencias freudianas” ante el interrogante “¿qué valor adquiere el concepto de transferencia?, se presentan inicialmente como soporte necesario de los enlaces falsos, pues permiten el desplazamiento de las representaciones inconscientes sobre el analista facilitando el retorno de lo reprimido” (p. 137).

Destacó el recuerdo como lo positivo que se pone en marcha en el análisis, y el actuar como la obstrucción que se perpetúa cuando se repite la misma acción y no se logra superar.

En la transferencia, se despliega un recuerdo que irrumpe y sustituye una representación inconsciente por otra.

Continuando en esta línea, Consentino (2002) refiere que el paciente escenifica mediante actuar una parte de su biografía, señalando que “El paciente, angustiado, calla, allí donde las asociaciones realmente faltan”. (p.141).

Karl Abraham (1908) es otro de los autores referenciado por Lagache (1986) para abordar la transferencia pero desde una posición libidinal. Ferenczi (1909) refiere a la misma desde las tópicas, como el desplazamiento dinámico y económico, en el cual la transferencia es particular. Dicho autor la compara con la introyección. Consideró que las raíces de toda introyección se encuentran en el primer objeto de amor/odio, siendo esta la primer transferencia.

Strachey (1927-1934), también tomado por Lagache, es considerado de interés para la presente investigación y plantea que en la transferencia, el analista cumple diferentes roles, reales o fantaseados, que son importantes de clarificar, y se colocan a partir de la proyección sobre el analista.

Klein (1987) aborda la transferencia desde el mundo interno del sujeto, donde el analista deberá interpretar. La misma se produce de forma inmediata, y genera en el niño un aumento de ansiedad.

Para Melanie Klein (1987) es a través del juego que se produce la transferencia, en donde se toman las pulsiones infantiles y la represión con un lugar preponderante.

Por otro lado, Freud, A (1936) plantea en su texto *El yo y los mecanismos de defensa*:

Llamamos transferencia a todos aquellos impulsos experimentados por el paciente en relación con el analista, que no dependen de la situación analítica actual, sino que remontan su origen a tempranas vinculaciones con el objeto aún arcaicos, reavivadas durante el análisis bajo la influencia del impulso repetitivo (Freud, A., 1936, p. 33).

Piensa a la transferencia como una defensa ante los afectos que siente el paciente, a través de repeticiones con sus objetos tempranos que vuelven a reeditarse posteriormente en el análisis.

El niño sometido al análisis ve en el analista un objeto nuevo y lo trata como tal, en tanto exista una persona sana de su personalidad y utiliza al analista para la repetición, es decir para la transferencia toda vez que su neurosis u otros trastornos entren a discutirse, esta doble relación de objeto nuevo, diferente de los padres, está indudablemente interfiriendo con las reacciones transferenciales. Si en cambio ignora o rechaza este aspecto de la relación, desencanta al pequeño en sus esperanzas que él considera legítimas. También puede ser que el analista interprete ciertos aspectos de la conducta del niño como transferenciales, lo que en realidad no es así. Dos de los elementos esenciales del entrenamiento técnico de todos los analistas de niños son aprender a distinguir esta superposición y actuar cuidadosamente según los papeles que le son impuestos. (Freud, A., 1971, p. 36).

Para Anna Freud el niño aún no se encuentra maduro, al igual que su superyó. La decisión de consultar por lo general no es un deseo personal, sino que viene de un tercero.

Del mismo modo que el adulto, el niño en su encuentro con el terapeuta desarrolla la transferencia, pero esta no se caracteriza por la repetición de sus pulsiones, es decir, no se produce una neurosis de transferencia. Ello se debe a que el niño localiza la conflictiva en el afuera y no en la psiquis, y por otro lado, como plantea Lagache (1986), el analista de niños no debe de transformarse en su sombra.

Klein (1923) critica que Anna Freud (1936) pone énfasis en la ansiedad y culpabilidad para trabajar con el niño, en lugar de enfocarlo desde la transferencia negativa para abordar la positiva. Para Klein (1923), el objeto de amor del niño es producto de objetos primitivos, los cuales deben ser abordados al igual que en la transferencia con el adulto, incluyendo la neurosis de transferencia.

Lagache (1986) menciona a Karen Horney (1939) quien explica que las experiencias infantiles y su influencia en el desarrollo, producen simpatía o antipatía, relacionadas a recuerdos semejantes con respecto a su familia. Las experiencias inciden en la estructura de la personalidad.

Según Lagache (1986), el paciente adulto debe pasar por tres etapas: regresar a lo infantil, (lo que implica resistencias), en donde los niveles del desarrollo son alcanzados, revividos y elaborados, y posteriormente se produce su retorno a la madurez.

Laplanche y Pontails (1983) plantean que los deseos inconscientes se despiertan en determinados objetos dentro de una relación, en la cual se establece la transferencia.

Desde esta concepción es importante, a partir de la contratransferencia, trabajar lo que le sucede al terapeuta, cómo reacciona, cómo trabaja sus sentimientos, sus deseos e interpretaciones, así como su implicación, ya que él mismo se verá atravesado por su subjetividad, esto se denomina contratransferencia.

Winnicott (1999), respecto a la transferencia, resalta la confianza del paciente en la técnica y marco psicoanalítico, evitando la ruptura con interpretaciones que ponen al analista en un lugar de exigencia.

Berenstein (2004) continúa diciendo: "Ubicada la transferencia como una operación central, se la considera el nudo fundamental de la operación analítica, pero como todo centro, debiera ser descentrado para dar lugar a otros universos posibles en el campo de la relación terapeuta" (Berenstein, 2004, p.190)

En principio, la transferencia aparecía como un obstáculo ante lo reprimido, por la fijeza de los recuerdos infantiles que debían actualizarse en el aquí y ahora para ofrecer la cura, habilitando dicha concepción, nuevos escenarios.

Dos líneas de pensamiento tienen lugar: a) la transferencia como despliegue del mundo infantil y de las relaciones de objeto, desde donde se observará cada personaje del relato del paciente como representación de los personajes edípicos en su calidad de objetos parciales o totales (...) b) la transferencia como el lugar de emergencia de lo que antes no había ni hubiera podido haber, productor de un hecho nuevo y vincular(Berenstein, 2001a)

Desde aquí en más denominaré a esta última instancia interferencia" (Berenstein, 2004, p. 191).

Este aspecto Berenstein es central, dado que va a considerar a los sujetos del vínculo como igualmente afectados por el encuentro.

Berenstein (2004) aborda el concepto de "interferencia" la cual la considera un "hallazgo inédito" que debe ser abordado como un concepto nuevo y diferente al de transferencia. En este sentido manifiesta que el concepto de interferencia es percibido en un comienzo con una connotación negativa, como lo que se interpone, estorba, lo que obstaculiza en la transferencia, lo que se buscaba apartar para lograr el adecuado desarrollo en el campo psicoanalítico. Ejemplifica dos tipos de transferencias: al analista inserto en lo social diferente a su paciente y lo que corresponde al paciente pero recae sobre el analista lo que lleva alterar la relación paciente- analista.

Berenstein (2004, p.197) plantea:

Después de un tiempo entrevimos un sentido distinto a la interferencia como lo producido específicamente entre el paciente y el analista por acción del encuentro-desencuentro dependiente de cada vínculo y cada subjetividad. Para esta conceptualización desarrollaré una teoría de la presencia y en ella del juicio de presencia, la ajenidad, la imposición y lo vincular como lo producido en el entre- dos otros.

Así, puede registrarse interferencia como presencia de la realidad social e interferencia como presencia subjetiva de otro, del paciente y del analista para mayor precisión. Ello da más complejidad a la geografía de la sesión psicoanalítica.

Considera la interferencia como fundamental en el vínculo entre paciente y analista, de lo que se produce en este encuentro que requiere de la presencia de ambos. En tal sentido ambos son sujetos que se producen también en ese encuentro.

2.3. El vínculo

Este apartado tiene como cometido definir al vínculo terapéutico y sus características.

Para ello se tomaron los aportes de la perspectiva vincular del psicoanálisis de los autores Berenstein y Puget entre otros. A partir de allí, se analizaron las figuras del terapeuta y del niño como sujetos del vínculo terapéutico.

Se observaron escasos estudios sobre el concepto de vínculo entre terapeuta- paciente niño, a la vez que aparece dicho concepto utilizado de forma indistinta con el de alianza terapéutica.

A partir de los teóricos se pretende conceptualizarlo, para poder observar en el campo de trabajo su operacionalización a través del discurso de diferentes profesionales.

Aulagnier (1975) plantea que el vínculo estable se genera a partir de representaciones vinculares de lo originario, lo interfantasmático y lo ideico. Asimismo, refiere a la importancia del vínculo en la constitución psíquica influenciado por lo social y lo cultural.

Para esta tesis se partirá de pensar al vínculo desde el psicoanálisis y su perspectiva vincular *desde* los vínculos, ya que diferencia un cambio de lógica del uno hacia la lógica del dos, desde el “entre”, no a partir de representaciones (del objeto, vinculares o socio culturales), sino desde la presencia de paciente niño y analista en el encuentro.

El vínculo, para R Friedler (1998), proviene del latín *vinculum* de *vincire* que significa atadura, unión entre una persona o cosa con otra”. Antiguamente, lo que se buscaba era una unión como atadura duradera. Se sostiene una vez logrado el sentimiento de pertenencia al vínculo, se establecen acuerdos y pactos inconscientes que actúan en la conformación de subjetividad y en la producción vincular. De este sentimiento se destaca su carácter de extraterritorialidad que no le pertenece a ninguno, se produce en el encuentro: “Es una ligadura estable entre dos yoes deseantes” (*Diccionario de las configuraciones vinculares* 1998, p. 451)

Para Puget y Berenstein (1988) el vínculo se produce ante una falta, una “condición de desamparo originario” (R. Friedler, 1988, p. 455).

Puget (1988) piensa al vínculo desde el cuerpo social consciente e inconsciente. Para Berenstein, (1988) el vínculo implica el sentimiento de pertenencia en el cual las representaciones que se inscriben tempranamente en el psiquismo juegan un papel importante posteriormente.

Berenstein (2004) definió al vínculo como: “...a una situación inconsciente que liga a sujetos determinados en base a una relación de presencia (opuesta en cierto modo a la relación de ausencia) y que lógicamente genera diferentes subjetividades” (Berenstein, 2004, p. 529)

El vínculo se produce y es productor de sujetos que se encuentran conformados por diferentes "mundos", intersubjetivo, intrasubjetivo y transubjetivo. Estos mundos se inscriben simultáneamente en representaciones.

Rojas y Sternbach citadas por Friedler (1994, p. 457) plantea que Lacan piensa al vínculo desde tres niveles conscientes e inconscientes, uno narcisista, en el cual aparece la ilusión de fusión ante el desamparo, un segundo registro simbólico, en el cual se activan deseo y lenguaje frente a la castración y por último la satisfacción de pulsiones, en el cual se produce corporeidad.

En este sentido Badiou (2000) dice: "Pero voy también a sostener que la constitución del sujeto no depende directamente del ser. Depende de una ruptura, de una novedad, que yo llamo "acontecimiento" (Badiou, 2000, p. 11). El autor ubica del lado de las matemáticas el pensamiento del ser, y la construcción subjetiva desde el acontecimiento. Es decir, el sujeto es producto de una ruptura en la situación que acontece.

El individuo desde temprano interactúa con otro, con intención o sin intención, en donde busca satisfacer sus necesidades.

Para Larroca (2004), el vínculo es una estructura que se encuentra en proceso de construcción, y resaltó el valor del tiempo y los acontecimientos vitales, así como el fenómeno de la comunicación que se produce dentro de esta, siendo valioso aceptar el rol que el otro asigna a efectos de evitar malentendidos.

Plantea lo vincular como el campo en el cual intervienen un conjunto de sujetos en relación a lo cual, se lo problematiza. El sujeto se va conformando en esta práctica vincular. Lo que se busca es que lo ajeno, desconocido del otro, pase a ser conocido para otorgarle significado y sostener el vínculo. Plantea el término de "frontera" en la cual "el sujeto siente que penetra y son penetrados por otros" (Larroca; 2004 p. 28), lo cual influye en la conformación de la subjetividad de estos. Califica a la práctica vincular de discontinua y fugaz.

Badiou (2000) propone pensar al sujeto como algo que surge en una estructura y lo atraviesa; la misma se rompe y emerge la novedad del sujeto desde la noción de acontecimiento.

Plantea que se deviene sujeto cuando se trasciende el poder del acontecimiento.

El acontecimiento se da "...de golpe, no anticipable, sin aviso previo. Una marca que deja un antes y un después. Un acontecimiento" (Gottlieb, 2013, p. 3).

Una vez que se produce el acontecimiento, ambos se modifican, cada uno en función del otro, por lo que resulta interesante pensar la clínica desde este enfoque. El acontecimiento sorprende, se impone, no se lo espera, no se puede anticipar.

Se puede afirmar que se va gestando algo que es propio de ese encuentro, es allí donde algo se va a producir. «La posibilidad de producir, que nos da la pertenencia a un vínculo está generada por una diferencia. Una diferencia que no proviene de uno mismo, sino del vínculo con el otro» (Gottlieb, Inédito, p. 2.).

Se piensa al vínculo desde la lógica del dos, a partir del encuentro con el otro, donde lo ajeno es producto de lo que se produce en el «entre».

Este planteo también lo aborda Levinas (2000), para quien el rostro del Otro, exige una respuesta: «Hacer con Otro. Otro caracterizado por el rostro» (Gottlieb, 2013, p. 1). El Otro nos sorprende, nos descoloca, nos obliga a responder. «El rostro pide, exige, obliga, impone» (Gottlieb, 2013, p. 3). Cada presencia se caracteriza por su singularidad.

Levinas (2000) desde su concepción de rostro que antecede al lenguaje, permite acercarse a Otro desde un lugar diferente, a un rostro despojado de marcas en las que se encuentra inscripto socialmente. No obstante, cada encuentro implica dejar de lado la ilusión de conocerse totalmente. Cada uno se encuentra investido de afectos propios.

Si pensamos cuál fue el origen del vínculo en el encuentro, se puede decir que es "Lo que se produce al hacer con Otro, no tiene un origen como causa, en tanto está centrado en uno. La producción surge a partir del vínculo, del *entre*" (Gottlieb, Inédito, p. 8).

Por otra parte, desde la perspectiva de Foucault respecto a la genealogía, no se valida la idea de un origen. Sería posible pensar este acontecimiento sin intentar determinar su origen. Si preguntáramos a cada uno de los sujetos que intervienen en el encuentro, darían respuestas diferentes sobre cuál fue el comienzo.

Desde la genealogía, este suceso podría caracterizarse como singular, sorprendente e inesperado.

Para Foucault, buscar un origen es buscar lo que ya se encuentra dado. No obstante, es necesario comprender los diferentes acontecimientos que se dan en la historia, y que se inscriben en los cuerpos.

El planteo realizado intenta dar cuenta de la construcción de los sujetos a partir del acontecimiento, del cual no se puede definir su origen, aunque sí historizar, señalar un antes

y un después, paralelamente a un contexto con condiciones políticas e históricas que van determinando la subjetividad del sujeto.

El encuentro se caracteriza por la presencia de una determinada forma de relación entre los diferentes miembros que integran el mismo. En este sentido, el terapeuta ocupa diferentes lugares: es un observador, un testigo, realiza intervenciones, en los cuales interpreta lo que allí acontece. Dicha presencia se encuentra determinada por la imposición del paciente de uno sin otros, de ida y vuelta. Asimismo se propone pensar al encuentro desde la lógica del dos.

Es importante poder cuestionarse respecto a los cuerpos presentes en la escena de la sesión, en donde el terapeuta implica su cuerpo.

En este sentido Puget (2015) propone:

Este tema ofrece múltiples abordajes, y uno de ellos concierne a la imposición a partir de la categoría cuerpo, que conocemos a través de sus diferentes manifestaciones y la categoría del habla, de la palabra que impone las reglas de escuchar y ser escuchados (Puget, 2015, p. 27).

Se intenta escuchar qué quieren decir estos cuerpos mediante la palabra, que se acompañan de miradas, gestos y discursos, tanto desde lo manifiesto como desde lo latente. En el encuentro se generan determinados efectos y afectos con el otro.

En este sentido:

El encuentro tiene siempre algo inédito e impensable previamente; algo pasa que no estuvo antes. Es imposible prever lo que va a suceder, a diferencia de lo que ocurre en la lógica del Uno, donde se activan juegos transferenciales y modificaciones derivadas de ellos (Puget, 2015, p. 20).

Esta autora junto a Berenstein hablan (2004) de una subjetividad vincular, en el cual el sujeto deviene *otro* a partir del vínculo, en el encuentro con el otro ambos se transforman.

3. Desarrollo de la investigación

3.1 Problema de investigación

El problema que se plantea, tiene en cuenta las características de los niños y las demandas actuales (tanto en el ámbito público como en el privado) que provienen de las instituciones (sobre todo familia y centro educativo) y son atendidas a través del SNIS y la consulta privada surgiendo la cuestión acerca de cómo se caracteriza el vínculo terapéutico en la clínica de niños actualmente

La forma de percibir la infancia y sus características, se ha ido transformando con el devenir de los años lo que llevó a producir paralelamente modificaciones en los motivos de consulta y la forma de abordarlo.

El abordaje de los niños se realizaba desde concepciones que trabajaban lo dinámico intrapsíquico y se incluía a los padres desde otro lugar.

En la actualidad la medicación tiene un peso muy importante, por lo que es necesario cuestionarse posibles alternativas que promuevan la cura del sujeto desde otras alternativas que no centren su atención exclusivamente en lo orgánico, como puede desde los vínculo con otros. Asimismo hay modelos patologizantes de los modos de ser y estar en los niños, que proponen terapéuticas nuevas basadas en paradigmas biologicistas.

De los antecedentes hallados se destaca el uso indistinto del concepto de vínculo y alianza terapéutica, no obstante se señala su importancia como promotor del cambio favorable para el abordaje terapéutico.

Surge del marco teórico que la infancia ha cambiado, así como también la forma de abordaje terapéutico.

Existe una demanda de procesos breves y eficaces, lo que lleva a presiones desde las instituciones y a cuestionarse las concepciones del lugar de la infancia y las exigencias entorno a la psicoterapia de los niños, ¿cómo eso ha incidido en la forma de hacer psicoterapia, y cómo eso ha incidido en el vínculo entre el niño y el terapeuta?

A partir de esta problemática se propone escuchar a profesionales con más de veinte años de labor en la clínica para que den su visión al respecto.

3.2 Preguntas de investigación

Las interrogantes suscitadas en torno a dicho problema de investigación se dividen en dos tipos:

a) sobre la infancia actual y la demanda que se produce en la consulta clínica;

b) sobre la posición de los terapeutas respecto a esas demandas y su incidencia en el vínculo.

Específicamente las preguntas que han de guiar esta tesis son las siguientes:

a) ¿Qué niño es el que llega a la consulta? ¿Cuáles son sus motivos de consulta? ¿Han cambiado estos? ¿Qué instituciones influyen en el desarrollo del niño y cómo incide ello en la demanda? ¿Cómo repercute el vínculo terapéutico? ¿Qué características tiene la participación de los adultos referentes en el tratamiento con niños?

b) ¿Desde qué lugar y de qué forma mirar a estos niños y al sufrimiento de los mismos? ¿Cómo transitan los desafíos actuales los terapeuta ante los cambios producidos. ¿Cómo es el vínculo que se genera entre el terapeuta y el niño?

3.3 Objetivo general

Caracterizar el vínculo terapéutico en la clínica infantil actual a partir del discurso de los terapeutas.

3.4 Objetivos específicos

Describir los pacientes niños en la clínica infantil actual desde la concepción de los terapeutas entrevistados.

Caracterizar el tipo de demandas psicológicas y los dispositivos de intervención en torno a dichas demandas.

Describir el rol de la familia en los tratamientos en la infancia.

Indagar las concepciones sobre vínculo terapéutico que tienen los terapeutas entrevistados.

Determinar los efectos que producen en el terapeuta, el trabajo con niños.

3.5 Metodología

Para abordar la presente tesis se utilizó como estrategia de investigación un estudio cualitativo que buscó responder las preguntas planteadas. Dice Hernández Sampieri *et al.* (2010): "...la investigación cualitativa proporciona profundidad a los datos, dispersión, riqueza interpretativa, contextualización del ambiente o entorno, detalles y experiencias únicas..." (p. 17).

Como técnica de recolección de datos se empleó entrevistas en profundidad a profesionales de la clínica.

Por entrevistas cualitativas en profundidad, entendemos reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentro estos dirigidos hacia la comprensión de la perspectiva que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras. (S.J Taylor y R. Bogdan, 1987, p. 99).

La muestra se realizó a una población conformada por trece terapeutas (cinco hombres y ocho mujeres) con una experiencia mínima de veinte años de trabajo con niños.

Los terapeutas cuentan en algunos casos con formación en psicoanálisis y en otros con formación en psicoanálisis de las configuraciones vinculares.

La entrevista se basó en un guión elaborado a partir de los objetivos y las preguntas de investigación, que surgieron del problema formulado (ver anexo).

Luego de haber obtenido los datos de las entrevistas, fue necesaria una búsqueda de sentido que permitiera sistematizar la información a fin de que pueda interpretarse de manera válida y confiable.

"Al hablar sobre análisis cualitativo, nos referimos [...] al proceso [...] realizado con el propósito de descubrir conceptos y relaciones en los datos brutos y luego organizarlos en un esquema explicativo teórico." (Straus y Corbin, 1998, p. 12).

Para abordar el análisis, es necesario tener en cuenta que "el análisis de los datos es un proceso en continuo progreso en la investigación cualitativa. La recolección y el análisis de los datos van de la mano" (Taylor, 1987, p. 158). Por lo tanto, a medida que se fue recolectando la información de los distintos terapeutas, se fue pensando su articulación con diferentes autores.

A través del análisis de datos se buscó lograr la creatividad, intentando dar cuenta de los datos recabados y profundizando en los mismos.

Arvela expresa:

El análisis de contenido se basa en la lectura (textual o visual) como instrumento de recogida de información, lectura que a diferencia de la lectura común debe realizarse siguiendo el método científico, es decir, debe ser, sistemática, objetiva, replicable, y válida. Es una técnica de interpretación de textos, que requiere que abarquen un contenido que se pueda observar, lo que surge del vínculo, para luego poder interpretarlo, tanto desde lo manifiesto como desde lo latente. (Arvela, 2001, p. 2).

A partir del discurso de las entrevistas, se elaboraron dimensiones y categorías apriorísticas a partir de inferencias, a fin de sistematizar, ordenar y clasificar la información obtenida de los discursos de los expertos.

A los datos recabados en la entrevista se les realizó un análisis de contenido a partir de las categorizaciones.

Las dimensiones surgidas en las entrevistas fueron analizadas a partir de los antecedentes hallados, así como también desde el marco teórico.

La categorización según Bardin (1996 2ª ed. 90), "es una operación de clasificación de elementos constitutivos de un conjunto por diferenciación, tras la agrupación por analogía, a partir de criterios previamente definidos". (Avela; 2001, p. 15).

En este sentido Cáceres (2003) toma a Hernández (1994) y plantea "Podemos definir a las categorías como los cajones o "casillas" en donde el contenido previamente codificado se ordena y clasifica de modo definitivo" (Cáceres, 2003, p. 67).

Para estas categorías, se crearon abstracciones que permitieron luego generar nuevas relaciones y conceptualizaciones de forma novedosa.

Se buscó dar respuesta a los objetivos específicos previamente planteados, y se analizó la existencia de cambios en la clínica en los últimos tiempos.

Estas categorías se construyen basadas en los objetivos específicos propuestos para la presente tesis, buscando ser lo más detallado posible en la nominación de las mismas.

3.6 Unidades de análisis.

La clasificación se realizó en unidades de análisis en tres categorías apriorísticas:

1. Clínica Infantil Actual: entendida como un campo en el cual el analista se inserta en un mundo que lo sorprende, donde se implica, se cuestiona, se interpela e intenta realizar pequeños aportes desde su intervención clínica. El mundo infantil se encuentra atravesado por diferentes sentires, vivencias, ideas y prácticas insertas en un contexto sociocultural que lo condiciona. A lo largo del tiempo, la clínica ha necesitado realizar modificaciones en su prácticas de intervención. Antes dichas mutaciones se considera importante poder dar cuenta de los mismos, a través de los cambios percibidos por los terapeutas hoy.

Para analizar esta dimensión se establecieron las siguientes categorías:

1a) Percepción de la infancia: Se analizó si la idea de infancia ha cambiado en los últimos tiempos y cómo es percibida por los terapeutas entrevistados.

1b) Características de los niños que consultan y sus demandas: Se pretende conocer las ideas de los terapeutas acerca de las peculiaridades de las consultas y las demandas ¿qué niño es el que llega al consultorio hoy? ¿Cuáles son los motivos en la consulta? Si han cambiado: ¿en qué sentido? Estos datos se consideran fundamentales para caracterizar la clínica actual.

1c) Lugar del sufrimiento infantil: Se buscó dar cuenta de la incidencia de diferentes factores que producen sufrimiento en el niño. ¿Qué lugar ocupa el mismo en esta sociedad actual y cómo se aborda? Visibilidad

1c) Dispositivos utilizados y técnicas de intervención: Se pretende conocer los cambios ocurridos en la clínica en cuando a las técnicas o metodologías utilizadas.

2. Vínculo terapéutico: entendiendo al mismo como un fenómeno complejo en tanto los efectos que produce.

2a) Denominación y caracterización del encuentro: se buscó analizar las diferentes formas de conceptualización del encuentro entre paciente niño y terapeuta. Asimismo se trató de dar cuenta de características más relevantes evocadas por los profesionales, a

partir del interrogante ¿cómo es el vínculo que se genera entre el terapeuta y el niño? Para analizar el mismo, se tomó en cuenta el lugar de la transferencia.

2b) Efectos del trabajo en el terapeuta de niños: para el mismo se consideraron las vivencias de los terapeutas y su forma de mirar su propio proceso ¿cómo se transitan los desafíos actuales a los que se enfrentan los terapeutas?

3. Coprotagonistas de la psicoterapia con niños: se intentó dar cuenta de las diferentes instituciones relevantes que forman parte del desarrollo de los niños y su incidencia en la psicoterapia.

3a) Lugar de la familia: se analizó la incidencia de las nuevas configuraciones familiares en el tratamiento del niño.

3b) Lugar de la escuela: se pensó el lugar de la institución educativa en la conformación y desarrollo del niño.

3c) Prestadoras de salud: se abordó la visión y percepción de las mismas en los tratamientos psicoterapéuticos.

3d) Otras terapéuticas simultáneas: en esta categoría se consideró el lugar de la medicalización.

A continuación se desarrollaran las categorías previamente planteadas acompañadas de los estratos de entrevistas pertinentes.

3.6 Categorías

| Dimensión | Categoría |
|--------------------------------|--|
| Clínica Infantil Actual | Percepción de la infancia. |
| | Características de los niños que consultan y sus demandas. |
| | Lugar del sufrimiento Infantil. |

3.6.1 Clínica Infantil Actual

| | |
|--|---|
| <p>1a) Percepción de la infancia hoy</p> | <p>E.1 "¿El <i>infans</i> es el que no habla, no? ¿O sea, que ahí si tendríamos que ir al vínculo temprano, no?"</p> <p>E. 1 "El infante es eso, por eso te comentaba qué tomabas tú como definición en relación a eso, es el niño de 0 a 2, no? Porque, a ver, hay una diferencia clara en el niño de 4 años, ta, el niño de 4 años que aparte tiene toda una crisis en relación a su identidad y la separación que este...algunos autores la llaman adolescencia ridícula, porque se empiezan a plantar de lo que quieren y no quieren ellos y como son unos enanos de 4. Son unos ridículos, ¿no...?"</p> <p>"... Entonces serían distintos el de uno, el de dos y el de tres, con el de cuatro y ahí un montón de cosas del niño en relación al manejo de los límites y el establecimiento de los diques que antes era a los 6..."</p> <p>E: 2 " Fui cambiando, yo con los años que tengo, este...mi formación en los primeros tiempos y también ese psicoanálisis más tradicional está más vinculado a una noción desarrollista, digamos a una noción de salud y enfermedad en relación a lo que se cumple o no se cumple, el desarrollo más esa abducción normativa de la modernidad, no? Y ahora para mi tiene como otra cosa, digamos, me parece que no está vinculado a la infancia la edad clarito (...) te hace pensar que la infancia no tiene que ver con una edad.</p> <p>Y por otra parte con la constitución subjetiva con lo inter, con la intra, pero también con lo interno y con lo trans..."</p> <p>"...algunas experiencias (...) me impactaron y me interrogaron esta noción de infancia que de alguna manera se vincula a la edad y después uno se da cuenta que no, gurises que por su edad son niños pero que transitan por experiencias de la vida y transitan digo, satisfactoriamente, digo que la pueden tramitar, procesar, que no sería propio de un niño..."</p> <p>"preguntarle al niño qué piensa y siente de lo que le pasa entendés, este... eso</p> |
|--|---|

no se da, lo gurises eso de la infancia como el *infans* sin palabras es clarísimo en el sistema sanitario, los gurises son hablado por los adultos...”

E. 3 “...la infancia es para mí una etapa del desarrollo que tiene que ver con la maduración del niño en el entorno y ambiente, este, digo con lo que procesa y lo que puede devolver...”

E. 4 "Los niños tienen más participación en la vida de los adultos, en la vida de las familias, en el sentido este, que se les da un lugar más de pares de los adultos, en ese sentido ha variado quizás el concepto de infancia en que no están tan ubicados en un lugar diferente, o más marcadamente diferentes al del adulto, o al del adolescente, sino por eso se les da un lugar más de cierta paridad, y eso lógicamente cambia.

E. 5 “...La infancia en estos momentos lo veo como los niños muy conectados a los juegos, a los celulares, este... hay una inquietud en ellos, este, que incide en su rendimiento, son niños que tienen en este momento que estar desarrollándose emocionalmente...”

E. 6 “Pienso que los niños son diferentes en tanto, es decir, desde hace mucho tiempo, se les ha denominado que me parece perfecto, sujetos de derechos y eso ha hecho que el niño, muchas veces reclame algo a los adultos, cosas que no reclamaban antes...”

E. 7 “Y bueno, es una etapa evolutiva donde sin duda las huellas y la construcción psíquica que se haga en ese tiempo va a ser fundamental, pero absolutamente fundamental para el desarrollo de la vida.

E. 8 "Este tiene que ver con una etapa de la vida, hay como una... me parece que el criterio cronológico ordena, es la etapa de la vida desde el nacimiento hasta la pubertad, ingreso de la adolescencia, anda entre los 0 y aproximadamente 12 años."

E. 9 "La infancia hoy, este, claro lo que pasa que yo cuando te puedo contestar no puedo en abstracto, este... sino cómo yo recibo a un niño y un niño es siempre una construcción para mi viene, este es una construcción que está en el discurso de los padres, que está en discurso también educativo y bueno, después cuando yo tengo a ese niño frente a mi yo escucho otra cosa o sea qué sujeto está allí manifestándose en función de esos discursos que lo marcan como niño, niño hijo,

niño alumno bueno, yo trato de bueno como afectan esos discursos en la manifestación de ese niño como sujeto, sujeto como sujeto de deseo, no? Y bueno, para eso escucho mucho cual es la ubicación de este sujeto como objeto de amor de deseo y de goce de los padres y bueno ahí voy conformando también el tipo de intervención con él."

E. 10 "...la infancia es como que...a ver, la infancia ha pasado a ser como el centro su majestad, él debe donde los padres en esta cosas ponen mucho cosa Narcisa que el niño tenga todo, capaz que es como de primera necesidad el tema de las cosas que le compran a los niños que tengan todo eso es como una cosa que o lo que se les da al niño, quizás los padres están mucho más tiempo afuera y este... para tener más ingreso para poderle dar más cosas o viajes."

"...La infancia des- culpabilizar a los papás, porque esta cosas de que hay que ser perfectos... siempre las culpas es que interfieren en la relación, y ves, los niños como muy dependientes o los niños que se hacen cargo cuando los papás son muy inmaduros es como esas dos cosas..."

E. 11 "El *infans* es el que no habla, no, pero no sé si es lo primero a decir, pero es lo primero que me viene a la mente...Eh, no puedo evitar enseguida dejar de asociar con juego y la importancia del juego en la vida de cualquier ser humano y en particular cómo atendemos a eso cuando estamos en una consulta con niños."

E. 12 "Infancia me parece es un momento del niño en la cual todo debería ser básicamente disfrute, juego, ahí se juega mucho, valga la redundancia, la relación de los niños con los padres y el vínculo que haya ente ellos para luego ir viendo cómo va a ir siendo su crecimiento, pero la infancia me parece que es un momento clave, del niño."

E. 13 "Yo creo que la infancia ocupa un lugar importante, que al niño se le tiene en cuenta, se le tiene muy en cuenta y este, bueno hay una mirada y una atención muy particular con respecto al niño."

| | |
|--|---|
| <p>1b) Características de los niños que consultan.</p> | <p>E. 1 “Ahora los niños que entraban en primero de infante al año, y el de cuatro y de cinco claramente son, están escolarizados, pero suponte que en preescolar sin embargo...el preescolar tiene algunas pautas que les enseñan, digo es como un funcionamiento más institucionalizado lo que antes vos esperaba que estuviera instalado a los seis, ahora ya a los cinco seguro.”</p> <p>E. 2 “Yo te diría que lo que veo es a los niños que llegan cada vez más solos, no porque vengan sin adultos, sino porque...incluso adultos preocupados por sus hijos, (...) es más frecuente ver niños con sentimiento desvalimiento de soledad, eso me parece una característica y bueno, eso trae otros síntomas, otras cosas. En general no consultan por eso, digamos, pero sí es lo que uno va viendo como una características más frecuente y este...bueno, eso hace que uno trabaje necesariamente mucho más con los papás conjuntamente con los niños...”</p> <p>E. 3 “Yo creo que no escapan a lo que es el marco de las psicología a lo largo de su existencia, que tiene que ver con los contextos históricos que vivimos y de cada país en su territorio se comienzan a realizar clasificaciones que antes no existían y hoy existen, y en realidad hoy lo que uno encuentra en los niños son elementos más asociados a la baja tolerancia a la frustración, a la inmediatez que le impone el mundo adulto, a la necesidad de que el niño procese y elabore las cosas más rápido para acomodarse a las exigencias del entorno. Por eso hay, ya uno recibe a los niños con una notita con un diagnóstico hecho por profesionales que no son de la salud mental o de la salud en general, pero esas son como las características, los niño que en realidad le pedimos que se adapten al contexto en el que vivimos.”</p> <p>E. 4 “En el niño una cosa que yo observo que han cambiado bastante, para decir algo específico en el niño, es en el juego. En general, son niños que juegan mucho menos con juguetes, me refiero lo que nosotros antes teníamos y bueno, yo sigo aprontando la caja de juego, eso yo veo que los niños cada vez menos se interesan en la caja de juego y este...sí en los juegos electrónicos”</p> <p>E. 5 "El niño ha cambiado, es también fruto de la época en la que vivimos, fundamentalmente está la dificultad para controlar los impulsos, la</p> |
|--|---|

inquietud, este, mucha ansiedad, la dificultad de los padres en poner los límites, las nuevas configuraciones familiares, este...eh, la separación de los padres, las nuevas familias, hay una cantidad de cosas a las que se tiene que adaptar el niño, también me han llegado, es decir en los últimos tiempos, por violencia, por violencia doméstica, y la propia repercusión en el niño, eso también..."

E. 5 "...ese niño no es tan sumiso como era antes, este, a veces hay un exceso en cuanto a sus demandas y por parte del adulto muchas veces dado que trabajan tanto y están tan atareados, tratan de satisfacer esas demandas y ahí los límites, y la autoridad del adulto, es decir decae frente al niño, bueno entonces eso también, hay que trabajarlo, este...pero bueno, es fruto de una época..."

E. 6 "Muy heterogéneas las características, en general este...ahí dependía un poco de también, de la familia, este...te diría que vinieron niños en algunos casos con diagnósticos de afueras muy fuertes. Este...y que en realidad yo en el análisis no vi esos diagnósticos..."

Me parece que el niño tiene una movilidad que trasciende el diagnóstico muchas veces inclusive"

E. 6 "En verdad, pensar que hay una tensión muy especial sobre el hijo, hay como una mirada excesiva en general tanto de los padres como de la sociedad. Es decir, bueno, todos los chicos que están haciendo montones de cosas y bueno, eso tiene que ver con elementos social que han ido cambiando..."

....te digo por la inmediatez de la observación que se produce sobre el niño, hay un gran panóptico sobre el niño, es decir, te diría que el niño es de los seres más observados por varias personas, no? Lo miran los maestro, lo miran los médicos, lo miran los terapeutas, lo miran los padres, lo miran los tíos, lo miran todos a el niño y al niño hay que dejarlo que crezca, que busque su camino porque si no va a quedar atrapado, es un gran panóptico, y diría que es un problema actual sí."

E. 7 "Vienen con síntomas ya instalados."

"...hoy los niños participan de diálogos de adultos, este...que bueno

que uno los trae mal, porque eso está bueno, traerlo a la consulta y bueno uno tratar profesionalmente, tratar de aliviar el niño con lo pesado que es para un niño hacerse cargo de temas de adultos, o sea son niños que los padres quieren que tengan espíritu crítico, que decidan todo. Yo trabajo mucho, me pasa en la escuela mucho pero acá también con padres, médicos, tus hijos se deciden cuando se vacunan este porque parece que los nenes deciden si toman leche, si no toman leche, si toman cerealito, si es que comen, a qué escuela van, entonces no se dan cuenta de que lo que estamos generando son depresiones o patologías narcisistas, donde después lo menos que tiene ese niño es fortalezas, porque el niño sabe que no puede auto cuidarse solo, no puede hacerse la comida, no puede llegar a fin de mes, no puede, entonces se está cargando también los niños, los niños tiranos que tenemos..."

"Este...con niños que parecen adultitos que en realidad no lo son."

E. 8 "Es como un mercado muy fuerte para muchas cosas, no? Es decir, desde juguetes, diversiones, ropa, todo lo que tiene que ver con los aparatos, servicios que supuestamente pueden ayudar a la salud, al buen desarrollo, tiene un gran mercado y eso hace que sea una población muy mirada, ¿no? este...también hay como toda una intención social, de mejorar como las pautas de crianza, de educación, este...hay como una mirada muy detallada en lo que puede ser mejor para los niños y eso generando también como mucha información"

"...a lo infantil como etapa del jugar y este, digamos de ir expresando a cada edad lo propio de su estadio evolutivo, eso como que se va apurando cada vez más, como una cuestión de llegada más que a la adultez al tema de la adolescencia. Los niños están como con temáticas adolescentes cada vez más temprano, que eso...como que reduce el juego y además algunas cosas realmente parecen ser como medias artificiales no parece ser, a mí me sigue pareciendo que hay cuestiones que son del niño escolar o que son los tránsitos por las distintas etapas, que están en los niños pero que se ven como compelidos y además como seducidos hacia tomar etapas que parecen muy interesantes en los adolescentes..."

E. 9 "Bueno están las cuestiones que tienen que ver con los derechos

de los niños, todo lo que tiene que ver con la dimensión género que no sé... yo no, digamos en el trabajo con los niños en todo caso lo que yo trato de hacer es que la voz, la voz del niño tenga peso, no?"

E. 10 "...que los niños quedan mucho más solos... tan muy pocos con los papás, si bien uno valora mucho la calidad del tiempo que están con los papás no la cantidad, este...muchos... con él, otras cosa que los padres que yo veo acá están como muy atentos a que el niño no esté todo el tiempo con la computadora, por ejemplo con la Tablet, con los , pero es una cosa que los niños usan mucho (...) esto de colocar muchas cosas, volcar mucha cosa en los niños de las frustraciones de los ideales, muy cargado, (...) se le da mucho lugar en el sentido de lo que la sociedad se proyecta en los niños..."

E. 11 "...siempre llama otro, el encuentro con un niño siempre está mediatizado por el adulto significativo o a cargo..."

E. 12 "Y, hoy en día me parece que muchas veces se está perdiendo lo característico de la infancia, de bueno, justamente, jugar, crecer y adoptar herramientas desarrollarse en el futuro, porque se los está como institucionalizando demasiado rápido y mucho tiempo. Entonces me parece se le exige más de lo que puede el niño con su capacidad."

E. 12 "El niño es muy transparente si se quiere en el juego, él está trayendo su dificultad y su conflicto, hay que saberlo interpretar evidentemente, ¿no?, esto es lo lindo que tiene el niño, que muy transparente lo trae muy claramente generalmente su conflicto en ese juego, entonces se es fácil si se quiere interpretar."

E. 13 "...este...no podría decir que tiene características particulares, cada niño tiene sus características, individuales, no diría que hay un patrón que uno pudiera decir, los niños de hoy son de tal forma, no, no podría decirlo, si lo podría decir de los adolescentes, pero no de los niños."

| | |
|------------------------------|---|
| <p>Y sus demandas</p> | <p>E.1 "Varía mucho la consulta, la clínicas según la edad de primer año de vida, a reventar un año y medio, síntomas funcionales, no comen no duermen, no controlan esfínteres y demoran en hablar más que nada, sueño y es muy difícil los límites, con berrinches, explosiones, tiene que ver mucho con relación a lo vincular."</p> <p>"Después con lo otro tiene que ver de todo, porque va a ir dependiendo de la edad, lo particular, todo lo que somatiza, lo que tienen trastornos de aprendizaje que no están aprendiendo, los que tienen trastornos de conducta, opositorista o los que tienen agresividad en el vínculo con los pares y con los maestros, pensando en edades escolares."</p> <p>"...tal vez estén apareciendo más elementos de angustia de separación como las dos caras, elementos de angustia de separación donde la consulta es esa, no se quiere quedar solo a los cumpleaños, no quiere quedarse a dormir en la casa de los amiguitos, este...le cuesta horrible el régimen de visitas, ¿no? Y es una situación de mucho llanto, y crisis cuando tiene que ir de una casa para otra, este...y en los niños chicos también las dificultades de adaptación al jardín, esas cosas así, más trastorno de sueño de noche."</p> <p>E. 2 "Yo creo que siguen siendo las dificultades de aprendizaje, es más, las cuestiones en torno al aprendizaje, eh...digamos, no porque siempre el asunto sea el aprendizaje, por ahí alguien dice, dificultades en inserción escolar, sino porque este en general se manifiestan por ahí."</p> <p>"yo creo que mucha cosa, te digo depositar en los gurises cosas que no puede el sistema"</p> <p>E. 3 "Quizás las demandas antes eran otras, las demandas estaban más especificadas a las patología muchas veces y hoy cualquier situación es convertida en patológica y bue...lo que más demanda es a nivel de la educación y de los núcleos familiares que parecen necesitar un manual, para, este...para criar a uno."</p> <p>E. 3 "...si la demanda vienen porque me porto mal, todo niño que viene porque se porta mal van a intentar agradar, volvemos al terapeuta, a esta figura del maestro o del corrector, en realidad y este es para mí como</p> |
|------------------------------|---|

la particularidad, y la otra particularidad es que ha cambiado en el contexto y que es muy importante cuando uno le puede garantizar al niño que el trabajo que hacemos con él es con él y que cuando tengamos que hablar con los papás, lo vamos hablar, si él quiere que hablemos con los papas, o si entendemos nosotros que tenemos que hablar con los papas delante de él, para quitar esas fantasías que antes era mucho más frecuente digo que uno hablara con los papás sin que el niño estuviera."

"...con sobrediagnóstico fundamentalmente, que tiene que ver con los déficit atencionales de cuando los hay, eh...las ansiedades, cuando son etapas del desarrollo normal del niño, y dificultades de comportamiento, eso como lo más frecuente."

"...antes, este...digo, llegaban ya con un diagnóstico, con una patología psiquiátrica, este, y eh...las consultas eran mucho más tardías, ya cuando había alguna enfermedad. Hoy por hoy, por lo menos las consultas tratan, tiene que ver por lo menos con prevenir y no tanto curar, yo creo que es la diferencia más grande, antes, vuelvo a repetir, en el trascurso de mis más de veinte años trabajado con niños, también han cambiado las entidades nosografías entonces hablamos de diagnóstico que antes no existían, y bueno...creo, por eso, no sé si uno puede hablar de cambios en sí mismo porque no sé si son tales, tal vez lo que ha cambiado es el marco contextual donde está inserto el niño."

E. 4 "...vienen con trastornos severos y trastornos de esas características generalizado del desarrollo..."

"...bueno, muchas veces vienen derivados de las instituciones escolares, con los colegios eso es una derivación muy frecuente, a veces por problemas de aprendizajes, a veces por problemas de conducta, la característica hiperactividad, o a veces son derivados por psicólogas que atienden a sus padres, por ejemplo terapia de pareja y bueno, este...a partir de allí surge la necesidad de consultar por el niño, este, no veo solo un tipo de niño, veo situaciones bastantes variadas..."

E. 5 "Yo generalmente trabajo con los neuróticos, ta, este... fundamentalmente vienen ya sea por su dificultad de controlar los impulsos, son niños muy inquietos, que les cuesta focalizar su atención, y

por otro lado últimamente he recibido por depresión, es decir, bueno eso en los últimos tiempos, pero generalmente he atendido a este tipo de niños, algunos borderline también."

"...los motivos de, digo, es este, por un lado la depresión en el niño, la dificultad de controlar los impulsos, la agresividad, eso también..."

E. 6 "Bueno, niños con muchas dificultades a nivel escolar, este... tanto a nivel del comportamiento como del rendimiento, este, y de en algunos casos inhibiciones, por ejemplo chicos con dificultades de comunicación."

"Mi experiencia está mucho en el campo del tema escolar, toda la temática asociada a la enseñanza o al aprendizaje o al comportamiento en el aula, te diría que es como que la escuela es un campo muy complejo y a veces muy perturbador para el niño, porque seguro la singularidad que tiene una terapia no lo puede tener una escuela, que uniformiza, generaliza. Este...los chicos con déficit atencional, este...son chicos que muchas veces los estigmatizan mucho y hay lugares en otros países en donde los chicos se van de la clase sin problema ninguno, no tienen inconvenientes."

"...eran problemas vinculados a la escuela, al aprendizaje o eran temas de comportamiento del niño, va de comportamiento en el sentido sintomático de expresión a veces no se arma el síntoma y son más bien conductas, chiquito que va al jardín de infantes y pega o muerde. Lo que quizás antes había era un poco menos de celeridad en la rapidez que hay ahora en relación a detectar entre comillas un síntoma, ahora da la impresión de que todo es sintomático en él, no permiten que el niño siga caminando y a veces el concepto de síntoma es un concepto muy, no es lo mismo para el psicoanálisis que para la psiquiatría, el concepto de síntoma para el psicoanálisis es una formación del inconsciente, es un concepto esencial, es decir se disuelve o no se arma en un niño que está creciendo que está evolucionando, ¿no?, muy difícil que a veces se armen los síntomas y cuando queda coagulado por un diagnóstico solo así este que delimita, delimita casi la vida del niño, la subjetividad del niño, este...es decir, el síntoma se va a hacer porque queda coagulado,

no porque el niño lo produzca o la subjetividad del niño lo produzca...”

E. 7 "Con síntomas ya instalados, padres más difíciles porque vienen con la teoría ya instalada, hoy en día nos desborda por todos lados las teorías que hay sobre el cohecho, las teorías sobre yo les doy un amamantamiento hasta los cuatro años, si y no es que opina el psicólogo, eso lo estamos viendo...”

E. 7 "...no es solo por ver Foucault, pero uno sabe el manejo que hay de poder estar generando síndromes a veces de los propios laboratorios, desgraciadamente más allá de que lo social, atraviesa y hacen que se generen patologías. Lamentablemente hoy sabemos que también hay patologías construidas por los laboratorios internos poderosos, entonces como uno ya hace 15 años con Alicia Fernández sabíamos que el déficit atencional con hiperactividad era algo que estaba revoloteando por todos lados, que todos recibíamos pacientes con déficit atencional e hiperactividad (...) también nos enteramos hace unos años de que ahora como la ritalina se había prohibido ahora ya más de diez quince años, en E.E.U.U., sabemos que ahora van a venir los opositoristas desafiante, y bueno, en la clínica aparece eso, los opositoristas desafiante también tenemos mucha depresión infantil que antes era impensado. En un adulto es mucho más simple, ahora no tanto, y también este...los trastornos alimenticios, ¿no?"

E. 8 "...este...hay como bastantes dificultades con los límites, de parte, hay muchas actitudes que son de los padres, ansiosos hiperactivos, este... siguen habiendo niños; también muchas consultas que siguen teniendo que ver con miedos, fobias, que siempre ha sido así, este...las dificultades de integración con los pares o las dificultades de aprendizaje, más que de aprendizaje de que hay un problema de rendimiento que después hay que ver en que consiste la dificultad también desde los colegios y desde los jardines se forman demandas."

"Bueno el tema de la hiperactividad, de la impulsividad, ese es muy claro, eh...este, el tema de las dificultades de los límites con los padres, como manejarse ello frente a los cambios de familia por separaciones cambios de parejas"

E. 9 "Los niños que llegan, bueno, depende eso de... fundamentalmente son niños que están en la edad escolar y que presentan alguna problemática en su aprendizaje o también es verdad que también algunos tienen síntomas que superan, exceden aprendizajes tienen que ver con encopresis o problemas que tienen que ver con trastornos psicosomáticos este... si básicamente esos..."

"...el trastorno por déficit de atención e hiperactividad este...está como muy sobredimensionado y este... es un bolsón donde entra cualquier tipo de problema de los niños, yo creo que el problema en el niño general es la manifestación de la angustia, al principio hay una angustia que se está manifestando de esa forma, que no encuentra palabras, hablarlo y decirlo y que bueno, no se puede reducir a una cuestión neurológica y que bueno, me parece que eso está marcando a muchos niños, se está estigmatizando..."

"...lo pasa que depende el ruido que haga el niño y cómo repercute ese ruido a nivel de los padres o las instituciones, a veces los padres no pueden escuchar lo que les está pasando al niño y bueno son las instituciones las que responden y ahí hay que construir la demanda conjuntamente con los padres, porque los padres no pueden entender que realmente le está pasando algo al hijo, ¿no? Hay padres que pueden entender y hay padres consultan, vienen y consultan y que ya es un movimiento de ellos mismo porque se está interrogando, se dan cuenta que el hijo está sufriendo por algo y que ellos no lo pueden ayudar y se sienten desbordado y consultan, se preguntan qué está pasando. Hay otros que vienen y que demandan que también son un agente por parte de ellos, pero lo que te demandan o lo que te piden es... viene con quejas que el niño no se porta bien, no es el niño idealizado que ellos esperaban y esperan que nos demandan a nosotros que le devolvamos ese niño perfecto que es imagen y semejanza del amor de lo que ello consideran que debería ser y sino hay otros que vienen muy molestos porque no se preguntan ni demandan ningún tipo de cambio y que vienen porque los mandó la maestra. Entonces dice a ver hágame el informe, no hay allí ni demanda ni consulta, este... directamente consideran que no les pasa nada al hijo, que no están dispuestos a modificar nada, entonces ahí la situación es más difícil para trabajar ¿no?, vos necesitas siempre el apoyo

de la institución para seguir trabajando."

E. 9 "El trabajo que más me ha costado con los niños que presentan justamente dificultades de orden psicosomático o que presentan enuresis o encopresis son, como enuresis y encopresis, síntomas muy rebeldes, este... complicados, este... que empiezan a cobrar autonomía ya desde de la capacidad simbólica y que para ligarlos es un trabajo que siempre genera un desafío importante y que genera como momentos de frustración, parece que ya había remitido y bueno vuelve como si recién empezara ¿no?"

E. 10 "Los papás consultan bastante con los niños, tienen dificultades en el aprendizaje cuando no están rindiendo en la escuela, eso es un tema, aunque las cosas sean por otras cosas, pero cuando los maestros dicen bueno, este niño tiene dificultades en el rendimiento o lo que sea o por mal comportamiento, ahí es que consultan."

"A veces las dificultades de aprendizaje tiene que ver con la agresividad... El tema de la adopción es otro tema, no sé... como motivo de consulta explícitos digamos, después aparecen los otros como primer motivo."

"Las dificultades en los vínculos, por ejemplo con los padres o con otros niños la agresividad".

E. 11 "... había una derivación muy fuerte que hacían las maestras por dificultades de aprendizaje en aquel momento, digo, siempre es otro, nunca es el niño por sí. Siempre esta mediatizado por otro, en este caso las maestras, por eso digo, venían los padres, digo, convengamos que habitualmente es un padre o una madre que llama pidiendo ayuda por su hijo."

"...se instaló el déficit atencional como problema, me explico ¿no?, la importancia de la interconsulta en el trabajo con niños para ver cómo se integran, convergen diferentes expectativas del lado de la psicomotricidad, del lado médico, no? Este tipo de cosas, el tema de la violencia, verdad, ahora el bullying, no sé ese tipo de cosas, son cosas que se han ido instalando cada vez con más fuerza..."

"...en términos de que uno hizo una primera parte del trabajo lo mejor que pudo en base a la demanda parental, respecto de ese niño, una cosa es lo que los padres piden y otra cosa es lo que el niño puede estar pidiendo, ahí puede haber ciertas distancias, ¿no?, pero si uno posicionó bien la cosa de los padres en relación al niño, en esa cosa que insisto diferencial que es una psicoterapia a pedido, porque no la hace el niño propiamente, pero después uno puede pensar que en ese proceso de estructuración psíquica, subjetividad que está haciendo un niño que está en edad escolar por ejemplo, hay angustia, temores, impulsos que están comprometiendo un desarrollo más saludables en términos de un juego y de la posibilidad de ir creciendo, no? Puede haber un niño muy impulsivo, un niño que, que nos capture de un modo que nos ponga en jaque en nuestra posibilidad de ayuda y entonces está el autoanálisis que uno pueda hacer de ese niño, la implicación de uno en la transferencia, de tal manera digo, sorteando obstáculos, no es sin problema que esto ocurre."

E. 12 "Generalmente son niños sin límite, generalmente con alguna dificultad a nivel vínculo madre-padre niño en el vínculo familiar, falta de límites, desorganización y todo lo que ello conlleva ¿no?"

E. 12 "Hoy me parece que los motivos más frecuentes tienen que ver para mí con lo que te decía hace un rato de la dificultad en el vínculo padre- madre-hijo, muchas veces hoy en día por lo menos desde mi experiencia y en el ámbito privado que es donde yo trabajo ¿no? No quiere decir que en otros ámbito no haya otras dificultades, en el ámbito privado y en mi experiencia, la dificultad en cumplir el rol de padres, la dificultad que tienen es muchas veces los padres separados, que hay muchos conflictos entre ellos y por lo tanto el niño queda como rehén de esa situación, entonces hacen o que no le ponen límites o no son claros en los límites, el niño entonces se siente medio perdido, con todo lo que eso trae..."

E. 13 "Y las demandas bueno, en realidad vienen de la familia, o de la escuela, o del liceo, en caso del adolescente."

"Se ve de todo un poco, niños que este... consultan por dificultades de aprendizaje, por lo que pueden ser este... trastorno de conducta, por este trastorno de conducta básicamente, por... sí, sí, trastorno de

| | |
|---------------------------|--|
| | <p>conducta, o dificultades vinculares, también dificultades vinculares a nivel del medio escolar, también, básicamente serían esos."</p> <p>E. 13 "...no veo que hay habido mucha variación, creo que se consulta más que antes, eso sí, quizás antes se consultaba cuando se llegaba a situaciones más, este... más estructuradas, más complejas, hoy por hoy hay mucho más conciencia de la posibilidad de ayudar al niño, porque claro, como el niño es un aparato psíquico, en permanente evolución y crecimiento hay una posibilidad de intervención y de generar cambios muchos mayores que en un adulto y eso es parte de lo lindo del trabajo con niños, justamente el hecho de ver que uno está frente a un aparato psíquico en construcción y es más permeable, más receptivo que lo es el de un adulto por cierto..."</p> |
| <p>Sufrimiento</p> | <p>E. 1 "Y el sufrimiento en realidad queda obturado, ¿no? Si yo te digo, vos venís y me decís ¡qué horrible! estuve con una angustia espantosa, no paro de llorar y te mando un ansiolítico, seguramente mejore el síntoma ¿no? Ahora, el sufrimiento que está expresándose con esa angustia no lo sabemos ¿no? Que pueda aparecer por otro lado, capaz sí, capaz que no, capaz que el síntoma se genera solo ahí y con el ansiolítico marcha, pero que realmente no se llega porque el tratamiento farmacológico lo que hace es actuar a nivel del cerebro, entonces lo que me falta, lo que me sobra, lo pongo lo saco, entonces logro que químicamente el cerebro funcione bien. Lo que está demostrado, que con la psicoterapia... es que la estructura del cerebro cambie, porque vos el fármaco lo sacas y se vuelve a exactamente cómo funcionaba antes. Sin embargo, con la psicoterapia si vos cambias la estructura vos sacas el fármaco y la estructura es distinta a la que había antes, ya está."</p> <p>E. 2 "Yo creo que hay güirises que sufren y que hay que ayudarlos en su sufrimiento; que sufren por cosas más propias por decirlo de alguna manera. Y hay güirises que sufren porque el entorno los acecha, mi pasaje por la ANEP fue como encontrarme con el reino de la patologización."</p> <p>"Estos güirises que yo te decía, encuentran recursos para sobrellevar eso, pero también tienen un nivel de sufrimiento, no van por el mundo</p> |

encantados de la vida con eso que les tocó vivir."

E.4 "El sufrimiento actual yo creo que pasa a veces por muchas exigencias, por muchas expectativas ¿no? este... y a la vez por niños que son un poco, quedan un poco desamparados en esto de ser tratados como iguales, muy desde la simetría y desde unos padres que plantean: "yo lo que quiere es que mi hijo sea feliz", pero en esa búsqueda de darle felicidad, de no frustrarlo, dejarlo que se exprese y todo lo demás, creo que dejan a los niños muy desamparados muchas veces y que eso es motivo de un desasosiego, de un sufrimiento. En definitiva, porque este... creo que el niño necesita una contención que implique, bueno, saber lo que está bien y lo que está mal, con cuidado, un cuidado real, no sobreprotección ni tampoco un está todo bien lo que tu desees."

E.5 "Uno se sensibiliza mucho con el sufrimiento infantil, es decir, lo captas, es decir, no solo lo detectas, sino que lo revivís si estás en un vínculo terapéutico. Entonces bueno, realmente ahí hay que comparar al niño en eso, hay que ir acompañándolo, que se sienta comprendido e incluso el niño capta si uno está empatizando en ese sentido con él, no solo intelectualmente sino a través de las emociones. Este es un tema que el terapeuta queda muy preocupado por el sufrimiento del niño, cómo va a salir de eso, si es suficiente ayuda, si, si..."

E. 7 "Sin duda nosotros trabajamos con el sufrimiento. El niño tiene un padecer, explícito, implícito, consciente, inconsciente, preconsciente, pero lo tiene, este... y bueno, es con la empatía nuestra y contratransferencia, que uno tiene que tomar contacto con ese poder y bueno, ubicarnos en el lugar para tratar de sanar todo lo posible."

E. 11 "Yo trabajo con un enfoque psicoanalítico social, donde me interesa el padecimiento, el sufrimiento, sin hacer diagnóstico psiquiátrico en el sentido fuerte del término sufrimiento, la angustia, la angustia neurótica, la angustia en relación a sus impulsos, a sus fantasías, a sus conflictos de desarrollo."

| | |
|--|--|
| Dispositivos utilizados y técnicas de | E.1 "La dinámica con niños hace que tenga múltiples asesoramientos con distintos profesionales, a ver, cuándo trabajan |
|--|--|

| | |
|----------------------------|--|
| <p>intervención</p> | <p>psicoterapeuta, la fonoaudióloga, la psiquiatra, yendo a continuas consultas a los colegios que el psicodiagnóstico ¿no? que es una instancia puntual que evalúas y con el informe comunicas...no me ayudas, porque ¿cómo es esto de integrar a los padres? Me mataba de la risa, porque al principio era esa cosa como muy rígida, muy estructurada”</p> <p>E.1 “...lo que pasa... ahora, yo nunca introduje la pantalla. Yo sé de un montón de gente que trabaja con los jueguitos y este... la computadora misma, los juego y este... yo no, la pantalla yo nunca la introduje, yo creo que los chiquilines tienen en su cotidianeidad mucho acceso al juego en pantalla, y capaz que, capaz no, estoy convencida que la hora en psicoterapia es darle la posibilidad de la hora de juego, con otras cosas, ¿no? que de repente no tienen tanto en la casa...”</p> <p>“...el juego tiene que ser afecto positivo, un niño que juega tiene la posibilidad de contactarse con sus aspectos buenos, un niño que no juega o que realiza un juego reiterativo viste... como más traumático, y que no disfruta del juego, es el niño que tiene una dificultad patológica grave. El juego siempre tiene que ser divertido y disfrute para el niño, aunque esté trayendo su conflictiva, ¿ta?”</p> <p>E.2: “...Uno de los grandes cambios que yo fui teniendo en la clínica, salí de esa mirada tan en lo intrapsíquico, en el conflicto psíquico como trabajábamos y transferencia, cómo se manejaba el conflicto a través de la transferencia, hacia una mirada más de lo vincular (...) se produce no solamente en lo intra, sino en lo inter y en lo trans...”</p> <p>E.2 “...seguimos trabajando con el juego.”</p> <p>E.3 “...digo que hay cambios, que si algunos están buenos otros no tanto. También, nosotros antes en la clínica con niños, uno llevaba procesos más largos; hoy por suerte en algunos aspectos, que uno puede y debe trabajar a lo que Freud decía, a trabajar con los papás y con una tarea casi pedagógica. Uno termina siendo con los papás y con los niño, lo que cambia, en la clínica es el no tiempo, antes la organización familiar yo creo que uno podía tener de alguna manera</p> |
|----------------------------|--|

mayores resultados, el niño tenía un lugar y la preocupación era otra, ahora los papas no tienen tiempo o el horario se complica, me parece que no es tanto de niños sino el entorno lo que ha cambiado en relación al niño...”

“...el psicólogo que trabaje con niños tiene que salir fuera del consultorio. Ver que es lo que hay afuera...”

...yo insisto que en psicólogo, tiene el psicólogo clínico en particular tiene que salir afuera desde lo institucional dependiendo de que contexto trabajar también en la interdisciplinar incluir otras disciplinas en el trabajo con el niño, son fundamentalmente...”

E.3 Dependiendo de la edad generalmente este adhiero al psicoanálisis, caja de juego fundamentalmente este para trabajar con los niños, juegos reglados ya más sobre los nueve o un poco más grande pero fundamentalmente la técnica de la caja de juego y la inclusión a veces de la tecnología cuando el niño la trae y me parece que es bueno como una herramienta que uno ha tenido que incorporar, bueno... esto uno lo ve cuando antes uno pedía, bueno... tráeme el carnet, pasan trayendo el carnet de nota, ahora el concepto de la maestra tenemos que verlo en la computadora. Ahora no, cuando vemos los cuadernos tenemos que ver la ceibalita, está bueno incluir de acuerdo al contexto histórico en el que vivimos, las herramientas que sean favorecedoras para el niño.”

E.4 “...Bueno, creo que muchas veces es una clínica que busca resultados. Las personas que consultan, sobre todo a nivel de los padres, digo... en el caso de los niños, buscan más resultados, de pronto... más que procesos ¿no...?”

E.4 "Bueno, yo sigo aprontando la caja de juego, eso yo veo que los niños cada vez menos se interesan en la caja de juego y este... sí los juegos electrónicos. Utilizan mucho ver video de *youtube* que a veces vemos juntos en mi consultorio, este... y sino juego de mesa. Eso es algo que les sigue atrayendo, pero más como en ese aspecto jugar con otro, no se ve tanto el juego solitario con juguetes de crear situaciones, situaciones de mucha imaginación, y detenerse en eso,

eso lo veo hace unos cuantos años que ha disminuido."

E.5 "...la demanda es que las terapias tienen que ser cortas, focalizadas, este... y bueno, y es lo que tratamos de hacer, eso sí lo noto. También en un cambio en el terapeuta, qué es lo importante, de cuáles son los objetivos, de lo que podemos hacer, estrategias, eso, como un cambio muy rápido..."

"...aplicamos algunas técnicas, que claro, en un momento estábamos como transgrediendo algo. El terapeuta, al ser tan activo y aplicar, y sino aplicas pero... bueno, darla la posibilidad de un disparador, para que fluyera la comunicación. Entonces eso sí lo veo como un cambio. Yo lo había asumido hace muchos años y cuando en los primeros momentos que los, es decir, expusimos nuestras técnicas en congreso, tuvimos clara nuestra resistencia de la gente, que ahora hay muchísima más aceptación... Vi cuán importante es para que puedan emerger otros aspectos del paciente de una manera mucho más espontánea, más fluida, que estar solamente a través de la palabra o del juego..."

E.5 antes era más lento, porque no había esta variedad de recursos técnicos..."

E.5 "Mira, utilizo algunos juegos de caja, puede ser, o de computadora también. A veces los niños acceden a la computadora, a los videos juegos, hay veces que nosotros, digo nosotros porque yo soy con otra psicóloga diseñamos determinadas técnicas, y bueno... y a veces las desplegamos este...es técnicas parecidas a fotolenguaje. Bueno eso, también por eso, cuento, esto también, pero cuentos también con dibujos diseñados para ellos, todas esas cosas las hemos introducidos hace tiempo en las terapias. Por supuesto que dejamos que el niño venga y despliegue él, pero si vemos que tiene dificultad para hacerlo, ahí sí, por supuesto, dejamos al principio que el niño lo haga y esperamos, pero si ese no hacer del niño genera en el vínculo y en el niño una ansiedad importante, tratamos de calmarla introduciendo nosotros algo y generalmente funciona, porque después el niño sigue bárbaro, con asociación libre y con los caminos que él

quiera recorrer ¿no? Pero si no hay un disparador y... está bueno."

E.6 "Los juegos, el juego sigue. Siento a veces en los chicos te piden juguetes de mejor calidad que la caja de *Esther Bick* que son los muñecos de madera, yo que se... me ha pasado de comprarme un *lego*, comprarme bueno, uno puede hacer algo de eso, no necesaria, pero el niño juega con. Depende de las edades, y también del grado de necesidades que tengan, yo trabajo, he trabajado con la computadora, con el celular, con la Tablet. Además de decir que me gusta la tecnología lo he aprovechado, el niño se expresa con una hoja de papel o con un juego por computadora. No hay, es decir, no porque se incorporen herramientas nuevas va a cambiar el campo transferencial ¿no?"

E.7 "...hoy los padres de los niños, a mí me pueden mandar un *whatsapp*, mostrándome."

"Los tratamientos no duran como antes, todo este tiempo, ahora son más breves."

"...Hay una matriz y un formato que, claro, capaz en lo manifiesto uno no le dice al paciente o a la familia esto: no tengo idea de hasta cuándo va a durar o sea... obviamente lo hacemos todo, obviamente lo lindo, bonito y barato y cortito, todo eso. Estamos en un mundo donde no se plantea igual el trabajo como la frecuencia, como hoy en día. Yo entiendo, pero por mis características yo no puedo trabajar quincenal..."

"...La esencia me parece que vamos al psiquismo, obviamente son psiquismo distintos porque en el psiquismo esta la influencia de la cultura, entonces sin duda los contextos, ni que hablar del celular, de la información que tiene el niño, todo lo que sabe el niño de lo que les pasa a los padres, en nuestra época los niños no participaban de tanto..."

E.7 "Al principio uno utilizaba un poquito más de técnicas. Hoy para mí la técnica privilegiada para mí es la entrevista, y el juego

siempre."

E.8 "Las demandas de los padres... también vienen con ideas de tratamientos más cortos, a veces cuestiones muy puntuales en este punto de las estrategias, a veces es a ver, dame una estrategia en dos sesiones, este... y a veces con cosas que hay que ponerse a conversar de una manera que llama la atención, como la falta de sentido común que se va generando, porque de repente el hijo no se está integrando para nada en los medios sociales y pretenden irse ellos con una estrategia para decirles al nene..."

"...los hijos hagan lo mejor posible. Muchas veces vienen informados por diversas vías. En internet, ahora todo se consulta por *Google*, entonces claros... los padres vienen resonando con piquetas y temores a este... por ejemplo, al tema de los hijos con déficit atencional. Es uno está muy sobre diagnosticado y el de los trastornos de espectro autista, trabajando con niños chiquitos; como que repente hay algunas conductas y los padres se asustan, algunas conductas que además de cierto aislamiento, además como un punto justamente aislado y los padres temen que sea de espectro autista, con todos los temores que surgen y aprehensiones, siendo que la mayoría de las veces no sé trata de eso ¿no? Yo creo que... justamente es muy importante, justamente la detección temprana de lo que son patologías severas, eso me parece que es muy importante para empezar a trabajar cuanto antes y muchas veces en equipo. Hay como áreas que tienen, y a su vez cómo poder detectar lo que no tiene gravedad y lo que en realidad es normal del desarrollo, porque hay demanda de los padres y de los colegios, porque no bancan determinadas situaciones la gente de los colegios o lo médicos también. Está bueno que estén informado, pero también a veces tienen información superficiales y empiezan como a rodar etiquetas de cosas que no se corresponden a la realidad, pero también poder como trabajar que hay situaciones que lo que se tratan es que son propias de ese momento evolutivo o que hay conflictos entre padres e hijos que son inevitables. Hay como una idea de que se quisiera que eso no existiera, que se viene a consultar como si existiera una manera de borrar la conflictividad y problematicidad con alguna cuestión mágica. Y el otro punto a mí me

parece que tener como tener un diagnóstico dinámico de... yo siempre hago al principio, con los estudios psicológicos con niños, hago un breve diagnóstico porque a mí me da determinadas hipótesis, pero no en el sentido de catalogarlo en un cuadro psicopatológico sino como está su mundo interno, sus mecanismos de defensas, como esta diagnóstico sobre todo si está trabado en su etapa de desarrollo, si está en la etapa de desarrollo que tiene que estar. Si está trabado este... por dónde viene eso, y eso yo en general se los devuelvo a los padres en forma dinámica, porque eso después nos sirve para apuntarnos en porqué este tratamiento, y también después en una evolución. Es decir, porque hoy en días los padres, me parece que está bárbaro, piden mucha más información sobre cómo marcha el tratamiento. Me parece que está muy bien, es decir... y el punto que a mí también me sirve es ver cuándo hay de más primario, cuándo hay más de lo edípico, cuánto hay más del desarrollo de la etapa fálica, porque yo creo que eso hace a maneras distintas de trabajar, que hay una parte que pasa mucho más por el vínculo por un sostén por un maternaje... y hay cosas que, sintomatologías que tienen más que ver con el conflicto inconsciente, con cosas más de la etapa edípica, que de alguna manera hay que ver cómo al niño se le va develando con interpretaciones, con juegos, pero que de alguna manera entonces a mí me sirve mantenerlo."

E.8 "...se nota la incidencia de la tecnología, claramente los niños este... juegan de una manera diferente, este... en lo que tiene que ver con el juego imaginativo yo creo que está costando más, de repente están habiendo otros tipos de juegos. Pero este... como que el niño juegue el juego simbólico e imaginativo este, con objetos, con roles, es un poco más trabajoso. Se logra, pero es decir, a veces les cuesta como salir así..."

"...una metodología que para mí es algo novedoso, para mí que hace poco te hablo que empecé a trabajar con grupos de niños, incluyendo técnicas psicodramáticas entre otras cosas, que es bien nueva y que parece que está muy buena para los chicos de hoy ¿verdad?, yo siempre este... me caracterice por ser siempre muy participativa y muy lúdica con los chicos y hace ya como unos cuantos

años que ido como buscando en algunos momentos yo proponerles algunas propuestas lúdicas, este... que digamos son libres, pero son libre en el sentido de que son para que el chico despliegue su fantasmática. Pero yo le propongo en algún momento que hagamos algo, historietas en conjuntos, que pueden ser historias, dibujos en conjuntos en distintas cosas. Yo les propongo esto porque no lo hacemos con determinado material plástico, que en realidad hace mucho que lo vengo haciendo y lo sigo implementando y me parece que sirve mucho, pero que no es una cosa exactamente así que me la enseñaron.”

E.9 "Sea tanto en relación a los padres o en relación al discurso parental, a los discursos de las maestras o del sistema o de los del pediatra, este... en fin yo inclusive trabajo en diálogo con psiquiatra infantil, yo tengo un equipo, podría decir que es un equipo porque siempre que yo he requerido hacer alguna interconsulta solicito que sea con esa psiquiatra que yo sé que puedo dialogar y que también tiene una, este... un enfoque psicoanalítico y una escucha, que no es solo una doctora que solo vaya a medicar, sino que escucha el malestar allí, el malestar instalado."

“...el discurso es más de juego, o sea, lo que hay que hacer para mi es básico, poder realmente estar disponible y jugar, este jugar no como técnicas, sino jugar en serio, comprometido, donde vos muchas veces estás metido en algo que no sabes realmente lo que está pasando allí, hasta que llega un momento que podés como transformarlo eso en palabras o poner en palabras ¿no? Porque una puesta en acto, para poder ponerle después en sentidos puesta en acto, puesta en sentido el acto, o sea, digamos... los actos en la infancia, que son actos a través del juego, a través del dibujo, son grados de simbolización o formas de simbolización que requieren. No digamos que todavía no disponen de la palabra como para poder transformarse en actos más metafóricos, entonces a través del juego y de la puesta en acto, también por el juego hay momento que le encuentran sentido que sabes que es la palabra”

“...tienen a disposición la caja de juego, sigo aportando como una

disponibilidad allí donde están todos los elementos clásicos de la caja de juego, las cuestiones escolares, pero también los animales, los modelados, la plastilina, todos los elementos esos, y después una cantidad de juegos de caja este... pelota, juegan mucho al fútbol con los varones, este... y bueno, yo no se diría que es una técnico sino que es hablar con las posibilidades que tiene el niño, o sea, que es a través del juego y del acto..."

E.10 "...que uno está trayendo cosas nuevas, además de afuera; que es difícil estar uno, lo traen ellos y te acercan ellos: que juegos de internet..."

"...Si uso eso (juego) y psicodrama..."

E.11 "Lo que pasa que cuando digo juego, estoy diciendo una cosa muy conceptual y profunda que todo lo abarca. Luego a nivel de técnicas podía ser todo eso que el niño me diera, a ver, todo con lo que yo pudiera proponer, para producir precisamente, ese encuentro. No sé... podría ser armar una pelota, y no sé, a través del juego de pelotas, poder pensar lo que al niño le estaba pasando, el dibujo del pizarrón, de jugar con distintos elementos que nos permitieran entender la conflictiva inconsciente que está allí desplegándose en transferencia.

E.11 "Winnicott decía que hablando de psicoanálisis de adulto, que era el juego más refinado, entonces el juego ocupa un lugar en el trabajo con adultos. El juego en el sentido de lo transicional de Winnicott, y no es que la palabra no ocupa un lugar en el encuentro con un niño, es más, por ahí Melanie Klein decía que cuando el niño era capaz de poner en palabras lo que le pasaba, era un indicador del fin de un tratamiento. Entonces la palabra ocupa un lugar, pero digo, pienso que puede haber otro tipo de abordaje desde el marco psicoanalítico, la posibilidad de jugar con el otro es esencial en la comunicación, en la tramitación de las angustias, en la expresión de los conflictos y en la posibilidad que uno pueda desde allí también ayudar al otro."

E.11 "...es una psicoterapia a pedido, a pedido de un tercero, a

pedido de un otro, y en mi práctica yo jerarquicé mucho el trabajo con los padres...Muy abierto a estrategias singulares cada vez es decir, siempre manteniendo un espacio íntimo con el niño o la niña en particular, pero abierto a la posibilidad del trabajo de los padres solos, entrevista aparte, de entrevista con la madre, entrevista con el padre, a solas, entrevista sesión conjunta con los padres y el niño, o con la madre y el niño, el padre y el niño, esto abierto cada vez en función de cada situación. Bien, pero siempre con el aval del niño, y el niño como centro, en algunos casos también he trabajado con padres sin llegar a ver al niño."

E.12 "...que uno tiene que tener una solidez teórica, un marco teórico, que sustente su forma de trabajar, obviamente también adaptándose a las cuestiones que van surgiendo desde hoy en día, no sé, más en los padres, en el caso de los niños estamos hablando ¿no? De repente mandan un mensaje por *wattsapp*. Antes era inviable, hoy en día o por lo menos en mi caso, uno se adapta a eso, uno se tiene que volver un poco más permeable a determinados cambios que se imponen, pero sin perder lo que es el encuadre, lo que es el marco teórico, que es lo que sustenta."

E.12 "Básicamente el juego, la caja de juego, este y todo lo que eso implica ¿no? La plástica, este... pero básicamente el juego."

E.13 "Yo creo que ha habido cambios, es decir, que hoy por hoy la consulta con niños es mucho más frecuente que antes, hoy por hoy las consultas, este... en el caso de niños, se han multiplicado, mucho más que antes. Antes yo creo que se consultaba por cosas mucho más este... digamos graves por decir de alguna manera, pero hoy por hoy yo creo que hay una conciencia muy grande con respecto a la posibilidad de ayudar al niño en distintas situaciones."

E.13 "Yo creo que para trabajar con niños evidentemente la capacidad de simbolización es fundamental, la capacidad de simbolización, la capacidad de juego, y evidentemente el apoyo de los padres."

E.13 "...yo diría que antes... no digo que no eran tomados en

cuenta, pero se estilaba menos el hecho de tener entrevistas seguidas con los padres, que hoy por hoy se trabaja mucho en esa línea, trabajar con el niño y también con los padres."

E.13 "Lo que pasa... Francia es un país donde el psicoanálisis, ha crecido muchísimo, este... y hay mucha conciencia de analizarse, y de tener una experiencia terapéutica, sea para adultos como para niños, este... nosotros hoy por hoy, creo que en el Uruguay tenemos una conciencia mayor hacia la posibilidad de las terapias y de los análisis en todas las edades, cosas que antes no se daba tanto. Antes era una cosa más reducida y eran más escondidas, no se decía si estabas en análisis o no, o si iba al psicólogo. Hoy por hoy acá eso es bastante común y en Francia también siempre lo fue, quizás fueron más lo que hoy estamos viviendo acá, en Francia ya se vivió hace más tiempo, hace 30 o 40 años."

E.13 "Juego en el sentido muy amplio, el juego de caja, el típico, la caja de juego de siempre o este... el dibujo, este... la caja de juego y después este, los juegos estructurados y las cartas y los naipes y también todo eso se usa, pero yo no uso computadora. Por ejemplo hay gente que usa la computadora para jugar, yo no uso la computadora, no, no."

Síntesis:

De las entrevistas recabadas surgen dos formas de ver a *la infancia*, Por una parte, una mirada del niño desde su edad cronológica y por otra, una mirada desde las experiencias y el contexto en el cual se desarrolla en el niño.

En la actualidad, se percibe una indiscriminación del lugar del niño con el adulto.

Asimismo, se destaca el fuerte peso de los discursos sobre el niño desde los diferentes actores que lo piensan, los que otorgan una mirada sobre él que resulta incompleta y general, olvidándose de la singularidad de cada niño.

Se hace hincapié en la importancia de la conectividad en la vida de los niños como una forma de ser y de estar, la cual es fruto del momento histórico que vivimos.

Al hablar de infancia, no se deja de mencionar al juego como vía privilegiada de expresión del niño, tanto de su disfrute como de su malestar.

Respecto a sus **características**, se visualiza a los niños solo a nivel intrapsíquico, con adultos que no pueden sostenerlos, insertos en un contexto donde el mercado tiene un fuerte peso y produce dificultades de diferentes índoles que repercuten en los niños. Estas dificultades son: inmediatez, falta de límites, frustración y baja tolerancia a la frustración, entre otras.

Algunos terapeutas señalan la pérdida de lo característico del juego, que permite el desarrollo emocional, en relación a la falta de creatividad.

Una vez más, se resalta la mirada puesta en el niño actualmente, como una especie de “panóptico” bajo la lupa de las exigencias contextuales.

Se destaca que las **demandas** provienen tanto de la familia como del centro educativo. Existe una preocupación por los profesionales ante la patologización que se produce, atribuyéndose una vez más la fuerte incidencia del contexto, el cual expresan que ha cambiado, produciéndose un sobrediagnóstico. Nombran una larga lista de motivos de consulta. Visualizan la presencia de “síntomas instalados”, así como también la producción de síndromes desde los laboratorios.

La clínica ha ido conquistado nuevos territorios en Uruguay, accediéndose a tratamientos de forma temprana, por lo cual se puede decir que hoy se previene, más que se cura.

Se destaca la construcción de la demanda, tanto con el niño como con la familia. El niño viene por un tercero. Su derivación repercute en su entorno familiar e institucional. Hay padres que no están involucrados con los tratamientos y otros que aparecen más cercanos a la consulta y al sufrimiento de la infancia.

El **sufrimiento** surge en estas demandas, los consultados al respecto expresan que el mismo se debe a las “exigencias, por muchas expectativas”, manifestando que los niños se encuentran en un lugar desamparado, sin “cuidado real”.

Dicho sufrimiento impacta en los terapeutas con gran sensibilidad, por revivirse en dicho espacio en su trabajo, apareciendo nuevamente el lugar del fármaco como una forma de intentar apagar el sufrimiento, lo cual se percibe como una obstrucción en la terapia.

Algunos consideran importante poder realizar un psicodiagnóstico que los oriente, mientras que otros no. Buscan evitar los diagnósticos y las etiquetas.

Atribuyen las etiquetas a las nuevas clasificaciones de los manuales.

Respecto a los **dispositivos utilizados y a las técnicas de intervención**, de acuerdo a su trayectoria perciben un cambio en la clínica, en donde se aborda ya “no en lo intra, sino en lo inter y en lo trans” (Ent.2)

Los terapeutas señalan cambios a nivel del encuadre, que incluyen variables tanto contextuales (en donde los psicólogos deben de salir del consultorio), como la variable temporal, en donde surge otros tiempos de duración, donde prevalece la exigencia de resultados rápidos y no tienen en cuenta los procesos, lo cual lleva a replantearse estrategias de abordajes.

Asimismo, prevalece la hora de juego como técnica privilegiada. No obstante, mientras otros visualizan e incorporan la tecnología, otros prefieren dejarla por fuera, al menos por el momento.

El flujo masivo de la información es otro de los cambios percibidos tanto desde los padres como desde los niños, lo cual si bien por un lado puede ampliar conocimientos, por otro produce un estado de alarma ante la no discriminación de datos que circulan de forma genérica.

Se destaca el valor de un trabajo multidisciplinario. Una mayor concientización social, lo que lleva a una mayor demanda institucional.

Otro cambio que es reiterado por los terapeutas es la incorporación de la familia al consultorio, destacando que antiguamente su participación era escasa o nula.

Perciben un juego que también ha sufrido mutaciones en lo que respecta a lo simbólico e imaginativo.

| II Dimensión | Categoría | Subcategorías |
|------------------------------|--|-----------------------|
| Encuentro terapéutico | Denominación | Vínculo |
| | Caracterización del encuentro. | Otras denominaciones. |
| | Lugar de la transferencia. | |
| | Características del terapeuta en el trabajo con niños. | |

| Denominación | Vínculo | Otras denominaciones. |
|--------------|--|--|
| | <p>E.1 "claramente es un vínculo."</p> <p>E.2 "Por el viraje teórico que hice, lo denomino vínculo"</p> <p>E.5 "Si se produce el encuentro, es un momento, es una comunicación este... muy fluida, que se da. Es el inicio de algo diferente para el niño, para ese vínculo terapéutico. Si se da ese encuentro ¿no?, implica una nueva experiencia, para el chico, otro tipo de vínculo que pudo mantener antes, este... y bueno, por lo tanto el cambio se puede dar, sino se produce ese encuentro."</p> <p>E.6 "Este...pero básicamente, me parece que se crea a partir de la transferencia, el concepto de vínculo."</p> <p>E.6 "El concepto de vinculo viene de Leibniz Leibniz que habla de vinculum. Vínculo es la relación sustancial con Dios para Leibniz, era un matemático a su vez. Es decir, después el que trabaja eso es Pichon Riviere, o sea, que hay algo del vínculo que ya está asociado a una especie de entremezcla entre uno y otro. Este...yo tengo la</p> | <p>E.3 "Encuentro terapéutico."</p> <p>E.4 "Nunca lo había pensado así, no, este... creo que bueno, es un encuentro muy especial."</p> <p>E. 8 "Si, bueno, este... son encuentro clínico. Yo estoy allí acercándome para tratar de entender, para tratar ver de qué manera se puede tratar de cambiar determinados aspectos de esa situación clínica que se le generan como malestar, que están trabando. Y bueno, desde qué momento llamarlo encuentro terapéutico, creo que sería, si uno afina, tal vez pueda tener algo de encuentro terapéutico aún un encuentro único, pero digamos... eso es cuándo tiene un encuadre con una estabilidad en el tiempo ¿no?, este... en el que seguimos profundizando el vínculo, yo creo que lo llamaría encuentro terapéutico."</p> <p>E.10 "...yo con un nombre no sé cómo generar en un encuentro la confianza..."</p> <p>E.11 "...porque no sé si le</p> |

| | | |
|--|--|--|
| | <p>impresión de que una cosa es el compromiso que el analista tiene con el niño, pero que sigue siendo un espacio asimétrico, es decir, yo puedo jugar casi como un niño cuando estoy con él trabajando, pero estoy trabajando. Es decir, en algún lado yo mismo sé que estoy trabajando. Lo mismo pasa con la transferencia, yo puedo tener afectividades, pero también al mismo tiempo sé que es un paciente, que no es mi hijo, que no es mi pariente, ¿me explico?, entonces me da la impresión de que la concepción de vínculo este.... puede ser muy interesante, pero me parece que trasciende que yo no sé si se trata de un vínculo. En todo caso, descriptivamente sí es un vínculo, inevitable que sea un vínculo, ahora si eso pasa a campo teórico es otra cosa, yo sigo hablando de la transferencia, la transferencia sí, el niño hace transferencia rápidamente este... porque muchas veces percibe y no conscientemente, que algo de lo que está pasando en la relación con los terapeutas lo está ayudando, lo está haciendo bien, lo está aliviando."</p> <p>E.7 "Acá en un vínculo terapéutico, todo se juega en el vínculo, yo creo que con la edad</p> | <p>pondría un nombre, en todo caso si tomamos, eh... desde el momento que se produce el primer encuentro y donde hay ya una gestualidad, un cuerpo, un contacto, cómo se produce ese primer encuentro, si desde la mirada, desde el saludo, ingresar al consultorio con la caja de juego, con los elementos, de qué manera era. Propiciar justamente un encuentro, o sea que es el inicio de un vínculo"</p> |
|--|--|--|

| | | |
|--|---|--|
| | <p>cada vez te das más cuenta que este... cuando uno establece un vínculo, ahí se van a desplegar la transferencia, la contratransferencia y es por ahí que aparece lo saludable no... es devolverle desde un lugar más saludable, esta construcción psíquica."</p> <p>E.9 "Está el campo transferencia y contratransferencia, o sea, que también las resonancias que generan en uno para mí eso es fundamental, hay un psi, un campo digamos, un campo dinámico que se podría llamar como vínculo, donde bueno, esta la tensiones, este... marcadas tanto por este lo transferencia y contratransferencial que está en juego allí, este... y que tiene que ver siempre con un interrógame en relación al saber ¿no?"</p> <p>E.12 "Es un vínculo, ¿no?"</p> <p>E.13 "Yo creo que se produce un vínculo por cierto, este... se produce un vínculo, y bueno, y evidentemente una transferencia, y una contratransferencia, eso es esencial en la práctica clínica con niños y con adultos también, por supuesto."</p> | |
|--|---|--|

| | | |
|---|--|---|
| <p>Subcategorías.</p> <p>Características</p> <p>(Se mantiene la misma estructura que en la subcategoría anterior, porque se corresponden a los mismos discursos.)</p> | <p>E.1 "El vínculo es un espacio solo para él, es igual que en el adulto, que lo structure, lo arma de la misma manera, que necesita su psiquismo, necesita, yo creo que la regla de la asociación libre está... porque está en el juego, entonces va a traer los temas que necesite jugar y que en el tiempo y las veces que lo necesite hacer ¿no? La reiteración que necesite. Y uno lo acompaña."</p> <p>E.1 "Y el vínculo es lo que se da de ida y vuelta con otro, ¿no? vos podes ser un ogro maldito que lo perseguís por todo el consultorio, que lo vas a comer y que lo vas a matar, pero en algún lugar es un como si un juego, y vos su terapeuta a la cual quiere mucho. Y sin embargo, en ese momento vos podes ser un ogro horrible que se lo va a comer."</p> <p>E.2 "Me parece que no es solamente una cuestión de repetición, yo en esos a mí me parece la noción de neogénesis de S. Bleichman..."</p> <p>"El vínculo en el sentido de que afecta a ambos y se produce algo que es novedoso, es eso."</p> <p>"... cualquier cosa que le</p> | <p>E.3 Se establece un vínculo, donde existen la cuestión de la transferencia, será positiva o negativa pero la transferencia existe. Digo, con las características. Además este... en los niños en particulares es que digo, uno en realidad se acomoda con el niño a trabajarlo y en realidad el niño proyecta a través del juego y del terapeuta muchas más cosas tal vez que un adulto ¿no?, pero digo, es un vínculo terapéutico sin duda...el vínculo que se establece implica por parte del terapeuta ponerle todo, incluso muchas veces poner el cuerpo. El niño muchas veces en ese vínculo que uno intenta establecer, armar y entender, y de acuerdo a la edad, arma a través del cuerpo también y se juegan roles inconscientes, donde generalmente los terapeutas a veces pasamos a cumplir ese rol de identificación de las figuras paternas, fundamentalmente, y si tiene que estar el terapeuta lidiando con y trabajar mucho con el niño, fundamentalmente de que el terapeuta no es un maestro (...)"</p> <p>E.4 "Exige del terapeuta una mayor disponibilidad, en el</p> |
|---|--|---|

| | | |
|--|--|---|
| | <p>decís o haces, ellos son como este... como una esponja, que necesitan que un adulto les esté ahí como sosteniendo y agarran ellos.”</p> <p>E.5 "De acuerdo a los niños, la posibilidad que el terapeuta tenga de la plasticidad para poder este... bueno, amoldarse a lo que le pasa al niño, a la forma de comunicación que tenga el niño, y de poder dar los instrumentos o la forma para que haya ese encuentro, es decir, este... que es único, siempre distinto, este... y que a veces es difícil encontrar (7:38) para que se de esa comunicación, ese compartir algo y para que de alguna manera se produzca el cambio psíquico que estamos buscando, que se produce a través de ese encuentro. Si el niño no se siente motivado para venir, es casi imposible continuar un tratamiento."</p> <p>E.6 "Porque parece que de alguna forma, o alguno le queda este... ciertas marcas, quizás no todos los niños y también porque es decir, un vínculo más complejo que cualquier otro vínculo. Porque no es solo el niño, es el niño, la familia, el modo que la familia ingresa al consultorio, el modo en</p> | <p>sentido de cómo comunicarse con ese niño, como que con los adultos se da con otra naturalidad, en cambio con el niño, con cada niño, es un encuentro diferente, porque vemos cómo vamos al encuentro con ese niño, si a través del juego, de las cartas, si es a través de la conversación. Con cada niño es diferente hasta el lenguaje que utilizamos para comunicarnos, entonces, me parece que es un encuentro en cierto sentido más demandante, más exigente para el terapeuta."</p> <p>E.4 "Yo veo como que es un encuentro de personas que están en diferentes... pertenecen a diferentes generaciones ¿no?, diferentes momentos de la vida, pero que en el consultorio este... es a la vez diferente que en el ámbito familiar, o demás, porque el niño percibe ese interés del adulto, ese significado que tiene para el terapeuta. Me refiero a todo lo que ellos traen, todo lo que ellos elaboran, es muy gratificante para el niño, eso que yo decía, tener esa disponibilidad total y a la vez, por supuesto, para el adulto es un poco de aire fresco en el consultorio tener esa disponibilidad para ciertas</p> |
|--|--|---|

| | | |
|--|--|--|
| | <p>que la familia está presente en los tratamientos, esas diferencias, es decir que puede haber en relación al compromiso del niño con su terapia. Porque el niño no puede definir, aunque tenga ese compromiso muy fuerte el destino de su terapia, porque es dependiente de los otros."</p> <p>E.7 "Y algo único, irrepetible, que siempre va a ser diferente con cada niño, original, único, algo artesanal que uno va construyendo con el otro, porque esa es otra cosa ¿no?"</p> <p>E.7 "Cómo el otro siempre va a ser otro, que va a tocar cosas más distintas, es un vínculo irrepetible."</p> <p>E.7 "Y bueno, es una etapa evolutiva, donde sin duda las huellas y la construcción psíquica que se haga en ese tiempo, va a ser fundamental, pero absolutamente fundamental para el desarrollo de la vida. O sea, más allá de que yo estoy de acuerdo con la línea de Berenstein del acontecimiento que puede irrumpir en la vida y modificarnos, ese puede ser un vínculo, cuántas veces puede ser un vínculo el acontecimiento."</p> <p>E.7 "En el vínculo, revivimos</p> | <p>regresiones, para volver al juego, para poder comunicarse mediante ese lenguaje, este... que es exigente pero es muy vitalizaste para el terapeuta."</p> <p>E 4 "...la escucha, el niño que siente que tiene ese espacio para sentirse escuchado, mirado desde otro lugar, es sin duda una marca importante que puede generar transformaciones."</p> <p>E.4 "O sea, son niño que de pronto la interpretación del juego medio me parece que pasó a un segundo plano, que más bien es a través del encuentro con estos niños desarrollar un vínculo de confianza, y buscar el ámbito en el que ellos se sienten más cómodos y a la vez lograr también que verbalicen dentro de sus posibilidades. Este... y a través del dialogo yo creo que se logra mucho, capaz que más a la manera no digo una terapia de un adulto, pero más en esa línea."</p> <p>E.4 "Bueno, el desarrollo de una cierta empatía, del afecto, eso me parecen fundamental."</p> <p>E.6 "Un vínculo más complejo que cualquier otro vínculo. ¿Por qué? Porque no es solo con el niño. Es el niño, la familia, el modo en que la familia ingresa al</p> |
|--|--|--|

| | | |
|--|--|---|
| | <p>este... imagos parentales, historias, y la elaboramos. Repetir, recordar y re elaborar, es así, el niño tiende, todo tendemos a repetir."</p> <p>E.8 "Que es un encuentro novedoso, que tiene como un punto de que se están jugando en esa relación cosas que son propias de esa relación, en el cual, por el rol que uno ocupa, por el dispositivo que se genera, se presta especialmente a que se genere un fuerte vínculo transferencial. Y allí se van a dar como demandas, repeticiones que tienen que ver con lo vivido hasta ahora en el pasado. Creo que también podemos pensar en la transferencia en niños que todavía se están gestando y están trayendo cuestiones que se están viviendo en el presente con las figuras más significativas como son los padres y también algunas otras relaciones. Pueden ser maestros, niños, hermanos, este... y esas demandas que se depositan le dan como mucha potencia a ese vínculo y hacen que lo que ocurra dentro de ese vínculo tenga como un efecto y una significación muy fuerte que este depender no se da de la misma manera que en otros</p> | <p>consultorio, el modo en que la familia está presente en la mente del niño, de modo de las lealtades que el niño tiene con sus familias o con sus tratamientos. Esas diferencias ¿no?, es decir, que pueden haber en relación al compromiso del niño con su terapia, porque el niño no puede, no puede definir aunque tenga ese compromiso muy fuerte el destino de su terapia, porque es dependiente de los otros."</p> <p>E.6 "Y novedoso es cada sesión y cada encuentro con otro niño, es decir, siempre hay algo novedoso."</p> <p>E.6 "Es raro que un niño te haga sentir indiferente, este... uno, la propia condición del niño, eh... produce en el adulto, este... siempre algún efecto de algún tipo de efecto que toca su sensibilidad y sus afectos, este... el trabajo de Leclair "matan a un niño" que es muy bueno, es un trabajo muy bueno que plantea eso ¿no?"</p> <p>E.10 "Sentir que el espacio que el niño es entendido, comprendido, sentirse que hay disponibilidad del otro lado. El niño trata de... no se tira al agua, trata de ver que pasa acá con que</p> |
|--|--|---|

| | | |
|--|--|--|
| | <p>vínculos y que se presta además a que se desplieguen determinados aspectos conflictivos problemáticos. Se da como un especial permiso, con la actitud, a que eso se despliegue para que con ese vínculo novedoso, ver cómo se va modificando."</p> <p>E.8 "...y ahí tomo la concepción de Puget y Berenstein de vínculo que tiene que ver con este... con dos sujetos o más conectados, pero cada uno en tanto sujetos no es una concepción de la de relación de objeto yo, objeto yo y del otro lado hay un objeto sino, que son dos yoes y dos sujetos y en ese sentido esta como un trabajo vincular siempre presente de lidiar con la alteridad, lidiar con ese algo del otro que es irreductible a mí y que también me propone cosas que no son las cosas que se desfasan con lo que yo estoy esperando y eso es algo que genera problema y a la vez genera mucha productividad."</p> <p>E.8 " A ver, a mí me parece que un vínculo implica una construcción como más este... prolongada en el tiempo, con una estabilidad que va como generando una historia de ese</p> | <p>ese encuentro y bueno, uno tiene que estar disponible y en general está disponible a través del juego. Yo hay cosas que no puedo hacer, ahora yo no puedo sentarme en el piso y pararme..."</p> <p>"El poder sostener los sentimientos que no son que está todo bien, los enojos la transgresión para poder contener esas cosas y también poner va en eso, contener, poder aceptarlos y también ponerles el limite ¿no? Cómo se expresa... En lo que se construye cada vez, si es novedoso cada vez y cada tiempo en lo que se va construyendo ¿no? Todo el tiempo es novedoso... a pesar de que el niño muchas veces necesita repetir el juego, pero va generando cambios, todo el tiempo va aprendiendo cosas nuevas."</p> <p>E.10 "Bueno, los cambios que genera no sé, esté en relación no sé, a la autoestima por ejemplo ¿eh? Esa es una de las cosas a confiar en sí mismo, ese es uno de los cambios, todo los cambios que pueda generar en el niño ¿no?"</p> <p>"Pero haber pero hay algo que genera cambios rapidísimo,</p> |
|--|--|--|

| | | |
|--|---|---|
| | <p>vínculo, un patrón, patrones de esos vínculos. Va generando como su propia novela, sus propios roles y que va dejando marcas significativas en cada uno de los sujetos y este encuentro, a mí me suena a algo que para que se genere un vínculo tiene que haber encuentro. Yo lo pienso como encuentro, lo pienso más como cada encuentro y que eso está sumamente relacionado con el vínculo, pero si tenemos una entrevista única pero que puede tener como muy buenos efectos terapéuticos pero que eso no se continúa en el tiempo, yo tiendo a pensar que eso, ahí no se generó un vínculo....Creo que es un vínculo muy, este... como marcada por la transferencia, con toda la fuerza que tiene la transferencia, muy marcado la parte de lo novedoso. Creo que si estamos hablando de vínculo, con esta definición eso implica que si bien el terapeuta está en un rol muy específico y corre el tema de la abstinencia más que de la neutralidad, que es una cosa que está muy discutido."</p> <p>E.8 "Opera este... la asimetría, de que uno es un adulto, opera que el niño tiene modos de expresión que no pasan</p> | <p>muy rápido. A ver, si el niño viene, los padres consultan y eso genera un cambio en el niño, que ya la consulta de los padres genera un efecto en el niño, que los papás se están preocupando por él, por las cosas que le pasan. Después lo tenés que trabajar a largo plazo, pero hay algo que genera cambios impresionantes que yo trabajo mucho, que es el trabajo con los padres. Es como que de repente tenés una consulta con los padres y te dicen pah... esto ya generó cambios. Yo ahora no sé, ahora hago esto... pequeños cambios que ellos pueden hacer y generan cambios en el vínculo de ellos con los hijos. Esos siempre se dan, yo a veces trabajo en familias también. Trabajo con todos, intercambiando dispositivos, pero el trabajo en los padres es impresionante y el trabajo con los pares en los niños, que ellos pueden ver, pueden observar, ver cosas que después los trabajamos con ellos, también genera mucho cambio... Es un espacio donde se generan cambios..."</p> <p>E.11 "Nunca en 25 años de ejercicio un niño me dejó un mensaje en el teléfono diciendo</p> |
|--|---|---|

| | | |
|--|--|---|
| | <p>solo por la palabra sino que pasan por la acción y el juego y eso hace que también tenga que jugarse en ese vínculo y hace que el terapeuta tenga que mantener su rol de adulto, (18:50) mantener un rol que en parte puede ser como adulto, poner en palabras desde su mayor disposición hacia la palabra, pero también acercarse a la modalidad lúdica del niño".</p> <p>E.9 "Bueno, todas las situaciones son novedosas, siempre cada niño es una situación novedosa."</p> <p>E.12 "Tiene que ser un vínculo de confianza, en donde el niño pueda tener confianza en el terapeuta para irse soltando. Es un vínculo que le tiene que dar al niño mucho sostén, mucha seguridad. En eso se basa me parece el éxito o no tratamiento, después no, y según el compromiso que adopten los padres."</p> <p>"...que cuanto mayor es el vínculo, mayor es mejor, se puede trabajar con el niño y me parece que el niño también responde de otra manera. Es necesario, me parece que a veces el etiquetarlo es como algo más rapidito, y me parece que en la historia como</p> | <p>que quería analizarse conmigo. Siempre llama otro, el encuentro con un niño siempre está mediatizado por el adulto significativo o a cargo: madre padre, tutor, por así decir, entonces ahí se empieza el vínculo."</p> <p>"...bien, la palabra ocupa un lugar si, desde el enfoque psicoanalítico uno puede pensar el juego del niño como el libre asociar del adulto. Entonces el encuentro, me parece que el juego es una herramienta privilegiada para el encuentro con ese otro niño".</p> <p>E.11 "Podría decirte una empatía mínima inicial, de la posibilidad de cuánto tenemos de, en este caso como terapeutas, de posicionarnos de tal manera de hacerle un lugar al otro..."</p> <p>"Hay que hablar de implicación en el campo, implicación en la transferencia, y ahí estamos con todo, con todo lo que somos, la persona, con la persona que somos, con lo que hemos podido analizar de nosotros mismos, de tal manera que eso nos ayude en ese posicionamiento para poder escuchar la singularidad de ese</p> |
|--|--|---|

| | | |
|--|--|--|
| | <p>psicoterapeuta la etiqueta no es tanto lo fundamental para nosotros, sino saber qué está pasando y cómo poder ayudarlo en ello, más allá de la etiqueta que tenga.”</p> <p>E.12 "Y... creo que es fundamental, porque el niño está creciendo, va aprendiendo a formar vínculos. Obviamente sí, el vínculo con el terapeuta tiene una connotación y un significado muy particular y especial, es una forma de irle mostrando al niño qué tipo de vínculos uno puede ir formando, y la confianza que uno puede generar en un vínculo, y este... lo que eso representa para el niño."</p> <p>"Creo que es el terapeuta que es el que en principio tiene... como que ir dando los lineamientos de lo que es un vínculo para que sea positivo, mostrar confianza, mostrar solidez, mostrar contención, mostrar que comprensión, que el niño sienta que es un ámbito seguro donde se pueda expresar, este... y de parte del niño que en realidad es de parte del padre, la continuidad ¿no? del tratamiento."</p> <p>"Justamente en el caso de los niños, las mayores</p> | <p>otro que nos consulta también y es clave el análisis de nuestra implicación."</p> <p>“Un primer encuentro a mí me parece algo muy importante”</p> |
|--|--|--|

obstaculizaciones vienen del lado de los padres o que no los traen o este... entonces saltean las consultas o lo sacan del tratamiento porque consideran que ya está mejor, o no...o los padres no pueden seguir de alguna manera los lineamientos para ayudar al niño. Generalmente , salvo en el caso que sean una dificultad específica o algún caso muy patológico, aparte... el niño... generalmente las dificultades vienen más por el lado de los padres..."

E.13 "Creo que un vínculo muy singular, muy particular, muy especial. Yo diría que hay cosas que el niño puede traer y que trae a la consulta, que de repente son cosas que nos las habla o no aparece de repente en el medio familiar, pero que es un vínculo muy singular, donde uno de pique siente la transferencia o la contratransferencia que se establece y bueno, uno siente... con este chiquito, con este niño vamos a trabajar y bueno, con otros uno dice, va a ser más difícil, por características personales de trabajar con este niño que más que con otro."

E.13. "Y bueno, yo creo que cierta sintonía y cierta sintonía con

| | | |
|--|--|--|
| | <p>el paciente, cierta simpatía, cierta ganas de ayudar, cierta ganas de capacidad de ponerse en el lugar del otro."</p> <p>"Lo que obstaculiza puede ser justamente este... pacientes muy estructurados o muy poco espontáneos, pacientes, pacientitos en la latencia. Los pacientes latentes son pacientes en general muy estructurados. Yo siempre digo que la edad más linda para trabajar con niños es entre los 3, los 5 y los 6, después ya en la latencia a los 8, 9 ya están más estructurados, es más racional, es un trabajo más estereotipado, más monótono, se pierde esa cosa más fresca que tiene el niño de los cinco años que para mí es la edad así, top para trabajar."</p> | |
|--|--|--|

| Lugar de la Transferencia: Relevante | Variable |
|--|--|
| <p>E.2 "Yo creo que lo que favorece es el "como si" de la transferencia, que sos un adulto, "como si" porque lo cuidas "como si", pero que nos sos el papá, no sos la mamá. Eso ahí me parece que hay una cosas de la transferencia, "como si" del tratamiento que favorece mucho el vínculo, como decías, a veces dificulta, pero digamos como que está muy</p> | <p>E.4 "...y la transferencia siempre juega, yo trabajo más desde el vínculo que desde la trasferencia."</p> |

presente en el vínculo”.

E.3 "Y... la transferencia juega como cualquier otra con el significado, que ella tiene que implicar empatía, este... el *rapport*, el poder colocarse en el lugar del otro, y fundamentalmente y en realidad este...digo, conociendo fundamentalmente claro el niño, este... y desde ese lugar. Ese es el lugar del niño, no es mi lugar, y vamos a construir un lugar entre los dos, si el niño quiere y así se siente que hayamos tenido una transferencia positiva ¿no? Pero me parece que es la piedra fundamental de trabajo con inicio con el niño."

E.5 "La característica es... el niño está transfiriendo una relación, la relación de sus padres, con el terapeuta generalmente presente y bueno, puede ser algo del pasado también ¿no? este... pero bueno, lo que hace el terapeuta que además de la transferencia el niño viva otro vínculo ¿no? Así que por supuesto, el problema a veces, (....) la transferencia, pero acá se está dando la posibilidad de algo inédito y se trata de desplegar."

E.6 "A mí me parece que me sigue sirviendo el concepto de transferencia, con la particularidad de que, este... de que tiene por la propia dinámica. La propia condición del niño, no habla, no se sienta como un paciente adulto, hablar de sus cosas a veces... sí las hablas. Pero en general, la intermediación en juego, todo lo que es lúdico, es la manera de que el chico dice cosas, que uno dice, cómo vas hablar a partir del juego o del qué te pasa, lo que te preocupa, angustia y en general tengo una impresión de que este... el niño, a mí por lo menos me genera diferentes vivencias, que son las que de algún modo me ayudan a intercambiar con él algunas cosas. Aprendí que podía llamarse interpretación, señalamientos, etc.

E.7 "A mí me parece que en el vínculo y en la

transferencia es donde se juega todo, este... es ahí."

E.8 "Este... la transferencia con niños... tú decías la transferencia con el niño, eso está interesante, porque creo que hay transferencias reciprocas. Esto lo dicen autores, no es mío. Es decir, creo que hay transferencias reciprocas con el niño. Está interesante, porque creo que hay interferencias reciprocas si hay una implicancia técnico, esto se habla desde lo vincular, el analista implicado... también yo hago transferencia con el niño no solo contratransferencia, sino que le estoy transfiriendo cosas de él mismo, de los familiares. Pero es inconsciente, es inevitable y el niño está como reactivando conmigo pautas, huellas que tiene que ver con su historia, que sea chiquito, que este... ya con una historia temprana y una historia de las etapas anteriores. Y como te decía, yo creo que en el caso del niño muy especialmente cosas también actuales, lo que se está conformándose con los padres y eso aparece con una muy fuerte carga afectiva porque se actualiza conmigo. No es que esté como recordando, sino que lo está. En el caso del niño lo juega, siempre la transferencia tiene algo de acto, el niño lo juega directamente, lo pone en acciones mucho más que el adulto y genera escenarios que se generan."

E.9 "La transferencia con niño no es, digamos, conceptualizada como la actualización de, porque está transitando justamente la infancia y es un momento de estructuración psíquica y por lo tanto se dan como momentos de detención en esa estructuración psíquica, son momentos de tensión, este... que no permiten bueno, disponer de la circulación libidinal como para poder justamente ir realizando procesos estructurantes. Serían como momentos de tensión, los niños muchas veces, en una posición más lacaniana, podríamos decir... bueno, el sujeto supuesto saber, bueno, el niño te ubica más que en el lugar del sujeto saber en el supuesto adivinar, por para ellos es como una cuestión mágica, cómo adivinaste, cómo

sabias vos eso ¿no? Cuando uno de repente pone en palabras algo del orden de lo que está aconteciendo al niño en el momento, ¿no? este... entonces, para mi es eso, es como la...Lo que la transferencia... lo que permite, es justamente la fuerza que permite que la intervención tenga efectos en el niño."

E.9 "Digamos el tipo de transferencia que establecen los padres con uno, ¿ta? Esto que yo te planteaba, si demandan o consultan, o no demandan, no consultan, este... el encuentro con el niño va a estar marcado por eso, ¿no? Si los padres están muy este... digamos presionados por tener que traerlos, el hijo va hacer los mismo. Va a ser realmente difícil que pueda trabajar, o sea, va a traer todo digamos en acto, las dificultades, pero va a ser difícil poder trabajar con él realmente. Entonces lo que puede no sé si facilitar, pero lo que marca el trabajo, es (32;41) la disposición de los padres hacia el trabajo, por eso es fundamental trabajar con ellos... El propio niño este... lo que pasa que es difícil separar lo que acontece a él de lo que está aconteciendo a los padres. Por lo general, cuando el niño está trayendo resistencias y que no quiere venir más o que este... hay que preguntarse que está, que no está pudiendo traer el niño a la sesión, que es lo que está mudo o lo que no se está pudiendo decir, que lo dice de esta forma, lo dice en rechazo ¿no? Este... ahí hay que tratar de citar a los padres y escuchar. Y bueno, es que siempre hay una dimensión que los padres no van a traer, que va a quedar por fuera, por las propias dificultades de los padres en poder sincerarse o de poder hablar los aspectos que les implica. Más la actividad, o en aspectos de que tiene que ver con la violencia con el niño, que no lo van a poder reconocer este... pero no sé, ese podría ser un nivel de dificultad."

E.10 "Y bueno, te van colocando en diferentes lugares, si uno puede (...) ahí está la implicancia, porque yo tengo

que estar disponible para ocluir los diferentes lugares y desde ese lado hacer las intervenciones desde el juego, desde la palabra”

E.11 "Es la herramienta fundamental que tenemos desde la óptica que yo trabajo para que algún cambio pueda producirse, es una cosa que se instala. Por eso, tú me preguntabas hoy, yo te decía lo que es el primer encuentro, en ese gesto, esa mirada, en ese primer momento. Y ahí empieza a instalarse algo de lo transferencial, que es lo que hoy va a permitir, en la medida de que eso se despliegue e intensifique, de que un cambio se pueda producir."

E.12 "La transferencia es básica, digamos... evidentemente, para todo trabajar, en el niño, o con cualquier paciente. Pero en el niño es básica la transferencia, en la medida que sea positiva obviamente es mucho mejor y hay que tratar de buscarla. Generalmente con el niño se da, salvo casos extremos o muy patológicos, pero normalmente, si uno tiene experiencia como terapéutico, como terapeuta, logra una transferencia positiva, porque el niño en eso es como muy permeable, es fácil si se quiere llegarle. En algunos casos no, y justamente está la experiencia del terapeuta de cómo hacer para llegarle a ese niño que se muestra como de repente más difícil o más distante, pero normalmente se logra establecer una buena transferencia."

E.13 "Los efectos del vínculo, bueno, yo creo que los aspectos transferenciales y contratransferenciales, donde si hay una buena transferencia, una transferencia positiva, que no va a ser siempre positiva, va alternar entre transferencia positiva y negativa en el curso de un tratamiento... Pero si hay una buena transferencia, eso es lo que genera cambios también, más allá de la capacidad que tenga el niño de simbolizar y de elaborar las cosas que se van viendo durante el proceso terapéutico."

| | |
|--|--|
| <p>"Es una cosa muy este... muy espontánea, muy afectuosa. También uno se convierte durante la sesión, uno también pone en juego sus aspectos infantiles para lograr también esa comunicación tan fresca que hay con el trabajo con el niño, cuando uno está jugando, cuando uno está dibujando y uno ahí también pone sus aspectos infantiles también."</p> | |
|--|--|

| | |
|--|--|
| <p>Sub Cat. Efectos en el terapeuta en el trabajo con niños</p> | <p>E. 2 "A mí me parece que el trabajo con niño es bastante más implicado que el trabajo con adultos."</p> <p>E.5 "Lo que hacemos nosotros los psicólogos fundamentalmente en la educación, es justamente, al trabajar en grupos lo que hacemos es... como dejar el terreno fértil emocional para el aprendizaje, pero esto lleva su tiempo, ¿no?"</p> <p>E.8 "El terapeuta está en un rol muy específico y corre el tema de la abstinencia más que de la neutralidad, que es una cosa que está muy discutido ahora, como que uno siente vivencia, le pasan cosas ¿no? Es como un espejo neutro, pero si se abstiene en cuanto a jugar sus propios deseos, sus propias opiniones, etcétera, pero con este concepto de vínculo, el terapeuta desde un rol está él presente como persona, operando. Y ahí yo creo que entra como una cuestión totalmente única de cada encuentro y de cada vinculo, que hay como estilos personales desde tema, bien... desde esquemas referenciales que inciden, y estilos que son de experiencia que fue adquiriendo y de lo que a uno le pasa con ese niño y de la modalidad personal y de vincularse de uno y lo otro."</p> <p>E.5 "Pero, tiene que estar dispuesto, diría Winnicott</p> |
|--|--|

sano y bien despierto, si no eso... si no tiene disponibilidad emocional..."

E.5 "Hay que estar continuamente *aggiornando* continuamente."

E.1 "Vos te estás convirtiendo en una figura de apego, sos un objeto de apego que de repente vas habilitar cosa que los padres no pueden habilitar porque no pueden."

E.1 "Lo que pasa es que es un psiquismo que se está estructurando, entonces vos no desarmas. Por eso te digo, esa cosa de estar presente en la crianza de ese niño... haces una función de paternaje y maternaje dependiendo de lo que necesita ese niño en ese momento, además de ser otro adulto pensante que le presta su psiquismo, y que le pone palabra a cosas que capaz los padres no le pueden poner ¿no? Desde ayuda a mentalizar el afecto que está teniendo, ¿no? Y porque lo está teniendo, y con quien lo está teniendo... ponele que le digas yo que sé, podes estar enojadísimo conmigo y en este momento me estás odiando pero yo no me voy a morir no, porque otra de las función que tiene el terapeuta en los niños es la supervivencia, ¿no? que ellos puedan atacarte de todas las maneras posibles y vos seguir estando y no responder al ataque."

E.6 "Lacan decía el analista se compromete hasta la empuñadura, como sabiendo que hay un límite, entre la espada tiene una empuñadura y sí, me parece que sí, que este... que es imposible trabajar sin un compromiso con los niños."

E.7 "Esto de que un niño iba al psicólogo es verdad que hemos ganado por ahí, pero por otro lado, este... por un lado se llega a situaciones más graves y por otro lado también hay una desvalorización un poco en que se ha vulgarizado, o sea, no es la palabra pero este... que el ser psicólogo, quizás por las formaciones de ahora, por la

cantidad que somos, o sea, no, no está tan ubicado en esto de un profesional más referente que tal vez en otro momento. No como los viejos psicoanalistas, no, que era una cosa que bueno, que habría que ver ahora esto ya este... bueno desde enterarte, desde que uno hace entrevista con dos psicólogos a la vez... O sea, he visto de todo, cada vez más vemos esas cosas que este... bueno, que vienen con informe a veces del mismo niño y a veces hasta informe que se equivocan en el nombre ¿no? He visto de todo, he visto un mismo informe donde ponen tres nombres distintos o donde veo copias del informe. A veces gente que llega, como de la consulta privada está llegando gente que... también preocupada por a veces malas praxis que ha habido, ¿no?"

E.7 "Entonces el lugar del psicólogo, que aquel que bueno, puede hablar del desapego, del apego, del oral, del de los desprendimiento, de bueno... de toda la etapa anal, de todo lo que quería decir, y si teníamos encopresis, si eneuresis...Todas estas cosas, ni hablar de todo lo oral, hoy en día es mucho más complejo esto y estamos con padres mucho más complejos, donde de alguna manera donde toman entre comillas la ubicación de uno y la prueba esta como darle un sentido ¿no?"

E.7 "Nosotros tenemos que tener una escucha analítica y eso se mantiene, o sea, si nosotros nos desdibujamos en ese rol, desaparecemos. Si nosotros no podemos ayudar, si no construimos esa alianza asimétrica, que es lo que tú me hablabas de la alianza, yo creo que eso se mantiene. O sea, nosotros tenemos que explicar de alguna manera, de trabajar desde un lugar asimétrico, donde obviamente uno está preparado con una técnica determinada que utiliza... utilice, para mejorar la calidad de vida de ese ser que tiene un padecimiento, esa es la definición de nuestro trabajo."

E.7 "Los psicólogos trabajamos para que él viva más

feliz."

E.7 "O sea, porque cuando él hace una alianza de trabajo, dónde... y es ahí en el vínculo con el otro, es decir, cuando trabajamos con familia trabajamos con el vínculo, y el paciente es el vínculo, cuando estamos con un paciente es en ese... entre nosotros. Estamos en un lugar distinto y tenemos que ayudar al otro que tiene un padecer y un sufrimiento, y ahí es donde nos tenemos que ubicar."

E.8 "En la medida en que uno está en un rol específico, que sobre todo es tratar como que el niño pueda experimentar, expresar y precisa expresar y desde ahí... cómo ayudarlo a procesar, contener. Supuestamente ponemos mucho menos en juego nuestras ideas, ideales, opiniones, pautas... Digo supuestamente, porque todo en parte es imposible que no lo hagamos, pero sería creo... como un desajuste del rol muy preponderante, pero creo que también estamos operando, como que estamos generando modalidades vinculares que van a quedar incorporadas siempre, que ahí le tenemos que dar mucho como la derecha a los padres de que ellos sí tienen que dar pautas, mostrarse como personas en todo lo que son y también hay que apuntalar a los padres, también para que ellos puedan hacerlo con los hijos."

E. 8 "Estar en una actitud respetuosa hacia él y su familia, de aceptación como abierta, receptiva a lo que llega. A veces está como que el terapeuta de niños tiene que mantenerse como vivaz, lúdico y participativo."

E.10 "El terapeuta se tiene que implicar, tiene que estar dispuesto a implicarse, a moverse, a hablar con la maestra, a no sé... si tiene que estar. A veces es difícil, por los tiempos que te lleva re tiempo. Yo por ejemplo, ir a la escuela no lo cobro, en la consulta me lo estoy planteando, lleva más tiempo, más trabajo, gasto que tengo en la sesión

¿no?.. te tenes que implicar, te tenes que implicar además en el juego, yo que sé... yo siento... Hoy oigo, me cuentan casos donde en la consulta le ponen una hojita... y acá hay de todo y jugamos y te tenes que mover. Y a veces quedo agotada, no solo por moverse, por el movimiento que implica, sino por la demanda emocional que implica eso. Hay niños, hay sesiones que quedo agotada realmente, las madres me dicen ¿me entendes? por supuesto, trabajamos eso, también lo difícil que es estar en ese lugar."

E.12 "Ellos no están más comprometidos, uno los tiene que comprometer, me parece que esa es una gran diferencia. En la mayoría de los casos los padres, este... les cuesta de repente aceptar los lineamientos o necesidades que tiene el niño y entonces uno tiene que comprometerlos cada vez más y me parece que es trayéndolos cada vez más a la consulta..."

"...porque con el niño, a medida que el niño habla a través del juego y uno tiene que ir interpretando el juego, el terapeuta se tiene que poner a nivel del niño si se quiere ¿no? Desde lo físico, desde sentarse en el piso con él, este... a poder entender su lenguaje. Si habla de algún dibujito, se tiene que comprometer a leer o mirar a ese dibujito para poder entender lo que el niño está queriendo traer, hay otro tipo de sintonía con el niño."

E.13 "Uno también pone en juego sus aspectos infantiles para lograr también esa comunicación tan fresca que hay con el trabajo con el niño, cuando uno está jugando, cuando uno está dibujando y uno ahí también pone sus aspectos infantiles, también."

"Uno yo pienso que tiene que ser bastante elástico y este... poder ponerse a jugar al piso, a las figuritas o la arrimadita o al fútbol o al futbolito, todo lo que uno pone en el juego ¿no? y tiene que ser un cuerpo que bastante

| | |
|--|---|
| | <p>plástico..."</p> <p>E.13 "Lo más novedoso de trabajar con niños yo creo que uno debe de tener una disponibilidad, flexibilidad, sí, flexibilidad, disponibilidad, actitud para el juego, tener cierta espontaneidad, ser relativamente abierto y espontáneo. Creo que eso son las actitudes más mejores, creo. Hay gente que dice, yo con niños jamás trabajaría no. Eso, yo sé de colegas que ah no... eso de ponerte a jugar al futbolito, ponerte a dibujar, yo jamás... yo creo que hay una plasticidad que es importante para poder trabajar con niños, así como yo diría... yo con pacientes esquizofrénicos no trabajaría nunca."</p> |
|--|---|

Síntesis:

Algunos de los terapeutas lo denominan vínculo, mientras otros lo nombran "encuentro", acompañado de diferentes adjetivos: terapéutico, especial, y de confianza.

Otros, sin embargo, lo asocian al concepto de transferencia desde diferentes perspectivas.

Respecto a la transferencia, hay quienes la consideran como una "herramienta fundamental" que favorece "el como si", que la misma puede favorecer u obstaculizar el vínculo. Para otros, es "en el vínculo y en la transferencia es donde se juega todo".

Describen que en la transferencia se requiere de empatía y de *rapport*. Esto implica un espacio de construcción de los dos, el cual es fundamental en el inicio del trabajo con el niño. Dentro de sus características se encuentra que es dinámica, está siempre presente, aparece a través del juego y produce "diferentes vivencias", habilitando a la actualización "de una fuerte carga afectiva".

"Hay transferencias recíprocas e interferencias que requieren una implicancia técnica. La transferencia puede ser positiva o negativa."

El niño "te ubica más que en el lugar del sujeto saber, en el supuesto adivinar".

Se considera que la disposición de los padres es fundamental en el trabajo con el niño.

Quienes lo denominan *vínculo* lo describen como un “espacio sólo para el niño”, en donde el juego ocupa un lugar importante. El terapeuta debe acompañarlo en ese transitar, es una ida y vuelta.

Otra entrevistada lo relaciona al concepto de *Neogénesis* de Bleichmar.

El vínculo afecta, produce efectos en ambas partes y deja huellas. Se lo describe como novedoso, único, irrepetible, diferente, artesanal y singular. Los entrevistados expresan la importancia de que el terapeuta cuente con la plasticidad necesaria.

En ese vínculo, se reviven historias que permiten su elaboración: “*repetir, recordar y reelaborar*”.

Otro de los interrogados lo describe como “dos yoes, dos sujetos y en ese sentido está como un trabajo vincular”, en donde se produce una asimetría entre sus integrantes.

También aparece el concepto del vínculo como construcción, prolongado en el tiempo, con una estabilidad. En relación a la forma de comunicación con el niño, consideran que no pasa solo por la palabra, sino que también incluye la acción y el juego. El terapeuta debe de brindar confianza, sostén, seguridad, solidez, contención, comprensión y “la capacidad de ponerse en el lugar del otro”.

El niño va aprendiendo a “formar vínculos”, en la entrevista 1, se destaca su repetición y percibe como un obstáculo aquellos “pacientes muy estructurados o muy poco espontáneos”, para el desarrollo de un buen vínculo.

Por otro lado, quienes lo denominan *encuentro*, lo caracterizan desde el *vínculo*, en el que está presente la cuestión de “la transferencia, sea positiva o negativa”, empleándose el juego como un intermediador que permite al niño proyectarse a través de él mismo y del terapeuta.

En dicho vínculo, se le requiere al terapeuta poner en juego su cuerpo. Se lo describe como un encuentro diferente, con mayor demanda e implicación del terapeuta, quien debe tener disponibilidad para realizar regresiones, poder escuchar, permitir desarrollar un vínculo de confianza y de comodidad. Se caracteriza al primer encuentro como “muy importante”.

Se reitera la importancia de generar empatía y afecto. Se caracteriza al vínculo como novedoso y complejo (porque involucra a más integrantes niño- familia). En el vínculo se producen transformaciones y cambios en los involucrados.

En relación a los efectos del terapeuta en el trabajo con niños, expresan que es más implicado en comparación al trabajo con el adulto. Lo que se hace es “dejar el terreno fértil emocional para el aprendizaje” (Ent.5).

Ubican al terapeuta en un rol específico, en donde está presente más la abstinencia que la neutralidad. Opinan que debe estar sano, “bien despierto” y que requiere un constante *aggiornamiento*. No se debe olvidar que el terapeuta es una figura de apego importante para ese niño, desde el cual le otorga sentidos y significados a su accionar.

Para poder construir “una alianza asimétrica”, se requiere de una escucha analítica. Se destaca ese lugar asimétrico en donde el otro tiene un padecer, un sufrimiento.

Otro terapeuta (Ent.7) lo describe como: “trabajamos para que el viva más feliz”.

Algunos entrevistados refieren a que “estamos en un lugar distinto y tenemos que ayudar al otro que tiene un padecer y un sufrimiento”

Se genera una modalidad vincular, para la cual se debe de tener una actitud respetuosa, de aceptación, abierta, receptiva, vivaz, lúdica, participativa y de entendimiento.

| III Categoría | Subcategoría |
|--|--|
| | Lugar de la familia Lugar de la Escuela |
| Co- protagonistas de la psicoterapia con niños. | Prestadoras de Salud |

| | |
|--|---------------------------------|
| | Otras terapéuticas simultáneas. |
|--|---------------------------------|

| | Cambió su participación |
|----------------------------|---|
| Lugar de la familia | <p>E.2 "Cada tanto tiempo una entrevista con los papás, pero no teníamos un trabajo con los papás, era una entrevista que le preguntábamos cómo estaban las cosas, contábamos cómo andaba el tratamiento, pero no era una cosa de trabajo." (antes)</p> <p>E. 3 "Un elemento muy importante, en los cuales uno tiene que comprometer a los padres a que eso forman parte del proceso del conflicto que atraviesa el hijo y poder establecer un buen vínculo con los papás. Establecer un buen vínculo no significa que los papás estén de acuerdo con uno, establecer un buen vínculo significa estar responsabilizando por la salud de ese niño." (ahora)</p> <p>E.4 "Yo veo que han cambiado las familias, los padres muchas veces, entonces claro, eso genera en niños diferentes también ¿no?" (ahora)</p> <p>E. 5 "Los padres tiene un mayor acercamiento afectivo a sus hijos, es decir, hay un acercamiento. Claro, a veces se pierden los límites, hay una horizontalidad que hay que ayudarlos a asumir la autoridad en el buen sentido, que pueda guiar al niño en su crecimiento, que pueda establecer los límites para ayudarlo al mismo en el desarrollo de su personalidad. Pero yo veo un intercambio, incluso una mayor distribución de los roles que el padre asume, ciertos roles que antes solo lo asumía la mujer y uno ve, incluso más, a veces se ve en los niños la presencia del padre y una presencia muy cercana más que la madre. Entonces eso si lo veo que ha cambiado, ta... veo que los padres negligente los veo menos, veo ese acercamiento, esa preocupación por el padre que ve al hijo que está en la computadora y no lo puede sacar, o cuando está deprimido.</p> |

Está... eso, eso es lo que veo, veo también los otros padres, pero también veo esta parte ¿no?" (ahora)

E.1 "Trabajas muchos con los padres, porque lo importante es ver cómo se funciona en esa familia, cómo se funciona como familia, cómo se funciona como pareja y cómo se funciona como relación de pareja de padres en relación a ese niño ¿no? Y en qué lugares uno se va percibiendo que van apareciendo las dificultades, seguís buscando y le das como indicaciones en relación a cómo cambiar cosas." (actual)

E.4 "Como decía Cristina Rojas en el congreso, hace muchos años ni siquiera se veía a los padres, después era de una vez en cuando. Sabemos que si no trabajamos con los padres esto no tiene ningún sentido, no hay posibilidad de cambio, este... trabajando en equipo también con los otros técnicos, los que atiendan al niño y las instituciones, institución escolar..."

E.5 "Los niños... no puedo generalizar, pero lo que yo veo es que los padres están ausente, los niños se conectan mucho, es decir, están muy conectadas a las computadoras. Es decir, las dos horas es decir... reglamentarias que tendría un niño que utilizar la computadora, distribuidas en tiempo, no se da, se da mucho más hora y el niño ahí pasa a una adicción, es decir de la tecnología, y también la adicción a la tecnología tiene por debajo una depresión muchas veces. Y este... y bueno, se ve tanto en la escuela como en el consultorio, está ahí y la dificultad de controlar que tienen muchas veces, sus conductas, la desregulación afectiva, eso también, este... se ve, este... y también las nuevas configuraciones familiares, que bueno, pienso que de todas maneras hay veces que eso es trabajable."

E.1 "Siempre vas a tener aquellos padres que se desentiendan, porque si hay un punto que es muy complicado en el trabajo con los niños es la alianza con los padres ¿no? Yo no estoy pudiendo, mi hijo está haciendo síntomas, hay algo que estoy haciendo mal, entonces tenés la mayoría de los padres que están haciendo mal y qué conflicto se está poniendo

en juego (de ellos) que está haciendo síntomas en los niños. Y tenés los que niegan y los que no pueden ver, entonces estos obviamente te van a traer el nene y si no los llamás nunca mejor, y te lo pueden llegar a traer diez años, estoy segura, cumplen con la psicoterapia. Pero sin embargo los otros sí quieren saber, y si vos como que les propones como técnica y estrategia de trabajo de niños que estén presente en las sesiones, te dicen que sí."

E.1 "Con niños chicos que la madre o el padre estén presente sí... porque si tiene un año, pero en el momento que se pueden empezar a quedar solos, de los tres en adelante, trabajo con los niños pero muchas sesiones, a medida de que van apareciendo cosas que yo quiero preguntar, los incluyo a los padres. Porque tengo muchas sesiones con los padres solos, o si son incluso hasta adolescentes y la conflictiva se genera mucho en el entorno, autorizado por el paciente, obviamente, porque el espacio es de él. Los niños en la medida que vos empezás hablar con ellos, no te parece esto, que lo que estamos hablando estaría bueno hablarlo con papá y mamá... Le decimos que en la próxima vengan también ellos, hasta de seis años en adelante, o cinco en la medida en que ellos te dicen sí o no. Los chiquilines tienen mucha capacidad de decidir sobre su tratamiento, eso sí es muy importante."

E.6 "Yo veía a los padres primero, después veía al niño, después volvía a ver a los padres, es decir cada tanto tenía entrevista con los padres."

E.6 "...que la problemática de los chicos (psíquica) genera, moviliza mucho a los padres, este... pienso en general, el valor hijo claro ¿no? Tiene una dimensión que no tenía hace cien años, cincuenta años."

E.6 "Los padres se angustian enormemente con la problemática de los niños y de los adolescentes, como si no pudieran..."

E.6 "El terapeuta que trabaja con niños se ve obligado a trabajar este... mucho con la familia y la familia muchas veces es un obstáculo, pero principalmente el efecto de alarma que tienen en los padres las dificultades del niño, es muy angustiante. Pero a veces no es que sea angustiante porque sea real, es angustiante porque la angustia es el fantasma de los padres en la enfermedad del hijo, como angustia la muerte del hijo cuando está enfermo, es decir... de una enfermedad a la muerte hay yo que sé, un espacio enorme. Y lo mismo pasa con el psiquismo; de una sintomatología "x" a la locura del niño, a la descomposición psíquica de un niño, hay también distancias enormes y eso muchas veces se junta. Es decir, se junta porque se produce un fantasma de un padre, de otro, de la pareja este... de padre o de la familia inclusive."

E.7 "La familia... la llamaba, tenía su hija de paciente y la llamaba solo para el ajuste de honorarios ¿no? Bueno, yo creo que es fundamental que hoy es impensado que nosotros... quiero pensar que es impensado que nosotros podamos ver un niño. Para nosotros es fundamental si van a mandar al niño no sé pegarle a esta pared, si le voy a mandar con un escarbadientes o si va a ir con un martillo. Entonces si nosotros trabajamos con su familia, conocemos a su papá, a su mamá... yo he tenido acá la señora que lo cuida, la abuela, he tenido a personas que son importantes y que a veces han traído al niño, que en algún momento determinado o por algo determinado los hago pasar o porque... y se va mucho más rápido, se va mejor. No hay que tenerle temor a eso, al revés, hacemos tratamientos más efectivos que funcionan mucho mejor porque el niño convive con ello, entonces qué mejor que uno sentir lo que el niño capaz está sintiendo."

E.8 "Dentro de padres que podríamos decir más como modernos, hay como distintas tendencias, este... pienso que siempre ha habido diversidades, porque además hay diversidades; si tomamos las clases sociales siempre hubo

diversidad, pero creo que en este momento hay como muchos modelos coexistiendo ¿no? pero este... hay como padres que están como muy interesados en ver las mejores maneras de criar a sus hijos, etc. Por otro lado, hay en este momento los padres... creo que en eso también hay como distintas situaciones sociales, porque no todos los padres tienen el mismo acceso a la diversión, a cumplir con proyectos personales, pero cuando eso está y forma parte de sus ideales y de su imaginario mantener la diversión, los proyectos personales, eso compite mucho en algunos casos con la paternidad. Si bien por un lado, capaz los mismos padres hay un gran foco de atención en los hijos, por otro lado hay una falta de mirada por estar dispersos en demasiadas cosas ¿no? por lo menos en algunos padres. Y además, está también como muy exigido para ver como sustentan ese nivel de vida que creen que tienen que darle a los hijos, también muy bombardeados desde muchas demandas de consumo ¿no?"

E.9 "Nuevas configuraciones... esto de papás separados....yo incluyo a los dos, incluso a veces cuando vienen consultas que excluyen al otro, sobre todo a las madres que dicen: no, él no va a venir, a él no le interesa, siempre cito al padre. Me resulta imposible poder trabajar excluyendo a uno de los dos, a no ser que realmente se autoexcluya y bueno, no hay otra forma de trabajar no... A ver, tendría que pensar, este... si hay digamos mayor compromiso de los varones en la crianza de los hijo y eso a veces trae digamos como confusiones de lugares que se reflejan en los hijos, en cómo ubicarse ellos como hijos. O sea, el marcar las diferencias y la construcción de la identidad sexual que no es la misma de Hamilen. Yo ahora las concepciones de género este... me parece que es un concepto que proviene de la sociología y que muchas veces simplifica las cosas ¿no? Entonces si esta es una construcción social de lo que es esperable en un varón y en una mujer, y que eso... bueno, son los estereotipos de género que inciden y que marcan y que hay que trabajarlos. Yo los

trabajo pero no necesario, no me parece que tengamos que pasar a borrar diferencias este... todo lo contrario, pero me parece que hay una visión errónea de lo que la igualdad de género, que es borrar diferencias, la diferencias entre un hombre y una mujer."

E.10 "Bueno, los tiempos son tiempos llenos. Vos le vas a dar una hora, y es una hora que pueden toda la semana y si ese día no pudo hacer un cambio, es como que lo niños... Tiene un tiempo, que es una cosas que debes de trabajar muchos con los papás, lo importante que es el jugar... parece que todo es productivo, le tenés que explicar mucho, este... está... los padres, yo trabajo mucho con los padres, los padres... perfecto, lo primero que tener que hacer es desculpabilizar a los padres. Me estoy yendo un poco."

E.11 "Uno diría que hay muchos cambios, cambios en todo lo que ha sido las transformaciones de la familia uruguaya, el alto porcentaje de niños con padres separados."

E.11 "Entonces uno va trabajando con los padres y va con sus intervenciones, con sus interpretaciones, con los señalamientos, produciendo movimiento, cambio psíquico, que tiene que estar acompañado por el ambiente, por el entorno."

E.11 "Los padres fuera del hogar muchas horas, con dificultad para el contacto, cómo inciden allí los cambios para la comunicación. Entonces... muchas pantallas de por medio, falta, falta un poco el cuerpo a cuerpo, ¿no? El tiempo más del remanso de la espera, un poco los cambios en la vida, esta *vertiginización*, si se me permite el neologismo, en el que estamos un poco todos metidos, que parece difícil, esa cosa simple de estar ahí."

E.13 "Yo siempre digo, que el cincuenta por ciento del éxito del tratamiento con un niño es si los padres escuchan y si los padres sintonizan con lo que uno quiere transmitirle, este... y lo que uno les recomienda con respecto al trato con el niño, es

| | |
|--|---|
| | <p>muy importante la colaboración de los padres."</p> <p>E.13 "En la clásica que es que son los padres separados, que hoy por hoy cada vez más, y... en ese caso uno tiene que instrumentar si se puede ¿no? Tener los padres una entrevista juntos o si están en una situación que ni se hablan, entonces hay que tener una entrevista por separado con cada uno,"</p> <p>"...que hoy por hoy los padres son mucho más activos que lo que eran en otra época, evidentemente. Hoy el padre, el varón en la pareja, es mucho más activo creo, que la pareja de antes. Activo en cuanto a que se ocupan más de los niños. Pareja recién... hoy por hoy, parejas recién casadas, el padre sabe cambiar al bebé y se ocupa de una cantidad de cosas que antes eran nomás de la mujer. Todo eso porque la mujer hoy por hoy, también la madre trabaja. Son parejas que trabajan ambos, pero creo que este... que en realidad el motivo de consulta respecto a... ahí, creo que los dos hay una preocupación, en general buena de los dos y una colaboración buena de los dos, en cuanto si uno les pide determinadas pautas. Yo creo que los padres colaboran en general los dos, cada uno a su manera."</p> |
|--|---|

| | |
|----------------------------------|---|
| <p>Sub. Cat. Escuelas</p> | <p>E.2 "Expulsan, en general reclaman que los técnicos vayamos pero nunca les viene bien".</p> <p>E.5 "La escuela es un lugar muy importante para la socialización de niño, que puede ser como un puente entre del hogar y el niño en ese sentido para poder comprenderlo mejor.</p> <p>E.1 "...que son las dos vías de entrada ¿no?, pero como que la preocupación viene desde el afuera muchas veces y no desde los padres, ¿no? Serían padres que si el pediatra y la maestra le dicen... ¿no?</p> <p>E.6 "No es un problema de los maestros, es un problema del sistema que uniformiza a los niños. Tiene que ser todos</p> |
|----------------------------------|---|

iguales."

E.10 "Atento si bien son los maestros los que generalmente llaman la atención, los papás son como bastantes colaboradores, que vienen a consulta, y yo no sé si eso es representativo de lo que sucede en general en la infancia."

E.10 "La relación con el maestro... algunas indicaciones, les indicas algunas cosas, este... es importante lo que pasa. Es que claro, la escuela hay algo que tiene que para los padres es como el niño, lo que el niño rinde, es como el niño qué espera, pero para el niño también es súperimportante ¿no? Como que siente que es ese espacio propio. Más allá... esa es también una de las cosas, también que yo trato de darle, como mucho lugar, porque está lo que los padres esperan de un niño, ahí la escuela... pero para el niño es su propio espacio de crecimiento ¿no? Entonces cómo trabajar eso, en darle otro lugar, porque a veces el tema del rendimiento tiene que ver con eso, lo que los padres esperan y qué lugar tienen ellos en eso, cómo poder trabajar eso que es su propio lugar, lugar donde se pueden sentir valorados o no, donde pueden crecer."

E.11 "Lo que pasa que allí, digo... esto, digo... siempre lo dice, los padres vienen y te dicen que el niño tiene problema con la escuela, y que la escuela, que tuvo tales problemas de integración social, o está por repetir o que las maestras no saben cómo manejar tal cosa, o pasó o no sé un acontecimiento muy complicado en la familia, y cómo eso repercute en la escuela. Yo creo que hay que estar muy abierto al diálogo con los otros concernidos al niño, esto es: maestra, institución educativa... bueno, u otros técnicos que eventualmente estén ahí al mismo tiempo trabajando con él. Entonces creo que ahí, como lo difícil que es, pero para mí es el camino que cada quien haga, el trabajo específico pero que a la vez exista la posibilidad del diálogo interdisciplinario o colectivo, de equipo, como un trabajo de equipo, pero que "Antón Pirulero cada cual a su juego"...Es decir, la lógica educativa tiene una lógica

determinada, la lógica de un proceso terapéutico tiene otro tipo de lógica y son heterogéneas, eventualmente complementarias, pero digo... no se superponen."

E.13 "Si viene por el lado de la escuela, en general muchas veces un tratamiento con niños no es solamente la terapia, sino que también hay psicoeducación psicomotriz, o pueden

e haber reeducación particular y bueno, uno mantiene... yo mantengo contacto con el colegio, ya sea con la psicóloga del colegio o con la dirección o con la maestra y vemos un poquito la evolución cada tanto. O yo voy al colegio o nos ponemos en contacto, este... eso facilita un poco más el trabajo en equipo integrado."

E.3 "Ocupan un buen lugar...se empieza a hacer algo que recién se está empezando, a ocupar un lugar, ya que son una población objetivo de ministerio de salud, el lugar para eso niño... y me parece que bueno, que está bueno, que tiene una opción accesible en cuanto a lo económico para muchas familias y que se está brindando un espacio en salud mental a esos niños."

E.5 "Yo trabajé en mutualista mucho tiempo, es decir, prefiero, es decir, en... obviamente la intervención que yo podía hacer era insuficiente, las cinco entrevistas. Yo lo viví, así que te lo puedo decir, no es lo que yo veo, es lo que yo viví. Era insuficiente, yo se los decía a los padres... esto es un inicio, en cinco veces que yo pueda ver al niño no es suficiente."

E.6 "Con respecto a la infancia, en algunas áreas me parecen que están bien, está bien que las prestadoras de salud permitan el abordaje a psicoterapias y a tratamiento en niños y adolescentes. Me parece que el pautar un número determinado de sesiones es una limitación muy fuerte, porque obliga a digamos a como injuriar los tiempo del niño y del terapeuta, es como un ataque a los tiempos del niño y del terapeuta, esa armonía o esa sincronía no se puede dar, si vos tenés 48 sesiones, tenés 48 sesiones y chau... y el niño queda en banda y vos también. Los dos quedan mal, porque me parece que eso no está bueno, que eso es una limitación absurda este... y que no obliga a pensar en este... en técnicas que son también limitantes, en las llamadas terapias focales, que a mi modo de ver sirven muy poco... Entonces esas necesidades de marcar pautas, determinado fin del tratamiento... El tratamiento termina cuando el niño siente que ya no necesita más a su terapeuta y se puede arreglar sin él y sin su padres."

E.8 "...que se esté como brindando psicoterapia de niño y que sea individual y grupal, pero creo que hay mucho para ajustar en cuanto a la mínima capacitación de las personas que están trabajando, bueno... y cuidar algunas características para las derivaciones, para que esos tratamiento sean lo más fructífero posible. Pero creo que abre como una línea que está muy buena y que este... acceden, aunque sean procesos cortos, puede ser discutible...Para algunas circunstancias yo creo que esos procesos cortos, implementados de la mejor manera posible,

| | |
|--|---|
| <p>Otras alternativas terapéuticas simultáneas (medicación)</p> | <p>E.2: “Se está haciendo con los gurises una salvajada, yo no desconozco que la medicación no sea necesaria.”</p> <p>“Habló Foucault de la medicalización. Hace años que se está produciendo, yo creo que un factor para que la medicalización tenga como más fuerza ahora, tiene que ver con el desarrollo de la tecnología médica.”</p> <p>“No hay un conocimiento del paciente, hasta se los trata como un objeto lisa y llanamente. Creo que ese es un factor, creo que otro factor tiene que ver con los laboratorios, otro factor tiene que ver con las lógicas por decirlo de alguna manera de estos tiempos, de esta época, de este contexto, donde hay que dar soluciones rápido a todo, no hay lugar a proceso y tiene que ver con cuestiones ideológicas donde hay un predominio del mercado, de lo material y no de lo subjetivo...”</p> <p>“Hay muchos colegas medicalizadores, hay muchos colegas que miran a los gurises desde una perspectiva médica en el sentido de categorizarlos, este... hay otros colegas que no, obviamente así que no ...”</p> <p>E.3 "Si la medicación ayuda a que determinadas cosas hagan sentir al niño más confortable, y que los psicólogos podamos trabajar ese conflicto, bienvenido."</p> <p>E.4 "Los niños vienen con un diagnóstico, cómo eso también circula dentro de la instituciones... el tema de la medicación que es cada vez más frecuente y cómo en la</p> |
|--|---|

institución también otros actores, como por ejemplo las maestras, reclaman esa medicación para poder trabajar con los niños, que ciertamente no es fácil. Realmente hay situaciones en la que resulta muy difícil trabajar con ellos, o sea que para mí es como una tensión entre la patologización de la infancia, la medicalización de la infancia, que sabes que está mal, que no es lo que queremos encontrar, a cada problema/conflicto un nombre, sea hiperactivo, oposicionismo, ya sea lo que sea, encontrar un nombre, un trastorno y una serie de tratamientos. Los niños que están en pluritratamientos, entonces se ve mucho, este... además con las medicaciones, este... sabemos que esto es algo que no es el ideal, que está muy lejos de lo que nos planteamos del niño como sujeto singular, con una historia, y con una familia, con un contexto, que estaría muy lejos de esas etiquetas diagnósticas. Pero por otro lado, encontramos una complejidad cada vez mayor en los niños y en las familias, y entonces, eso también hace que sea difícil el trabajo con esos niños sin contar con un apoyo de un equipo. Y eso implica bueno, intervención de otros profesionales."

E. 5 que hay veces que los niños están muy medicados, y eso se les nota en es decir, hay veces que los medicamentos también los alivian, y hay que decir, aceptarlo y está bien y que el paciente acepte esa medicación, hay veces que están muy medicados y se les nota en su funcionamiento ta, este, lo importante acá es hacer un buen diagnóstico

E.1 "Los manuales diagnósticos de las clasificaciones tienen dos funciones ¿no? Una de comunicación entre los profesionales, porque si uno ¿no? está hablando de un niño bipolar, que yo diga Fulanito es bipolar y vos entiendas que es lo mismo ¿no? En relación a lo que estoy diciendo, o sea, que la pata de la comunicación en relación a las características del niño y la comunicación científica sean universales. La otra pata tiene que ver con la medicación. Si

| | |
|--|---|
| | <p>vos decís que Fulanito es bipolar, sabes que le van a dar determinada, o si decís que es hiperactivo le van a dar determinado tipo de medicación, o sea, tiene la pata vinculado al tratamiento farmacológico."</p> <p>E.9 "Respecto al tema de la medicación M que va en correlato con esto, con el tema de los psicodiagnósticos... sí, yo con la medicación creo que es necesaria, hay muchos casos necesario. Yo no estoy en contra, ni hablo, ni considero que sea espantoso. No está bueno medicar a un niño, desearía no tener que hacerlo, pero si es diabético también hay que atenderlo. O sea, hay niños que sufren mucho, realmente muchísimo, este... y que no recurrir a la medicación parece también malo, de una mala praxis del trabajo de uno y pensar que solo a través del juego y de las palabras, vamos a poder ayudarlo ¿no?."</p> <p>E.13 "Ah, yo creo que hay casos que la medicación es muy útil. En el caso de niños, sí, sí, por cierto yo personalmente tengo poca experiencia con niños que hayan estado medicados, salvo aquellos que bueno, por temas de déficit atencional, que son motivo de consulta más seguido, a veces sí... la medicación importa. Pero no en general, no mucho."</p> |
|--|---|

Síntesis: Coprotagonistas de la psicoterapia con niños

Los terapeutas destacan un cambio en cuanto a la participación de los padres, en donde los mismos actualmente se encuentran más presentes.

Perciben la necesidad de responsabilizar y desculpabilizar a los padres por la salud de esos niños, asimismo, se destaca la importancia de poder guiar a los padres respecto al crecimiento de sus hijos.

Se manifiesta un cambio en las configuraciones familiares, que lleva a los padres a asumir nuevos roles.

Los terapeutas perciben una mayor participación de los padres en el consultorio, pero por otro lado, se ven padres más ausentes en relación al cuidado de los niños.

Es importante poder generar desde el terapeuta “alianza con los padres”.

Manifiestan que la problemática psíquica de los chicos moviliza mucho a los padres, lo cual se lo percibe como un cambio.

Si bien entienden la importancia de los padres en el consultorio, algunos terapeutas lo consideran un obstáculo.

Respecto a la escuela, se considera que es un lugar importante que actúa de puente entre el hogar y el niño. No obstante, muchas veces demandan la ayuda de los técnicos y posteriormente los “expulsan”.

Expresan que la escuela cuenta con una lógica educativa, que en algunos casos lleva a uniformizar.

Las prestadoras de salud manifiestan que están comenzando a introducirse, lo cual en algunas oportunidades resulta de mayor accesibilidad para los usuarios. Sin embargo, se señala el carácter de ser una intervención que generalmente resulta insuficiente.

Con respecto a otras alternativas terapéuticas simultáneas, se interrogó respecto al lugar de la medicalización, la cual por un lado, si bien se percibe que en algunos casos es necesaria, por otros es entendida como un exceso y se piensa que existe falta de control respecto a la misma. La medicalización aparece asociada al fuerte peso de los laboratorios y categorizaciones que realizan los manuales diagnósticos.

El tiempo en el cual vivimos, es señalado como otro factor influyente, que exige “soluciones rápidas”.

4. Desarrollo del análisis

A partir del análisis realizado, se buscó responder a los objetivos previamente planteados. En primer lugar, se comenzó por describir la clínica infantil actual, desde la concepción de los terapeutas entrevistados.

Se tomó también los aportes de Gisela Untoiglich (2017) a partir de una entrevista realizada con importantes contribuciones para esta investigación³ⁱ.

4.1 Clínica Infantil Actual

Para abordar el trabajo en la clínica de niños se debe tener en cuenta que el niño se encuentra en plena conformación de su aparato psíquico, lo que implica un abordaje particular diferente al que se realiza con el adulto

4.1.1 Percepción de la infancia

Para pensar la infancia se tomó los aportes de Sosenski (2012), quien lo aborda desde Devillar (1997):

No existe en la historia un grupo homogéneo de niños. Cuando hablamos de infancia, deberíamos hablar, por ende, de infancias; por lo tanto es importante respetar la dinámica entre pautas y variables comunes, de un lado, y una diversidad de trayectorias que, en el otro extremo, puede llevarnos a la consideración de historias personales singulares (p. 159).

Es decir, por un lado se establecen patrones comunes esperables de acuerdo a la edad del niño y por otro, la experiencia que transita cada niño es única y singular, por lo que no se puede hablar de una sola infancia, sino de varias infancias.

Aparecen en las entrevistas recabadas, reiteradas miradas de los niños desde diferentes lugares.

Dentro de las distintas visiones de los terapeutas entrevistados, algunos de ellos piensan la infancia desde una concepción de la edad evolutiva del niño (E.1; 8), mientras que otros enfatizan el contexto en el que el niño se desarrolla (E.2; 3; 4; 5; 7).

³ La entrevista a Untoiglich se encuentra disponible en el apartado de anexos.

Quienes la perciben desde un lugar diferente al de la edad, hacen hincapié en la constitución subjetiva del niño. Es decir, no se la aborda desde un modelo desarrollista del psicoanálisis clásico, sino que pasa a una mirada más integradora de diferentes mundos: lo intra, lo inter y lo transubjetivo. Esta visión actual permite comprender cómo el niño puede acomodarse y adaptarse a situaciones que no son propias para su edad (E.2).

Se plantea a la infancia en relación a la maduración del niño, que depende del entorno y del ambiente y se incluye además, un proceso interno: “lo que procesa y lo que puede devolver” (E.3).

Se hace hincapié en la necesidad del desarrollo emocional del niño y se percibe niños “muy conectados” a la tecnología (E.5), lo que repercute en su rendimiento. Esta conexión nos hace pensar en nuevas formas de relacionarse con el otro, en donde las características son diferentes.

Por otro lado, se describe a la infancia como una etapa evolutiva, que deja huellas en la construcción subjetiva “para el desarrollo de la vida” (E.7).

Quienes lo piensan desde lo cronológico, desde la edad, expresan que les resulta más fácil determinar cuáles son las características esperables y probables.

Skliar (2012) plantea:

“Los niños son sujetos concretos, la infancia bien podría ser un estado, una condición, una duplicación que realizan los adultos sobre los niños. Porque los niños tienen rostros, edades, semblantes, gestos, acciones, días, noches, sueños, pesadillas, piernas, nombres. Cuando intentamos encajar a los niños a la infancia, algo, mucho, se pierde, se evapora. Pero cuando sustraemos a los niños de la infancia, también algo se pierde, algo se esfuma. Y en ambos casos permanece un cierto gesto de disgusto, de incomodidad, de dolor, de indiferencia.” (p. 5).

Surge también que no se puede responder a la infancia en abstracto sino desde la experiencia, en donde se encuentra con que “un niño es siempre una construcción” y se encuentra atravesado por diferentes discursos institucionales. (E.9)

Es importante tener en cuenta el peso de los discursos que se realizan sobre la infancia ya que estos repercuten en el desarrollo psíquico de los mismos.

Desde la clínica se intenta deconstruir los discursos que afectan y ubican al sujeto, haciendo énfasis en que es un sujeto de deseo (E.9).

Se percibe que ya no solamente es una “etapa de privilegio, el lugar del ser tierno, ha de ser cuidado y alimentado en cuerpo y espíritu. Luego se ha incorporado la necesidad de alimentar también la inteligencia...” (Muniz, 2009, p. 56).

Se reitera en las diferentes entrevistas recabadas que “El *infans* es el que no habla”. (E.1, 2, 11).

La infancia no es hablada desde el niño, pero sí es hablada masivamente por parte de diferentes actores (familia, escuela, entre otros).

Se observa que la infancia aparece cuestionada y en el tapiz actual, “como el centro su majestad” (E.10), con una mirada excesiva, (E.13) que produce en los niños mucha tensión.

En este sentido Sosenski plantea:

“La infancia está lejos de ser solo una definición biológica, sino que debe pensarse como una categoría sociocultural tan fluida, que se convierte en un espacio del que los individuos entran y salen según sus gustos, necesidades o posibilidades. La prensa, las revistas, los semanarios populares y la literatura infantil dan cuenta de las variadas formas de representación de la infancia, pero también muestran cómo se utilizaron estos medios de comunicación para difundir la cultura de y para los niños. Los discursos religiosos, pedagógicos y médicos se convierten aquí en fuentes esenciales para delinear la construcción de estereotipos infantiles: el niño como sujeto civilizado o salvaje, como sujeto higiénico o enfermo, como sujeto educable. Ningún documento muestra a la infancia en su totalidad, pero los autores logran rescatar a niños y a niñas, a infancias de élite, a marginados o a nobles, y demuestran cómo la infancia se configuró en muchos momentos como sitio ideal para construir la utopía (Sosenski, 2012, p. 12).

Se construyen diferentes modelos de ser niños que se transmiten a través de los discursos, los que en algunas oportunidades, resultan incompletos.

En este sentido Untoiglich (2017) plantea que se debe hablar de infancias y pensarlas desde ese lugar. Manifiesta que si bien los niños hoy son más hablados que antes, a éstos no se los provee de los recursos necesarios para su buen desarrollo.

Aparece una visión del niño que asume el lugar de adulto y queda entremezclado con este, (E 2), cuando los terapeutas plantean “tramitan procesos que no serían propios de un niño”, (E4) “Lo niños tienen más participación en la vida de los adultos, en la vida de las familias, en el sentido este... que se les da un lugar más de pares de los adultos”.

Esto se aleja de aquella diferenciación que se realizaba en la época civilizada que establecía que:

El niño será visto como un ser diferente con derechos y deberes propios de su edad, le serán vedados rubros enteros de la actividad social (las ceremonias de la muerte, por ejemplo) y otros se le reservarán especialmente (la escuela y el juego) y sobre todo, adultos y niños se separarán de manera rigurosa en los dormitorios, en los almuerzos y cenas, en la enseñanza, en las diversiones y espectáculos (Barrán, 2014, p. 295).

Asimismo, desde la clínica se intenta “aliviar al niño” de temas que competen a los adultos, otorgándole la potestad de “todo debe ser básicamente disfrute y juego” (E12). Pareciera entenderse en este “debería” que es algo alejado de lo que ocurre, una utopía.

El vínculo que se establece desde un inicio con los padres es fundamental en la infancia, por ser esta un “momento clave” (E12), en donde los padres son los referentes y quienes se encargan del cuidado del niño.

Otro enfoque respecto al niño es que son sujetos de derecho, (E 5), enfatizándose en que antiguamente no se los reconocía.

Estamos ante la presencia de dos tipos de niños: unos que son muy dependientes y otros “los niños que se hacen cargo cuando los papás son muy inmaduros” (E10).

Pensar la infancia lo remite y asocia al jugar, pero paralelamente surge una mirada más adultoide sobre el niño (E.11).

Untoiglich (2017) manifiesta “...lo que ves son menos interacciones humanas y más interacciones con máquinas, eso es algo que también caracterizó hoy la época...”

4.1.2 Características de los niños que consultan y sus demandas

Por otra parte se buscó responder el siguiente objetivo: **Caracterizar el tipo de demanda psicológica y los dispositivos de intervención en torno a dichas demandas**, por lo cual se comienza por describir las características de los niños, de acuerdo a lo relatado por los profesionales, las que aparecen indefectiblemente asociadas al momento histórico al que vivimos:

Características del niño:

| Emocional | Conductual | Vincular |
|---|---|--|
| Con desvalimiento. Soledad. | Con agendas completas. | Insertos en nuevas configuraciones familiares. |
| Baja tolerancia a la frustración. | Menor capacidad de desarrollar un juego creativo. | Atravesados por el fenómeno de la violencia. |
| Sensación de inmediatez. | Niños sin límites. | Niños observados. |
| Dificultades para controlar impulsos | Institucionalizados | Niños con derechos. |
| Niños con mayores exigencias. | Fuerte peso de los diagnósticos. | |
| Niños más inquietos, más ansiosos. | Atravesados por lógicas del mercado | |
| Niñez que se va apurando hacia la adolescencia. | | |

Se desprende de las características nombradas, la concepción de una infancia en la que si bien por un lado se les reconocen sus derechos, por otro lado, se percibe a la infancia como frágil, violentada y exigida. Estas características aparecen atravesadas por un mundo capitalista que busca producir determinado modelo de sujeto, en el cual el disfrute y el goce parecen al servicio del tener o bien relacionados al consumo.

Dichas características repercuten emocionalmente en el sujeto, en donde la vertiginosidad es una constante. ¿Y el disfrute dónde queda?

Paralelamente los cuerpos parecieran ser azotados por lo cultural, lo que deja en ellos una huella psíquica, impregnados por fuertes modelos que buscan imponerse.

En este sentido, Muniz (2009) en *Niños eran los de antes* plantea:

También encontramos infancia destituida, violentada y postergada, no solo en las zonas de pobreza material, sino en los ámbitos de riqueza intelectual...De felicidad no se habla. A veces se la promociona a través de algún producto en el que se incluyen las instituciones educativas". "Es así que encontramos a los niños como potenciales y actuales consumidores. Han pasado de ser ciudadanos a ser consumidores de todo tipo de productos materiales e inmateriales para tener, para ser, para sentir y para no sentir. (p.56).

Esto lleva a cuestionarse: ¿Qué niño se está conformando a partir de los discursos epocales?

Skliar (2012) plantea “El tema –el niño, hoy, la escuela- que no es un tema sino un desborde de cuestiones, exige algo de detenimiento, de cuidado, pero al mismo tiempo de asumir riesgos, de poner en juego percepciones extremas...” (p. 1).

Dicho autor considera que la infancia como ideal no existe y no obstante, plantea que hay algo parecido a la infancia. Manifiesta que existe una memoria de la misma.

A los niños se los inserta tempranamente en el centro educativo, en donde los tiempos y espacios han cambiado a niños con agendas completas.

Niños que se los percibe solos (y ello no implica ausencia de adultos), es decir, asumiendo responsabilidades que no son propias para un niño, lo cual hace pensar que ante la carencia de este referente el niño queda expuesto, sin figuras de sostén que le permitan a nivel psíquico la adecuada contención y desarrollo.

Untoiglich (2017) plantea “...yo veo cada vez llegan a la consulta niños más pequeños, y más desarmados sí, con padres, con menos posibilidades de alojamiento de la infancia, sí esto es lo que veo por lo general muchos padres que están solos, que tienen muy poca red sostén de contención, estas son las cosas que han cambiado en los últimos años en mi consulta”

A los niños se los seduce con la llegada a etapas posteriores (adolescencia, adultez), no dejando lugar a que puedan disfrutar la presente.

Paralelamente, ante esta fragilidad y esta exigencia de adaptación al contexto, comienzan a circular nuevas clasificaciones y nuevos diagnósticos. Es importante que quienes los realizan, tengan presente las características propias del niño ya que éste se encuentra en pleno desarrollo.

Niños que “parecieran” tener una mayor dificultad para controlar los impulsos, inquietos, ansiosos ¿Comparados con qué? ¿Por qué se producen estas nuevas sensaciones?

Papás que no pueden establecer límites, niños “no tan sumiso” que exigen. ¿Se estará interpretando correctamente esta exigencia? (E.5).

Otro fenómeno que azota a la clínica de forma más visible, es el fenómeno de la violencia en sus diferentes manifestaciones.

Los niños son mirados desde diferentes perspectivas, “al niño hay que dejarlo que crezca, que busque su camino, porque de lo contrario, va a quedar atrapado, es un gran panóptico” (E.6). Estas son miradas que producen una gran tensión en el niño.

Dadas estas características de los niños, es importante comenzar a interpelarse sobre el quehacer desde la clínica, para poder ayudar a crear niños más sanos y con sustento físico y emocional.

Por otro lado, tenemos la construcción de demandas de atención a un niño tanto desde los padres como de quien lo deriva, incluso del propio niño, demandas que en algunas oportunidades pueden coincidir y en otras no. Es importante tener en cuenta el grado de *insight* y de implicación de sus involucrados.

Las principales demandas que se identifican son las siguientes:

| A nivel del aprendizaje | A nivel de la conducta | A nivel Vincular |
|--|---|---|
| Dificultades de aprendizaje. | Patologización de conductas singulares. | Violencia |
| Déficit atencional. | Dificultades de comportamiento | Bullying |
| Trastornos severos. | Ansiedad. | Dificultades vinculares |
| Dificultades de focalizar su atención. | Hiperactividad | Efectos de las nuevas configuraciones familiares. |
| | Dificultad de controlar impulsos | |
| | Inquietud. | |
| | Depresión | |
| | Agresividad. | |
| | Alimentación | |
| | Sueño | |
| | Encopresis. | |
| | Demoras en el habla | |

| | | |
|--|---|--|
| | Dificultades en los límites. Berrinches, explosiones | |
| | Angustia de separación | |
| | Dificultad de adaptación. | |
| | Miedos. Fobias. | |
| | Trastorno psicossomático. | |

Los niños llegan a la consulta, son traídos y hablados por un otro, ya sea sus padres o sus educadores, no por sí mismos. Surge de los entrevistados que las mayores demandas se encuentran localizadas en el ámbito educativo, ya sea que provengan de este o de otro lugar. Surgen nuevos fenómenos bajo diferentes dimensiones como la violencia en sus diferentes manifestaciones. La exigencia del niño a la adecuación a un ámbito educativo que no ha cambiado de acuerdo al contexto, sino que por el contrario prevalece un antiguo modelo ante el cual es el niño quien se debe adaptar al sistema educativo y no el sistema educativo al contexto socio histórico; la violencia física y la violencia desde los laboratorios que buscan “encasillar” a los niños en determinados lugares, llevan a producir niños diagnosticados. Asimismo, aparece el fenómeno del tiempo como una constante a lo largo de este trabajo, donde la vertiginosidad se apodera una y otra vez del consultorio.

También se destacan las dificultades vinculares del niño con sus pares y con sus progenitores.

Nuevamente surge la figura de un adulto desdibujada, con problemas para poder establecer límites.

Untoiglich (2017) expresa “Las problemáticas son más generalizadas, más graves y más complejas” en donde intervienen varios factores y producen múltiples afectos, no se remite a cuestiones puntuales tales como miedo al perro, control de esfínter, celos.

4.1.3 Lugar del sufrimiento

Pensar desde la clínica actual al sufrimiento, implica, de acuerdo a lo que surge de las entrevistas, posicionar al terapeuta desde un lugar de contención y disponibilidad.

El sufrimiento aparece diferenciado en dos tipos: el propio y el del entorno. Se plantea “yo creo que hay gurises que sufren y hay que ayudarlos en su sufrimiento, que sufren por cosas más propias, por decirlo de alguna manera y hay gurises que sufren porque el entorno los acecha”.

Resulta importante pensarlo en articulación con lo aportado por Rojas (2016), quien toma a Freud para pensar al sufrimiento:

Desde tres lados amenaza el sufrimiento: desde el cuerpo propio, que destinado a la ruina y la disolución, no puede prescindir del dolor y la angustia como señales de alarma: desde el mundo exterior, que puede abatir furias sobre nosotros con fuerzas hiperpotentes, despiadadas destructoras, por fin desde los vínculos con otros seres humanos (Rojas, 2016, p. 8).

Desde que se nace se está inserto en un mundo capitalista, el cual atraviesa y condiciona el sentir y los deseos así como también paralelamente influye en la conformación de subjetividad.

Siguiendo en esta línea, se plantea al sufrimiento ubicado como algo ajeno, que irrumpe y se impone al sujeto “yo creo que pasa a veces por muchas exigencias, por muchas expectativas” (E.4) donde aparece Otro que se interpone. En ese sentido, se puede pensar a ese Otro como los padres con sus propios deseos, y ocupando nuevos lugares.

Janin plantea:

Es muy difícil tolerar el sufrimiento, propio y ajeno. La sociedad neoliberal necesita que todo el mundo esté en condiciones de producir y consumir (sobre todo los niños y los adolescentes) y para esto no se puede estar deprimido, o por lo menos, no demasiado deprimido. Es decir, siendo muy feliz nadie se sometería a las exigencias brutales de la sociedad actual y estar un poco triste puede incentivar los deseos de consumir, pero si se está muy deprimido no se podrá producir ni consumir lo que el mercado requiere. Por eso, los estados anímicos tienen que estar regulados desde la infancia (Janin, 2017, p. 9).

Se plantea: “uno se sensibiliza mucho con el sufrimiento infantil, es decir, lo captas... es decir, no solo lo detectas sino que lo revivís, si estás en un vínculo terapéutico”.(E.5)

El sufrimiento es percibido y sentido en la clínica, por lo que se puede decir que si bien es importante que el terapeuta pueda empatizar y ponerse en el lugar del otro, es necesario paralelamente mantener una distancia óptima necesaria a efectos de no interferir y poder ayudar a producir cambios.

Rojas plantea:

El otro deviene fuente de sufrimiento, no podemos dejar de investirlo. Vincularnos y es ineludible, le da al otro el poder de hacernos sufrir, por ejemplo porque puede vivir y también desaparecer más allá de nuestro control y deseo, porque nos impone su alteridad y ajenidad- y esto es recíproco. (Rojas, 2016, p. 9).

Se plantea al sufrimiento como “obturado” por el fármaco, no realizándose en algunos casos la tramitación correspondiente con un proceso terapéutico, lo que hace que no se generen cambios y que se produzca una dependencia farmacológica. (E.1)

Continuando con Rojas, expresa:

Transitamos además una delicada cornisa entre el sufrimiento y las formas ya estabilizadas de la patología. Entre las múltiples propuestas del mercado neoliberal que habitamos se encuentra la extirpación de todo sufrimiento rápidamente medicado, silenciado y transformado en una supuesta patología que deviene con frecuencia – DSM mediantesigla de –subjetivantes. Riesgosa perspectiva, particularmente cuando afecta a la infancia y a la adolescencia (Rojas, 2016, p. 9).

En este sentido Untoughlich (2013) cuestiona las nuevas clasificaciones de los manuales, así como también su relación con la industria farmacéutica.

Se espera del niño determinados comportamientos acordes a su edad y cuando se aparta de los mismos, se visualiza como anormal o patológico. Muchas veces se patologiza olvidando factores sociales, culturales y políticos que influyen en ese niño, no viéndolo en su singularidad. Se culpabiliza al niño por la problemática particular, desligándose de toda responsabilidad al colectivo, incluso a sus padres, lo que lleva a provocar un desconocimiento del otro. “El sujeto nace en el campo del Otro, con el que mantiene una relación diferente según la propia estructura...” (Egg, 2008, p. 120) Cabe preguntar ¿qué es normal? a partir de la sociedad moderna y como contrapartida ¿qué es patología?

Para Vidal (1986) "Es normal lo que se manifiesta con cierta frecuencia en la población total, según la edad, sexo, raza, procedencia, etcétera" (p.199) .

Lo anormal implica un desvío, que varía de acuerdo a cada contexto y momento histórico. Hoy han cambiado las formas de clasificación de determinadas patologías, lo que viene acompañado de nuevas formas de medicación⁴ en la sociedad y como consecuencia, el uso del cuerpo como objeto de patologización de conductas. Cabe preguntarse quién determina ese desvío, el cual se encuentra influenciado por diferentes factores, donde el capitalismo tiene un fuerte peso.

4 Medicalización: entendida esta como las prácticas médicas en la vida cotidiana.

Medicamentación: suministro de medicamentos.

Es importante poder discriminar como diría Untoiglich (2013): “¿...quién está sufriendo, de qué está sufriendo y por qué está sufriendo?”

Es decir, se debe tener en cuenta que toda persona nace en una sociedad, de la cual forma parte y esa sociedad lo condiciona (posición relacional). Pero a su vez hay un tránsito singular y vincular que escribe la historia de los sujetos.

Es importante la consideración de la persona en su singularidad, con sus propios deseos y ubicar el conflicto no en la persona, sino en lo intrapersonal, interpersonal y transubjetivo. Juegan un importante papel las relaciones tempranas, las figuras de apego y sostén del niño, que permiten su posterior desarrollo.

El individuo desde temprana edad interactúa con otros, con intención o sin intención y de esta forma se satisfacen sus necesidades.

Dice Untoiglich (2015) al respecto: “...una sociedad que no tiene lugar para el fracaso, el malestar o la angustia ¿qué espacio hay para la tramitación de lo doloroso? (p. 18).

La sociedad exige a sus integrantes, muchas veces a través de los discursos. Se venden modelos de lo que se debería a través de los medios, ideales de felicidad y se oprime lo dolorosos, lo cual trae acompañado aparte del sentimiento, una serie de prejuicios que hacen más pesado su transitar.

Untoiglich (2017) expresa que en el encuentro con el terapeuta se busca alojar al niño, su malestar, su sufrimiento para poder encontrarle sentido conjuntamente

Janin (2016) expresa:

A la vez, en una sociedad en la que son difíciles los vínculos de cooperación y solidaridad, hay una necesidad de que el sufrimiento sea ocultado, que el dolor no se muestre. Así, se considera que los duelos tienen que ser rápidos y que los seres humanos no tenemos derecho a estar tristes. Esto lleva a situaciones en las que se les exige a los niños una rápida superación de todas aquellas situaciones que les resultan difíciles y dolorosas...El sufrimiento humano se ha transformado en un reducto de la biología, medicalizando la vida cotidiana. Se niegan las determinaciones históricas de ese sufrimiento, lo que produce una desubjetivación del ser humano, en tanto se elimina el factor intersubjetivo en su estructuración. Se supone que todos debemos ser engranajes dentro de una maquinaria al servicio de los intereses de pocos. Se considera que todo niño tiene que ser un gran consumidor y un futuro productor y se lo empuja a un supuesto “éxito”, desvalorizando el juego como actividad central de ese momento de la vida. En lugar de proyectos que apunten a la felicidad en un tiempo futuro, lo que permitiría abrir recorridos deseantes y sostener la infancia como un tiempo de construcción, predomina la búsqueda de un placer inmediato (Janin, 2016, p. 10).

No escapa al sufrimiento el factor tiempo, en el cual se establece hasta su duración e intensidad, lo que resulta incomprensible, y de esta forma se objetiviza al sujeto. En búsqueda de soluciones rápidas impuestas por el mundo capitalista en el cual se está inserto, se recurre a la medicación, para poder acallar aquello que produce malestar.

Se puede pensar en un sufrimiento asociado a conflictos que son propios de determinados momentos evolutivos, los cuales resultan actualmente intolerables.

El sufrimiento de los tiempos actuales aparece asociado a un diagnosticar y medicar y se pierde al niño como sujeto y se lo objetiviza, y responsabiliza. Es importante pensar la implicancia que ejercen las instituciones en él.

Ante la intolerancia de la incertidumbre, aparece una búsqueda incesante de soluciones inmediatas. Se considera importante poder pensar los tiempos que atraviesan a la clínica hoy, donde los procesos no deben de perderse de vista ante la búsqueda de soluciones rápidas

4.1.4 Dispositivos utilizados y técnicas de intervención

Respecto a las demandas, se plantea que ha cambiado de una mirada exclusivamente desde lo intrapsíquico, hacia una mirada más vincular, donde se busca integrar lo inter, intra y transobjetivo. (E.2) es decir, integrar el mundo interno, lo externo en relación a los otros y lo cultural.

Los terapeutas perciben modificaciones a lo largo de su trayectoria con respecto al funcionamiento en la clínica, donde aparece actualmente una exigencia de procesos más breves, focalizados, con estrategias a corto plazo, donde lo vertiginoso vuelve a ser una constante no exclusiva al ámbito clínico “el niño tenía un lugar y la preocupación era otra, ahora los papás no tienen tiempo o el horario se les complica...” (E.3).

Asimismo, se percibe un movimiento del lugar del psicólogo, donde pasa a intervenir ya no solo dentro de la clínica, sino que debe de salir y trabajar conjuntamente con otras disciplinas (E.3).

Otro elemento que señalan los terapeutas y es necesario destacar en la clínica actual, porque produce modificaciones en el dispositivo de intervención, es la introducción de la tecnología, lo que lleva a otra vía de comunicación y también ocupa un lugar importante en la hora de juego. Mientras algunos colegas lo incorporan, otros todavía buscan preservar dicho espacio, sin la utilización de la tecnología.

En su texto ¿Por qué juegan los niños? Winnicott (2007) manifestó algunas de las razones: por placer, para expresar su agresión, para controlar la ansiedad, para poder adquirir experiencia, para establecer contactos sociales, para lograr la integración de la personalidad y para comunicarse con la gente.

Se destaca de las entrevistas recabadas, la predominancia del juego como la forma de expresión del niño. Se plantea: “el juego tiene que ser afecto positivo, un niño que juega tiene la posibilidad de contactar con sus aspectos buenos (...) el juego siempre tiene que ser divertido y disfrute para el niño, aunque esté trayendo su conflictiva.” (E.1)

No obstante, surge un juego diferente, en donde lo que se busca es una mayor interacción, disminuyendo el desarrollo de un juego en solitario como se realizaba antiguamente, más creativo y simbólico (E. 4).

Se muestra de los terapeutas su apertura a la incorporación de herramientas al trabajo clínico para favorecer el proceso terapéutico. (E.3)

Se destaca que antiguamente “no había esta variedad de recursos técnicos”, algunos incorporan la técnica de fotolenguaje para el buen desarrollo de la labor (E.5) así como otras técnicas psicodramáticas, y también historietas, las cuales se considera que favorecen el trabajo con niños. (E8 y 10)

Otro gran cambio que se percibe en la experiencia de los terapeutas, es la incorporación de la familia al espacio clínico. Antiguamente, la presencia de los padres “era esa cosa como muy rígida, muy estructurada” (E. 1).

Expresan que en el pasado, la familia tenía escasa o nula participación del proceso terapéutico y hoy en día son un pilar fundamental para el desarrollo del mismo, para poder producir cambios en el niño.

Los entrevistados dan cuenta de una mayor demanda a partir del corrimiento de ciertos prejuicios y estereotipos de la clínica psicológica.

Otro movimiento que se produce es respecto a las vías de información. “...todo se consulta por *Google*” (E.8), en donde el flujo de comunicación se aborda de una manera generalizada y no para cada singularidad. No obstante, esto produce temores en los padres. El acceso a internet lleva a que los padres preocupados ante conductas que considera que no son “normales” consulten con “Dr. Google” y lleve a que una serie de síntomas, den determinados diagnósticos de forma indiscriminada.

Asimismo, se plantea la necesidad de los padres de mayor información sobre los tratamientos. (E.8)

Se destaca la importancia de focalizar la atención en la capacidad de simbolización de los niños, que se encuentran en pleno desarrollo de su aparato psíquico “permeable y receptivo” (E.13.)

Por lo anteriormente expresado, se considera que la clínica de niños se encuentra en un continuo devenir, más exigente que la clínica de adultos, que lleva al terapeuta a hacer frente a los desafíos que acontecen.

4.2 Vínculo terapéutico

Se entiende como vínculo terapéutico, el encuentro entre dos sujetos en un espacio y tiempo, a partir de la presencia del otro, lo cual lleva a producir modificaciones en ambos involucrados.

4.2.1 Denominación.

En esta segunda dimensión de análisis, se buscó dar cuenta del siguiente objetivo: **“indagar las concepciones sobre vínculo terapéutico que tienen los terapeutas entrevistados”**.

En relación a la denominación de lo que se produce entre paciente niño y terapeuta, se encuentran diferentes posiciones al respecto.

Aparecen entrevistados que lo denominan *vínculo*, mientras que otros no logran denominar lo que se produce y describen al encuentro acompañado de diferentes adjetivos. Llama la atención que de la búsqueda de antecedentes a nivel teórico aparecía el uso indistinto del término *vínculo* con el de *alianza terapéutica*, el cual en estas entrevistas prácticamente no es evocado. Sí aparece relacionado al concepto de transferencia (E6). No obstante, y en la misma línea que en los antecedentes, se destaca su importancia en el proceso terapéutico.

Untoiglich (2017) considera al encuentro como: “oportunidad, yo creo que estos encuentros son oportunidades que uno puede darle a un niño y a uno mismo como terapeuta, como oportunidades de apertura de ciertas novedades”.

Algunos terapeutas lo denominan *vínculo*, ya sea por su formación teórica (E. 2) como por su experiencia propia (E. 1; 12).

En este sentido, se tomarán los aportes de Berenstein (2008) al respecto, quien plantea al vínculo como:

(...) Ligado a dos o más sujetos, los determina en base a una relación de presencia...Ello supone atender al sujetos, al lugar del otro y su diferencia con el objeto interno y con la noción de objeto externo, así como tener en cuenta la realidad interna y su relación con la realidad externa, la semejanza, la diferencia y la ajeneidad, la "multiplicidad del sujeto. (p. 29).

En dicho concepto, queda claro que la relación se establece a partir de la presencia de dos sujetos, no siendo suficiente la representación de los mismos. Otro real se interpone y ocupa dentro del vínculo determinados lugares que produce afectos y efectos, generándose algo nuevo y diferente a lo interiorizado, en donde lo ajeno "no es tan ajeno".

Tortorelli (2000) plantea "Lo vincular- y he aquí quizás su mayor desafío- implica destituir lo "propio", destituir la noción de propiedad, dónde se concibe a su vez y consecuentemente, la noción de ajeneidad del otro" (p.3)

La autora piensa la noción de ajeneidad desde el espacio y la distribución, en donde uno se conforma en función del otro.

De acuerdo a este concepto, al remitirnos a la clínica, en el encuentro entre el paciente niño y el terapeuta ambos se conforman a partir de la presencia del otro. Cada uno vendrá con su mundo interno y se comenzará, a partir del encuentro, a crear y producir algo nuevo y diferente a lo propio, donde también aparecen contenidos y experiencias que cada uno trae.

Denominan *vínculo terapéutico*, a lo que se produce y lo describen como "una comunicación muy fluida" con otro, con la característica de ser "algo diferente", "una nueva experiencia". Por lo tanto, se lo puede pensar a partir del encuentro, en donde se da lugar a lo nuevo, a lo que sorprende. (E.5)

Algunos terapeutas entrevistados consideran al vínculo producto de la transferencia (E.6) mientras otros (E7-13) piensan que a partir del vínculo se despliega la transferencia y contratransferencia como lo saludable de la relación.

Siguiendo en esta línea, se plantea al vínculo como "un campo dinámico" a partir del cual están presentes tanto la transferencia como la contratransferencia. (E.8)

Untoiglich (2017) plantea que es un vínculo transferencial, en donde se juegan varias transferencias en el caso del niño “son como mucho más complejos porque son muchos más actores los que están en juego aunque el tratamiento sea el tratamiento del niño”

Berenstein plantea:

Vínculo era y en parte sigue siendo, un término poco específico en tanto la relación analítica individual consista en el análisis del deseo inconsciente y del mundo representacional o del objeto de la pulsión, del mundo interno y las relaciones de objetos puesta en juego en la relación con el analista, allí donde éste se ofrece a su paciente para su despliegue en la transferencia” (Berenstein, 2007, p. 106).

El espacio que se genera en la clínica, habilita a que desde el vínculo, se despliegue la transferencia y que la misma se vaya transitando junto con la experiencia.

En este sentido, como se planteó en el marco teórico desde Berenstein, la transferencia son sentimientos inconscientes originados en relación con un objeto infantil, que permite el despliegue de experiencias tempranas en experiencias nuevas.

A partir del encuentro del paciente niño con el terapeuta, se van a poder construir nuevos significados a lo que trae, y va a poder realizar una linealidad sobre su historia, desde un nuevo lugar.

Hay quienes lo denominan *encuentro terapéutico* (E. 3). Incluso si es un único encuentro, expresan que su continuidad implicaría profundizar más en el vínculo. Aquí el término *vínculo* surge de forma implícita a lo que se produce, en donde lo que se busca mediante dicho encuentro es producir un cambio sobre un malestar presente.

En este sentido, Tortorelli (2000) plantea: “Se trata más bien de pensar de nuevo, de dejar venir lo no sabido, de crear nuevos conceptos, de pensar nuevas formas de pensar” (p. 1)

Se busca desde la clínica construir significados que puedan ser tolerados, y a partir de allí ir realizando narrativas del niño. Nuevamente surge la idea de sanar aquel aspecto del paciente que lo aqueja.

Otro de los terapeuta no se había cuestionado hasta el momento cómo denominar lo que se produce entre el paciente niño y el terapeuta y lo describe como un “encuentro” que le adjudica el adjetivo de “muy especial”.(E.4)

Surge por otro de los entrevistados la necesidad de realizar un recorrido teórico del concepto de vínculo, y manifiesta que el mismo si bien es un vínculo, este trasciende y habla de la transferencia positiva, la cual ayuda al niño y lo alivia. (E. 6)

Se ubica al encuentro en el campo de la transferencia y contratransferencia, como un campo dinámico que lo denomina *vínculo*, que le permite poder interrogarse en relación a saber.(E.9)

Se puede apreciar lo difícil que le resulta otorgarle una denominación, a lo que se produce entre terapeuta y paciente. (E.10)

Surge nuevamente la duda sobre la denominación de lo que acontece, por lo que realizan una descripción previamente: una gestualidad, un cuerpo, un contacto, una mirada, un saludo, y terminan por denominarlo “inicio de un vínculo”. (E.11)

Desde el psicoanálisis vincular se propone pensar el “entre” que se produce de forma conjunta, en el cual uno no es sin el otro.

Se tomará el concepto de Levinas (1993) sobre el *Rostro* para pensar lo que sorprende, descoloca, obliga a responder, aborda de sorpresa, “es traumática”, “...el Rostro pide, exige, obliga, impone” (Gotliebb, 2013, p. 3).

En este sentido Tortorelli (2000) plantea:

Siendo el sujeto producción del vínculo este está siendo constituido (y destituido ya lo veremos) en él y no frente a él o por fuera de él. El sujeto (si es que algo así puede seguir sosteniéndose) es constituido en el vínculo a la vez que es destituido en y por él. Consecuentemente, lo vincular no puede ser pensado como una “relación” entre sujetos. De allí que tampoco admita un pensamiento de lo “inter-subjetivo (p. 2).

Es decir, a partir del encuentro, ambos se van conformando y transformando mutuamente.

Badiou (2000) plantea: “Pero voy también a sostener que la constitución del sujeto no depende directamente del ser. Depende de una ruptura, de una novedad, que yo llamo “acontecimiento”. Es decir, algo que se impone que no se puede predecir.” (p. 1).

4.2.2 Características del vínculo

Se describe al vínculo como un “espacio” en el cual es sólo para el niño, del cual necesita su psiquismo y aparece a través de la asociación libre los “temas que necesite jugar” Es un ida y vuelta con otro, en donde lo que prevalece es un “como si”. (E.1)

El vínculo no es solamente repetición, se introduce la noción de neogénesis (E.2) evocada en este marco teórico, y se destaca el lugar que la intervención analítica comienza a producir en el niño. Por cual es importante el lugar del terapeuta de sostener de ese niño.

El vínculo aparece asociado a aquello que afecta a ambas partes y da lugar a lo novedosos, en donde el adulto pareciera ubicarse en un lugar asimétrico para brindar sostenimiento. Asimismo, se destaca la capacidad de absorción que tiene el niño.

Se caracteriza al vínculo a partir de la transferencia, que habilita al niño a proyectarse a través del juego, desde donde el terapeuta deberá armar, entender y ocupar diferentes lugares otorgados por el niño. (E.3)

Se plantea la plasticidad del terapeuta para amoldarse al niño y se describe a ese encuentro como algo único, distinto, irrepetible, diferente, original, creativo, en donde lo que hay es un Otro. (E.7)

Otro de los entrevistados nombra al vínculo desde un lugar más implícito, pero lo describe desde Puget y Berentein, precursores del psicoanálisis vincular, y destaca su carácter de novedoso y propio de esa relación. A partir del encuentro se produce un fuerte vínculo transferencial desde la demanda. Dicho vínculo permitirá que se produzca la transferencia, a la que el terapeuta deberá ir otorgando significaciones a aquellos “aspectos conflictivos problemáticos”, a efectos de que se tornen tolerables para el paciente.(E.8)

Asimismo, se refiere al vínculo como dos sujetos conectados, “dos yoes” donde desde lo vincular se busca realizar un trabajo para lidiar con la alteridad, con lo que resulta irreductible a mí y donde se va produciendo de forma conjunta. En la reedición del vínculo se producen nuevos efectos.

R. Friedler (1998) plantea:

El vínculo constituye una noción central de la ampliación metapsicológica de Berenstein y Puget, que lo concibe como una construcción básica para la construcción de subjetividad que se da simultáneamente en tres espacios psíquicos (intra, inter y trans), cada uno de ellos con sus representaciones específicas e independientes entre sí. Es una ligadura estable entre yoes deseantes con características de extraterritorialidad. (p. 451).

Es decir, el vínculo influye en la conformación del sujeto, en el desarrollo de su subjetividad a partir del encuentro.

Se piensa al vínculo desde una construcción “más este prolongada en el tiempo, con una estabilidad” que va produciendo una historia y determinados patrones “va generando como su propia novela, sus propios roles, que va dejando marcas significativas” (E.8)

En este sentido, Larroca (2004) refiere “Suele pensarse un vínculo como una estructura en construcción, a la que el tiempo y los acontecimientos son vitales, si todo va bien, consolidarían y otorgaría mayor complejidad y que la comunicación se establece dentro de aquella (...) ambos deben asumir el rol que el otro le adjudica...” (p. 1).

Otra característica es la asimetría que existe en ese vínculo entre el adulto y el niño. Asimismo, señala que el niño tiene en este vínculo diferentes modos de expresión, en los cuales no utiliza solamente la palabra sino que aparece la acción a través del juego, del gráfico, etcétera.

Al respecto:

El sujeto es, por lo tanto, una operación compleja que supone la estructura de la situación, pero que también supone una ruptura en esa estructura. Como si sólo hubiera sujeto donde hay un defecto de la estructura. Esta teoría del sujeto permite dar cuenta de fenómenos de creación y de novedad, y en este sentido, todo sujeto es una novedad. (Badiou, 2000, p. 2).

El vínculo con el terapeuta debe generar en el paciente confianza, para que el niño pueda “irse soltando” y brindarle “sostén y mucha seguridad” (E.12) , lo cual será la base del éxito o no del tratamiento. No obstante, incluye también la implicación con los padres.

El niño se encuentra “aprendiendo a formar vínculos”, por lo que el vínculo que se produce en el espacio clínico, tiene para ese niño una “connotación y un significado muy particular”, teniendo el terapeuta la responsabilidad de irle brindando los “lineamientos” para el logro de un vínculo positivo, “mostrar confianza, mostrar solidez, mostrar contención, mostrar comprensión.”(E.7)

Otro de los terapeutas lo caracteriza al vínculo como “muy singular, muy particular, muy especial”, en el cual el terapeuta “siente” la transferencia o contratransferencia. Este vínculo es facilitado por la capacidad del terapeuta de poder empatizar con su paciente, lo cual se expresa en la entrevista: “ganas de ayudar, ganas de capacidad de ponerse en el lugar del otro.” (E.13)

Los entrevistados manifiestan que en el vínculo con el niño, el mayor obstáculo proviene de sus padres, los cuales interrumpen indebidamente el tratamiento o no siguen los lineamientos brindados.

Otro obstáculo percibido en el vínculo son los casos en que los pacientes aparecen más “estructurados”, “más racional, es un trabajo más estereotipado, más monótono”, en los que el niño va perdiendo la frescura, a medida que avanza en edad. (E.13)

A continuación, se abordarán las concepciones de quienes los nombraron de una forma más ambigua y se analizarán las características.

Se continúa poniendo énfasis en el terapeuta, desde una mayor disponibilidad y se caracteriza al encuentro como diferente, incluso hasta el lenguaje, el cual es “más demandante, más exigente para el terapeuta”. (E.4)

Además, señala que las diferencias aparecen por encontrarse en diferentes generaciones, en distintos momentos de la vida y en un lugar nuevo como lo es el consultorio.

El terapeuta debe implicarse de forma tal, que pueda comprender y empatizar con lo que los niños traen, para lo cual será necesario que realice regresiones hasta su infancia y conocer aquellos aspectos personales que podrían obstruir un buen desarrollo del proceso.

Ese espacio es caracterizado como un lugar en donde el niño debe sentirse escuchado, mirado, que lo puede llevar a producir transformaciones.

En este sentido Gomel expresa:

El campo de la escucha en lo vincular alberga de este modo una novedad específica que podría denominarse “escénica” dirigida a esa suerte de coreografía donde se juegan los efectos de presencia y la dramática de los afectos. La posibilidad de despliegue escénico descentra a la verbalización de su lugar privilegiado, y resulta más eficaz hablar de una trama discursiva vincular, en la cual se enhebran lo verbal y los efectos escénicos. (Gomel, 2017, p. 1).

Se destaca una transformación en donde de pronto la interpretación pasa a ocupar un segundo plano y prevalece el encuentro, que le otorga al niño confianza, comodidad y la posibilidad de poner en palabras, para lo cual se refiere que es importante, disponer de habilidades como la empatía y el afecto. Estas características se han reiterado en las entrevistas, así como la idea de que el trabajo con el niño es diferente al que se desarrolla con el adulto.

El vínculo se caracteriza como complejo, porque no sólo es el niño, sino que también se incluye a su familia, ya sea desde la presencia o desde la representación del niño. Se lo señala como novedoso, ya que en el mismo se producen efectos, sensibilidades y afectos no anticipables. (E.6)

El encuentro en el inicio de un vínculo con un niño está mediatizado por un adulto que le es significativo. En comparación a la forma de expresarse, se entiende que en el vínculo con el niño se manifiesta a través del juego. Esto requiere del terapeuta una empatía mínima

inicial. Asimismo, se considera que la clave del análisis es la implicación del terapeuta para poder escuchar a ese otro, a quien se le brinda un lugar, la implicancia en el campo y la implicancia desde la transferencia. En este sentido se considera que el primer encuentro es muy importante. (E.11)

Como se abordaba en los antecedentes: “La empatía es un componente de la cognición social, que implica la capacidad para comprender al otro y ponerse en el lugar del otro (Etchevers, 2017, p. 276).

Se caracteriza al espacio como un lugar de entendimiento, de comprensión, de disponibilidad, de poder sostener los sentimientos, poder aceptarlos y poder establecer límites. En esta entrevista se destaca también el lugar de lo novedoso desde lo que se va construyendo, produciéndose paralelamente cambios y aprendizajes. Estos cambios se producen desde el primer contacto con los padres.(E.10)

Las características señaladas son importantes a tener en cuenta para poder desarrollar una labor con el niño, que le permita desplegar su mundo interno y lograr a partir del encuentro, apropiarse de aspectos saludables.

En cuanto a la transferencia, se desprende del discurso de los terapeutas la importancia de la misma como una herramienta útil para el trabajo en la clínica, que permite producir cambios, condición principal para los psicoanalistas.

Se destaca que la transferencia permite actuar “el como si” y que el terapeuta debe estar dispuesto a ocupar diferentes lugares otorgados por el paciente.(E.2)

Para que se dé una transferencia positiva es importante establecer un adecuado *rapport* con el paciente, es decir, poder generar un clima que permita al paciente desplegar su mundo interno, así como también se resalta el lugar de la empatía, entendiéndola como la capacidad de poder ponerse en el lugar del otro y no obstante, mantener el rol. (E.3)

La transferencia lo que se hace es repetir la relación de sus vínculos en el espacio terapéutico, en donde a partir del encuentro con el terapeuta, se va a producir una nueva forma de vincularse. (E.5)

Se destaca que la vía privilegiada a través de la cual se produce la transferencia, es utilizando el juego como herramienta, a partir del cual se van a realizar interpretaciones y señalamientos. (E.6) Tanto en la transferencia como en el vínculo es donde se da la mayor parte de la eficacia del tratamiento. (E.7)

Freud (1912) plantea al respecto:

"Pronto advertimos que la transferencia misma es sólo una pieza de repetición, y la repetición es la transferencia del pasado olvidado; pero no sólo sobre el médico: también sobre todos los otros ámbitos de la situación presente. Por eso tenemos que estar preparados para que el analizado se entregue a la compulsión de repetir, que le sustituye ahora al impulso de recordar, no sólo en la relación personal con el médico, sino en todas las otras actividades y vínculos simultáneos de su vida" (p: 152)

En el niño se da la particularidad que la transferencia se produce activando situaciones presentes por las cuales transita el niño. (E.8-9).

En este sentido, Freud (1912) plantea:

Ahora bien, según lo que hemos averiguado por nuestras experiencias, sólo un sector de esas mociones determinantes de la vida amorosa ha recorrido el pleno desarrollo psíquico; ese sector está vuelto hacia la realidad objetiva, disponible para la personalidad consciente, y constituye una pieza de esta última. Otra parte de esas mociones libidinosas ha sido demorada en el desarrollo, está apartada de la personalidad consciente así como de la realidad objetiva, y sólo tuvo permitido desplegarse en la fantasía o bien ha permanecido por entero en lo inconsciente, siendo entonces no consabida para la conciencia de la personalidad. (p. 98).

El niño ubica al psicólogo en el supuesto lugar del adivinar más que del saber, atento a la cualidad de su pensamiento mágico.

Otro factor que se considera importante para producir una transferencia positiva, es la transferencia que se produce en los padres que puede facilitar u obstaculizar el proceso.

Se vuelve a hacer énfasis en la transferencia como herramienta que promueve el cambio (E.11), lo cual se la califica como "básico" para poder trabajar con el niño (E.12).

Hay dos tipos de transferencia: una positiva, que contribuye al cambio y otra negativa, que obstruye en el proceso. La particularidad que tiene la transferencia en los niños es que se produce de forma espontánea, donde también juegan aspectos del terapeuta.(E.13).

4.2.3 Efectos del trabajo en el terapeuta de niños.

El siguiente objetivo que se intentó responder fue: **Características del terapeuta en el trabajo con niños.**

Se destaca la implicancia del terapeuta como elemento fundamental para poder trabajar con el paciente niño. (E. 2 y 10)

“Lacan decía: el analista se compromete hasta la empuñadura” (E. 6), lo que permite pensar el grado compromiso e implicación de este.

También se considera que el psicólogo debe poder dejar el terreno fértil en lo emocional para un adecuado desarrollo del niño (E. 5).

Cada terapeuta ira desplegando su rol, de acuerdo a su estilo personal (E. 8).

Se percibe cierta desvalorización sobre el psicólogo ante la variedad de formas de desarrollar la labor, por lo que se considera necesario que se mantengan ciertos criterios comunes a efectos de que no se perjudiquen los procesos (E.7).

Para poder trabajar con niños, se requiere estar dispuesto, sano y bien despierto, contando con disponibilidad emocional (E. 5). Por lo tanto, se necesita un fuerte compromiso en su labor (E. 6).

“El terapeuta de niños tiene que mantenerse como vivaz, lúdico y participativo”. Se plantea la necesidad de tener disponibilidad, flexibilidad, espontaneidad y estar abierto. (E.13)

El terapeuta se transforma en una figura de apego y pasa a desempeñar diferentes funciones de: “paternaje y maternaje”. Es importante que el niño cuente con un adulto que le preste “su psiquismo” y pueda nombrar lo que le acontece. (E. 1). Asimismo es necesario apuntalar a los padres. (E.8).

Los entrevistados expresan que es fundamental poder tener una “escucha analítica”, así como también se destaca la necesidad de construir una alianza asimétrica (E. 7).

También se plantea que el terapeuta debe poder ponerse en el lugar del niño tanto desde lo físico como del lenguaje, para poder comprender lo que el niño está queriendo transmitir (E.12), para lo cual es necesario que el terapeuta ponga en juego sus aspectos infantiles. (E.13).

El psicólogo se encuentra en un lugar de ayuda al niño ante su sufrimiento (E.7). Se plantea la necesidad de no poner en juego las ideas e ideales del terapeuta (E.8).

Otra función que se resalta, es la capacidad de supervivencia y abstinencia del terapeuta ante los diferentes lugares en los que lo coloca el niño. (E.1)

Se considera importante la abstinencia del terapeuta para poder trabajar con niños, la cual lo diferencia de la neutralidad. Se refiere a abstinencia de sus deseos y de sus opiniones. (E.8)

Pensar en los efectos en el terapeuta implica abordarlo desde la contratransferencia, entendida esta desde el *Diccionario Laplanche* (2004) como: “Conjunto de las reacciones inconscientes del analista frente a la persona del analizado y, especialmente, frente a la transferencia de éste.” (p.84).

En este sentido, se propone abordar los efectos que se producen a partir de la presencia del otro, en donde ambos se van modificando e influenciando por la atmósfera que se crea.

Gomel (2017) expresa:

A su vez, el analista no puede excluirse de percibir y sentir, pues se encuentra sujeto a los efectos de un montaje que lo excede. Y necesita realizar un anudamiento entre lo visto, lo escuchado y lo sentido que no siempre se enlazan en significaciones convergentes y por contrario funcionan a la manera de un contra-relato entre lo indecible y lo indecible y lo verbalizado. Escucha en todos los sentidos y con todos los sentidos. Lo acústico, lo visual, lo olfativo, lo táctil. La atmósfera de una sesión es una realidad corporal, respiratoria y verbal que habla para aquél que la escucha y la siente (p.1).

Gomel (2017) destaca dos conceptos que se consideran relevantes para el trabajo del terapeuta, ellos son la *sensibilidad* y la *sensitividad*. El primero refiere a la capacidad de poder interpretar signos no verbales mientras que el segundo refiere a los estímulos y sus intensidades.

4.3 Co- protagonistas de la psicoterapia con niños

4.3.1. Lugar de la familia

Esta dimensión buscó responder el siguiente objetivo: **Describir el rol de la familia en los tratamientos infantiles.**

En la clínica actual existen otros factores que facilitan u obstaculizan el proceso terapéutico del niño. Se puede percibir la importancia del lugar de la familia y la escuela, así como también de las prestadoras de salud y de las prácticas simultáneas, como puede ser la medicación.

De los discursos de los terapeutas se desprende, que antiguamente los padres no tenían una participación tan activa en el proceso. Este concepto se puede apreciar en el total de las entrevistas recabadas, destacándose por parte de la mayoría de los terapeutas la implicancia que tienen, para el buen desarrollo en la terapia del niño su participación e implicación. En algunos casos se plantea la importancia de comprometer a los padres y establecer un buen vínculo, en donde los mismos puedan ser parte de la responsabilidad de lo que le está ocurriendo a ese niño (Ent.3).

Asimismo, se perciben nuevas configuraciones familiares (E.4, 5, 8, 9, 13), y cambios en las funciones parentales, pasando a ocuparse nuevos lugares socialmente (E.5, 13).

Un antiguo modelo patriarcal comienza a ser interpelado actualmente, a partir de la producción de nuevas configuraciones familiares que llevan a pensar el lugar en el cual se encuentra inserto el niño.

La familia presenta una amplia variedad de modelos, en donde se ejercen funciones indistintamente, lo cual influye en el desarrollo del niño.

Rojas (2005) expresa:

La familia es, pues, una construcción variable acorde a cada cultura y cada tiempo. Encontramos hoy familias “como las de antes” “como las que vendrán”, ¿cómo las que vendrán? Imposible diseñar el futuro de tales mutaciones pero sabemos que a su nacimiento, el niño necesita pertenecer a vínculos para sobrevivir y humanizarse (p. 1).

El niño se encuentra inserto en una red de relaciones en las que interactúa con un Otro, con intención o sin intención.

Cada familia es una unidad de sentido que participa de una comunidad de representaciones acerca de sí misma, sus miembros y el mundo que los rodea, sin límites definidos con respecto a otras familias (contemporáneas precedentes o futuras) En ese sentido la familia nuclear sería el intento de marcar un borde que rodee solo la pareja de padres con sus hijos, intento que se vuelve crítico en nuestro tiempo ya que ese borde se puede achicar (familia monoparentales) o agrandar (familias reconstruidas) (Kazitzky de Bianchi, p. 4).

Se introducen, a través de diferentes medidas, ideales de familia que son transmitidos e inciden en el desarrollo de la subjetividad del sujeto.

La familia actúa de sostén en el desarrollo del niño, por lo que se considera fundamental, ya que a partir de los modelos familiares se van a ir incorporando determinados modelos de vinculación con el entorno. Por este motivo es muy importante desde la clínica, “la alianza con los padres”, (E.1).

El trabajar con los padres implica paralelamente pensar en el espacio que ocupan dentro de la clínica. Cuanto mayor participación e interacción, mejores son los resultados: “el cincuenta por ciento del éxito del tratamiento con un niño es si los padres escuchan y si los padres sintonizan con lo que uno quiere transmitirle” (E.13)

Se plantea: “los chiquilines tienen mucha capacidad de decidir sobre su tratamiento, eso sí es muy importante”, lo cual implica un cambio que se presenta en la actualidad. (E.1) También se les da a los niños la potestad de elegir la intervención de los padres o no, lo cual si bien por un lado lo habilita y lo empodera al tomar la decisión, por otro lado implica demasiada responsabilidad para un niño.

Se plantea la forma en que los padres se ven movilizados: “el valor del hijo” “...padres que se angustian enormemente con la problemática de los niños”. Esto requiere indefectiblemente, de un trabajo conjunto con el terapeuta. (E.6)

Se percibe que la familia antes aparecía desde un lugar más distante, menos involucrado: “me llamaba solo para el ajuste de horario” (E.7)

En este sentido, el entrevistado manifiesta: “padres que están como muy interesados en ver mejores maneras de crianza a sus hijos”.(E.8)

Si bien los terapeutas perciben mayor presencia de los padres, esto no significa que los mismos estén todos implicados por igual en los procesos terapéuticos.

Las familias, que se encuentran “bombardeados desde muchas demandas de consumo”(E.11) , lo que los lleva a funcionar de otra manera. Aparecen entonces los padres que trabajan más horas y permanecen menos horas con sus hijos.

Otro factor importante que atraviesa a las nuevas configuraciones es el factor tiempo, donde los espacios vacíos parecen no ser admitido, necesitan ser completados de alguna manera con diferentes actividades.

Hoy en día, el abordaje desde la clínica requiere una mirada más amplia, un nuevo enfoque, que necesita trabajo en equipo también con los otros técnicos los que atienden al niño y las instituciones. Este trabajo es fundamental para poder comprender su funcionamiento, su ajuste o no a la realidad y el porqué, lo que permite descentrarnos de la conflictiva del paciente y comenzar a mirar el entorno con otros ojos.

Al pensar sobre la familia es preciso incluir no solo el hecho particular de la pertenencia a relaciones de parentesco sino también la construcción vincular que se produce en el hacer al que son convocados los sujetos que participan en esas relaciones (Kleiman. año, p. 15)

En este sentido, es importante pensar en las mutaciones actuales que ha sufrido el modelo de familia nuclear, en relación a los lugares y funciones asignados.

Rojas (2005) señala al respecto:

Las familias que llegan hoy a la consulta presentan no solamente diversidad en cuanto a sus integrantes sino también en lo que hace a acuerdos y pactos básicos y a su modalidad de vinculación. Por ende analizar e intervenir a partir de modelos unificados y paradigmas rígidos que desconozcan tal diversidad puede dar lugar a sufrimiento y exclusión (Rojas, 2005, p. 164).

Se aleja cada vez más del modelo de familia patriarcal, implica dejar abierto a las nuevas formas de funcionamiento que se producen a partir del encuentro con el otro, donde la sorpresa y lo inesperado son una constante en nuestros tiempos.

Lewkowitz plantea: “El psicoanálisis había establecido en el seno de la organización familiar las operaciones básicas de constitución subjetiva” (Lewkowitz, 1999, p. 1).

Por ello, resulta de especial importancia pensar la influencia de la familia en la conformación del niño. Cada familia va construyendo su propia historia.

4.3.2 Lugar de la escuela

Es otra de las instituciones prestigiosas a la hora de pensar el desarrollo del niño.

Se “reclaman que los técnicos vayamos, pero nunca les viene bien” (E.2) , lo que lleva a pensar que la escuela se da cuenta que se encuentra ante determinadas carencias, como señala Muniz:

(...) ha perdido su capacidad de sostener y dar cabida a los procesos sociales y educativos que en ella se tiene que dar. La escuela tiene que ocuparse de una demanda que desborda. Se encuentra sin capacidad (capacitación) para dar respuestas acordes al contextos y exigencias de una población que no sólo sufre de carencias sino de excesos de todo tipo (Muniz, 2009, p. 58).

La escuela “puede ser como un puente entre el hogar y el niño, en ese sentido de poder comprenderlo mejor”. (E.5)

Se ejemplifican situaciones en donde el niño, tras sufrir situaciones vulnerables queda expuesto, no logrando transitar la niñez de la forma esperada.(E.2).

En este sentido se toman los aportes de Muniz (2009): “debe entrar en cabecitas que están ocupadas con otros asuntos que tienen que ver con las carencias (materiales, afectivas, sociales) que con los intereses en el aprendizaje”. (Muniz, 2009, p. 59).

El sistema “uniformiza” (E.6) lo cual lleva a cuestionarse desde que lugar el niño se encuentra aprendiendo y desarrollando, en donde se objetiviza y pierde la singularidad del sujeto.

Los centros de enseñanza, que influyen en la constitución de este sujeto desde lo institucional, cuentan con un modelo del siglo XIX para un niño del siglo XXI, donde el problema es el niño y no el sistema, en el marco de una sociedad capitalista que culpabiliza al niño por no acomodarse a lo esperable. Una escuela que debería construir estrategias para incluir a todos los alumnos y para ello es imprescindible repensar el sistema de enseñanza actual.

Aparece en los padres una indiscriminación entre el rendimiento esperado del niño de acuerdo a un sistema educativo, y lo que es el crecer.(E.10)

Por otra parte, se destaca el interés en poder estudiar al niño de forma interdisciplinaria, lo cual si lo piensa desde la actualidad, implica un avance enorme respecto al niño. (E.11-13)

4.3.3 Las prestadoras de salud

La figura de las prestadoras de salud comienza a ser pensada a partir del 2005 en el marco de la Ley 18211, que aprueba el Sistema Integrado de Salud, cuyo cometido es la “protección de la salud que tienen todos los habitantes residentes en el país”. Sus principios rectores son: la promoción de la salud, la intersectorialidad de las políticas, la cobertura, la accesibilidad y la sustentabilidad, la equidad, la continuidad y la oportunidad de las

prestadoras, la prevención, la calidad de la atención y los derechos de los usuarios a tener información sobre su salud.

Los terapeutas plantean en su gran mayoría, que si bien las prestadoras de salud han implicado un avance, su atención resulta escasa, se las entiende como el inicio de un trabajo que debe continuar. Paralelamente, esto implica una formación constante de los clínicos.

4.3.4 Otras terapéuticas simultáneas

Surge como **otras prácticas simultáneas** que la medicación, es otra de las grandes ramas en la estructura de cuidados hacia el niño desde el enfoque psicoterapéutico, en donde si bien se resalta la importancia de su uso, se percibe también, que por momentos resulta excesivo. Al mismo tiempo, se producen nuevas patologías, las cuales los terapeutas adjudican a las nuevas clasificaciones.

Actualmente, se generan sujetos conformados por determinadas subjetividades, las que se encuentran atravesadas por las denominadas tecnociencias.

En las entrevistas, se piensa a la medicación desde dos lugares: por un lado como "una salvajada" (E.2), por el uso indiscriminado que de ella se realiza, y por otro, no se niega que hay casos en los que la medicación resulta necesaria. El sujeto pasa a ser un objeto, en donde los laboratorios tienen un fuerte peso, producto de la época donde los tiempos rápidos exigen respuestas rápidas, y prevalece inserto en una lógica de mercado que lo atraviesa.

En la segunda mitad del siglo XX, una serie de transformaciones llevan a profundizar los estudios de la industria farmacéutica

El sujeto moderno está ante una metamorfosis social, cultural, política, económica, que tiene como consecuencia medicar, para paliar el sufrimiento de una forma rápida.

La pharmaceuticalización es la terminología que comienza a emplearse a finales de los años 80 por parte de la antropología, siendo la forma en que la sociedad contemporánea comienza a percibir la problemática humana en términos farmacológicos.

Un teórico que ahondó en este punto fue Nichter (2003), quien es tomado por Bielli (2016) para dar cuenta cómo comienza en la salud a aumentar el uso o consumo de medicamentos farmacéuticos, pasando a ocupar la primer alternativa al momento del tratamiento.

Por otro lado, tomaremos la definición de Abraham (2010): "...entiende por farmacéuticalización, el proceso por el que las patologías sociales, comportamentales o corporales son tratadas o pensadas como necesitadas de tratamiento o intervenciones con medicamentos farmacéuticos..." (Bielli, 2016, p. 10).

En este sentido, Abraham (2010) trabaja el concepto en base a la relevancia que ha adquirido en los últimos tiempos, donde lo que se busca es acallar el síntoma y prevenir el sufrimiento tanto social como personal.

Respecto a la cultura farmacéutica, un autor que estudió este punto fue Dumit (2012), quien plantea de qué manera los sujetos usan los medicamentos de acuerdo al significado social.

Distintos elementos dan cuenta de cómo las campañas publicitarias de farmacología inducen una imagen de lo que es estar sano, de acuerdo a lo que la sociedad define por sano y lo que no, teniendo como objetivo la introducción del medicamento. Ello llevar a pensar la transformación entre el lugar del medicamento y la salud y lo que implican estos cambios para los sujetos, aumentando tanto la cantidad de sujetos que consumen píldoras, como la diversidad y cantidad de medicamentos.

No obstante, no debe omitirse que la medicación "ayuda en algunos casos" y hace sentir al niño más "confortable" (E 3).

Dumit (2012) refiere a que no se dice cuántas recetas se le dará al paciente por ser perfectamente normal. Ubica al sujeto como un ser indefenso ante el flujo de información, el que en algunos casos resulta incompleto y por tanto, puede llegar a tener consecuencias peligrosas

Dumit (2012) no solo proporciona cuál es el nuevo paradigma de salud- enfermedad que permite el consumo de drogas, sino que también establece la lógica que él cree que emplean las industrias farmacéuticas, sacando provecho de este paradigma centrado en la enfermedad.

En este sentido Jenkins (2011) se pregunta qué es y cómo es la práctica farmacéutica, ante lo cual se plantea que dicha respuesta aparece asociada a agentes globalizados, donde el imaginario farmacéutico presenta que todos somos seres farmacéuticos. La experiencia subjetiva de consumo de fármacos determina la definición del sujeto a partir del mismo.

Los diagnósticos, así como el reclamo de la medicación por parte de la institución escolar, parecen una constante en estos tiempos (E. 4).

Untoiglich (2017) considera que el problema en la infancia se da cuando determinados problemas reales son transformados en trastornos

El creciente consumo mundial genera un efecto en la sociedad impulsado por fines económicos. La falta de cuestionamiento lleva a un consumo impuesto por la industria farmacéutica, donde esta última, como plantea Dumit (2012) está dispuesta a investigar hasta los más pequeños riesgos en la salud, para imponerse.

En el imaginario farmacéutico, el sujeto produce determinado comportamiento bajo el efecto de la droga.

En este sentido Jenkins (2011) establece la preocupación ante las prácticas y significados que modelan el yo farmacéutico, desde la subjetividad de los fármacos.

Esto hace pensar el lugar que viene a ocupar la química, que promete un mejor vivir mediante el aumento del consumo de drogas.

En suma, la medicalización aparece completando aquello que se encuentra como incompleto. Construye síntomas propios de la época, donde los laboratorios tienen un importante peso económico, definiéndose la enfermedad a partir del mismo y no a la inversa. El problema radica en que el medicamento no puede actuar como una única estrategia, frente a una problemática.

Al respecto, Untoiglich (2013) toma a Thomas Szacz (2001) quien señala: "Antes, cuando la religión era fuerte y la ciencia débil, el hombre confundía la magia con la medicina; ahora que la religión es débil y la ciencia es fuerte, el hombre confunde a la medicina con la magia" (p. 260).

El medicamento toma un lugar tan relevante a través de los medios de difusión, que crea en la conciencia la falla ante el incumplimiento de lo prescripto por el mismo. El ser humano busca la cura completa, por ello antes de enfermar, prefiere prevenir.

5. Discusión final

Para abordar las conclusiones finales, se trabajará desde:

- 1) la problemática planteada
- 2) los objetivos, general y específico.
- 3) los aportes a la psicología a partir del material obtenido.

Se vuelve una vez más a retomar el problema del cual parte esta tesis:

¿Cómo se caracteriza el vínculo terapéutico en la clínica infantil? Este problema se aborda teniendo en cuenta las características de los niños y las demandas actuales tanto en el ámbito público como en el privado, las que provienen de distintas Instituciones (sobre todo familia, escuela) y son atendidas, en la consulta privada y a través del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Se observa cómo a lo largo del tiempo se han modificado las formas de abordar el trabajo con niños, ya que se han producido cambios en su forma de visualizarlos dentro de la sociedad.

Se considera importante pensar al vínculo terapéutico, por los efectos que este produce a lo largo del desarrollo del niño.

No se conocen en Uruguay investigaciones específicas sobre el vínculo terapéutico con niños.

Se estima necesario diferenciar estrategias de trabajo en la clínica infantil ya que estas difieren de las utilizadas con el adulto.

Para ello, a través del discurso de los diferentes profesionales y en articulación con los hallazgos teóricos, se propuso pensar cómo se denomina al encuentro entre terapeuta y paciente niño, sus características y operacionalización. Se llegó a la conclusión que se empleó el término de vínculo y encuentro de forma indistinto. No surge de las entrevistas practicadas el fuerte peso que tiene la alianza terapéutica como surge de los antecedentes.

Desde los antecedentes se percibe el uso indistinto del concepto de *vínculo* terapéutico y el de *alianza* terapéutica. Para algunos autores, la alianza terapéutica ha adquirido un papel importante en los resultados obtenidos en el proceso terapéutico. Asimismo, se

destaca la importancia del vínculo en el tratamiento, expresando que para el logro de dicho vínculo se requiere de una serie de factores que contribuyen a formarlo: la capacidad del terapeuta para establecer un espacio de confianza en donde se genere un buen *rappor*t a partir de la empatía, y ser visto como una figura de apego que permita el despliegue tanto de aspectos transferenciales como de contratransferenciales. Ya no alcanza solo con la técnica, sino que se resalta el lugar de la relación establecida.

Se aprecia tanto a nivel de los antecedentes como también del discurso de los entrevistados, la adquisición del lugar de lo intersubjetivo, en donde el modelo clásico de psicoanálisis entra en cuestionamiento y ya no resulta completo. Se comienza a ampliar la mirada del niño hacia lo intrasubjetivo, intersubjetivo y transubjetivo.

Se destaca un corrimiento del lugar del psicólogo y paralelamente del paciente, en donde ambos se encuentran afectados y en construcción, lo que posibilita o no el cambio. El terapeuta ya no es solamente en quien se transfiere, sino que se lo piensa desde el lugar de sujeto.

Es relevante tener en cuenta la implicación del terapeuta en el proceso. La asimetría entre este y el paciente parece una constante, en donde algunos de los entrevistados dejan ver la existencia de una mutua implicación.

Otro factor que aparece es el de la temporalidad, como un determinante en el vínculo.

Como Objetivo General de la presente investigación, se plantea: **Conocer las características del vínculo terapéutico en la clínica infantil, a partir del discurso de terapeutas actuales.**

Para el desarrollo del mismo, se realizó la búsqueda de antecedentes del concepto de *vínculo* y su implicancia tanto a nivel nacional como internacional, surgiendo el uso indistinto del concepto de vínculo con el de *alianza terapéutica*, así como también que confluyen en el mismo los conceptos de transferencia y contratransferencia.

Se destaca la incidencia del vínculo producido con el terapeuta, como un elemento clave para realizar una adecuada psicoterapia y reducir los síntomas.

Desde el marco teórico, se arribó a la definición de *vínculo* a partir de la perspectiva vincular del psicoanálisis, el cual lo define como: la “unión entre una persona o cosa con otra” (R Friedler; 1988. P.41).

Para el análisis de esta investigación, se abordó la noción de vínculo desde los aportes del psicoanálisis vincular, es decir, desde la lógica del dos, desde el “entre”.

Asimismo, se tomaron aportes de referentes clásicos como Puget y Berenstein, Badiou, Aulagnier, Levinas, entre otros, y del psicoanálisis clásico que abordan el trabajo con niños, como lo son A. Freud, M. Klein, Hug- Hellmuth Hermine y Winnicott.

Desde el discurso de los profesionales se arribó a la concepción del *vínculo*, la cual se plantea en algunos casos como un encuentro, mientras que en otras ocasiones aparece asociado al concepto de *transferencia*.

Se lo caracteriza como asimétrico, novedoso, único, singular, particular, irreplicable, especial, como un lugar de sostenimiento en donde la presencia, la pertenencia y el establecimiento de pactos inconscientes, se consideran relevantes. Se aborda al vínculo desde un nuevo enfoque que comprende diferentes mundos: el intersubjetivo, el intrasubjetivo y el transubjetivo.

Respecto a los Objetivos Específicos, se buscó: **Describir la clínica actual desde la concepción de los terapeutas a entrevistar.**

Se comenzó por definir a la infancia desde los autores clásicos, para posteriormente poder pensar las características de los niños, las que derivan en sus actuales demandas y a partir de las cuales se va construyendo la clínica.

Uno de los referentes teóricos para pensar la infancia es Sosenski (2012), quien plantea que se debe hablar de "infancias", expresando que por una parte existen pautas comunes y por otro, diversidad de trayectorias que los niños transitan. De los terapeutas entrevistados, mientras algunos prefieren pensar al niño desde lo cronológico, otros buscan ampliar su perspectiva y pensarlo desde el contexto en el cual se encuentran insertos. Se describe al niño expuesto a excesivas miradas, que buscan dar cuenta de lo que se considera esperable o no. Es un niño que por momentos asume responsabilidades adultas y la sensación de desvalimiento y soledad, las cuales se dan en el proceso de construcción de su estructura psíquica y donde la frustración, la inmediatez, la falta de límites y la baja tolerancia a la frustración, entre otras, son una constante en las características de estos niños. Esto lleva a que aparezcan nuevas demandas y a tener que pensar la clínica desde un nuevo lugar. Se destaca que la clínica ha sufrido modificaciones en los últimos tiempos, lo que ha implicado un nuevo encuadre en donde se han visto alteradas las variables geográficas y ya no se limita a las paredes de un consultorio, sino que hoy se necesita salir, hablar con la maestra, conocer el contexto en el que se mueve el niño. Los terapeutas

destacan la importancia de la familia en el consultorio, para poder pensar al niño y con el niño. Aparece la inmediatez que se espera de los tratamientos, en donde la vertiginosidad del tiempo es una constante. Se buscan cambios rápidos, sin importar los procesos.

Otro de los objetivos propuestos era: **estudiar el tipo de las demandas que llegan**. Los niños no consultan solos, vienen siempre por un tercero, siendo derivados en gran parte por la institución escolar o por la familia. A partir de su llegada, surgen una variedad de motivos de consultas, de los cuales se destacan las dificultades de aprendizajes y problemas conductuales que repercuten en el “buen funcionamiento” y vinculares. Preocupa a los terapeutas la necesidad de una respuesta rápida ante dicho pedido, lo que lleva a entrar en juego la medicación, la cual si bien reconocen que en algunos casos sirve de ayuda, también consideran que su uso indiscriminado produce en el niño resultado negativos.

En correlación con ello, se generan nuevas patologías que aparecen como resultado del momento actual, inmersos en una cultura capitalista en donde el sufrimiento se busca evadir y ocultar.

Respecto a la Institución escolar, señalan que no ha podido acompañar los cambios del niño. Esto ha producido un desborde en dicha Institución, que la lleva a solicitar ayuda. No obstante, como señalan los entrevistados, cuando desde la psicología se busca aportar aparece cierta rigidización de parte de los centros educativos, que no permite al psicólogo poder intervenir adecuadamente.

En relación al **lugar de la familia**, se destaca una participación más activa a lo largo de los años, con una mayor implicación que beneficia al tratamiento con el niño. Esto se debe a que el niño viene al consultorio buscando un cambio que debe ser sostenido desde sus redes más cercanas. Hay terapeutas, que si bien visualizan esta participación como un elemento muy favorecedor, consideran que los padres pueden obstaculizar el proceso y no favorecer el cambio. La relación que se establezca con la familia, facilitará u obstruirá la transferencia establecida. Esta capacidad que la familia tenga de lograr comprender la importancia del tratamiento, estaría asociada al grado de insight de la situación del niño. Un fenómeno que se detecta de forma reiterada desde los terapeutas, son las mutaciones que han tenido las configuraciones familiares, la cuales ya no se centran en un modelo de familia nuclear.

Las prestadoras de salud son un pilar que incide fuertemente para el buen desarrollo del niño. No obstante, los terapeutas señalan que si bien las mismas permiten una mayor

accesibilidad, actualmente resultan insuficientes, planteándose la necesidad de ampliar el abordaje, haciendo énfasis en la formación continua de los profesionales.

Respecto a otras prácticas simultáneas se hace hincapié en el lugar de la medicación en los niños, lo cual se arriba a la conclusión, que si bien se considera que en algunas oportunidades las mismas favorecen el buen desarrollo del niño por otro lado no se tiene un control sobre el consumo de la misma.

El último objetivo propuesto era **“Describir qué efectos produce la terapia en niños para el terapeuta”**. Esto implica pensarlo desde la contratransferencia, en donde desde una mirada vincular ambos (niño y terapeuta) están siendo modificados a partir de lo que acontece en el encuentro.

Asimismo, se destaca una vez más la necesidad de implicación del terapeuta desde su rol, tanto desde lo físico como desde lo mental.

El terapeuta necesita, desarrollar su máxima creatividad en el trabajo con el niño, lo que lo lleva a una constante formación. Esto lo ubica en un lugar asimétrico respecto al niño.

5.1 Aportes a la teoría

Los discursos de los terapeutas permiten poder visualizar la percepción de la infancia hoy, así como también comprender sus características. Como consecuencia de esto y de acuerdo a lo que surge del discurso de los profesionales, se establecen las principales demandas. Una vez más, se hace eco en la importancia del vínculo para poder contribuir en la cura del paciente.

Se establece que un buen vínculo caracterizado por la implicación, sensibilidad y creatividad que lleva a favorecer y disminuir los síntomas, lo cual es destacado tanto por los antecedentes hallados, como por el lugar que los terapeutas entrevistados le otorgan.

Se amplía la forma de abordar el trabajo con el paciente, en donde el modelo de psicoanálisis clásico pareciera insuficiente y se integra una nueva perspectiva que incluye lo intrasubjetivo, lo intersubjetivo y lo transubjetivo, lo que implica salir del consultorio e incluir más a los padres.

Se considera que se han producido cambios en el encuadre, dado que ya no se permanece dentro de un espacio cerrado, sino que actualmente implica una mayor movilidad del terapeuta y un trabajo multidisciplinario.

En el trabajo con los niños, continúa siendo la caja de juego una herramienta privilegiada y una vía para acceder al mundo interno del niño.

6. Consideraciones éticas:

Se tomó como referencia para la presente tesis, el decreto del Poder Ejecutivo CM/ 515 del 4/8/2008 que aborda la investigación con seres humanos, cuyo objetivo es preservar la dignidad, la integridad y los derechos de los sujetos a investigar.

Cumpliendo con las exigencias éticas y científicas, se le solicitó a los sujetos de la investigación el consentimiento libre e informado, tanto verbal como escrito, donde previamente se les explicará cuál es el objetivo, el procedimiento y la metodología así como sus posibles riesgos, beneficios y duración de su intervención.

Del mismo modo, se asegura la confidencialidad de la identidad del entrevistado, a la cual únicamente podrán acceder únicamente la investigadora y su Directora de Tesis.

En el transcurso de la entrevista, el sujeto dispuso de entera libertad de interrumpirla si lo considera necesario. Dispuso de una copia del consentimiento informado, donde se explica en detalle lo anteriormente mencionado.

Una vez obtenido el consentimiento, se procesaron los datos obtenidos. Para ello aplique el decreto CM/524 y Ley Habeas Data 2009 donde se detallan los cuidados y la protección de los datos personales. En dicha ley se establecen una serie de principios para la formulación de base de datos, tales como: legalidad, veracidad, finalidad, previo consentimiento, seguridad de datos, reserva y responsabilidad

Bibliografía

Alzugaray, A. (2016) Análisis del concepto vínculo terapéutico y su importancia en la clínica: un estudio a partir de la experiencia de psicoterapeutas de formación psicoanalítica y del psicoanálisis vincular. (Tesis de maestría). Universidad de la Republica, Facultad de psicología. Montevideo Uruguay.

Aulagnier, P. (1975). La violencia de la interpretación. Buenos Aires: Ed. Amorrortu.

Andrade N. (2005) La alianza terapéutica Clínica y Salud Vol 16 Pags. 9-29 ISSN 1135:0806. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/1806/180616109001.pdf>

Avila A, Bastos A, Castelo J, Gacia O, Gasparino A, Pinto JM, Rubi M, Viada A, Vivar P y Aburto M. (2002) Reflexiones sobre la Potencialidad transformadora de un Psicoanálisis relacional. Sección Especial. Psicoanálisis Relacional.

Avela, Andreu. (2001). Las técnicas de análisis de contenido: una revisión actualizada. Centro de Estudios Andaluces. Recuperado de: <http://public.centrodeestudiosandaluces.es/pdfs/S200103.pdf>

Carlos Arevalo Domesticar produce narcisismo. (Material proporcionado de AUPCV. Inedito)

Arias. P (1987) El niño y la vida familiar en el Antiguo Régimen, Madrid, Taurus

Badiou Alan. (2000) Presentación de la edición en castellano de El ser y el acontecimiento. Recuperado http://raularagon.com.ar/biblioteca/libros/Badiou/Presentacion_de_la_edicion_en_castellano_del_Ser_y_eL_Acontecimiento.pdf

Bardín, L. (1996). Análisis de contenido. México D. F.: Akal.

Baringoltz, Sara (2005). Aportes cognitivos a la visión del terapeuta y del vínculo terapéutico Argentina, recuperado de <http://centrodeterapiacognitiva.com/wp-content/uploads/2011/01/Aportes-Cognitivos-a-la-Vision-del-Terapeuta-y-V%C3%ADnculo-Terapeutico.pdf>

Barran José Pedro (2014) Historia de la sensibilidad en el Uruguay. Ed. Banda Oriental. Montevideo Uruguay.

Berenstein, I. (1997). El sujeto y el otro: de la ausencia a la presencia. Buenos Aires: Ed. Paidós.

Berenstein, I. (2001). El vínculo y el otro. Psicoanálisis Buenos Aires. Ed. Paidós

Berenstein, I. (2004). Devenir otro con otro (s). Buenos Aires: Ed. Paidós.

Berenstein, I. (2008). Del Ser Al Hacer. Buenos Aires: Ed. Paidós

Berriel Fernando (2004) Grupos y Sociedad. Comp. Cap. El lugar del diferente y el lugar para la diferencia por Jorge Larroca. Ed. Nordan Montevideo.

Bielli, A. (2016). Los estudios farmacéuticos: alcances y limitaciones de un campo de indagación emergente. TRILOGÍA. Ciencia. Tecnología y Sociedad, 8(13), 27-42.

Bleichmar S (1996) Conferencia sobre estructuración psíquica. Revista Uruguaya de Psicoanálisis En Línea ISSN 1688-7247 Recuperado de:

<http://www.apuruguay.org/apurevista/1990/1688724719968303.pdf>

Bruno G. (2014) Significación del motivo de consulta en padres con hijos en entrevistas iniciales para atención Facultad de psicología, Universidad de la República. Tesis de Maestría

Recuperado de:

http://www.biur.edu.uy/F/1E8CQ4XBDFCIBXHEUP31NUAL9VGA1F5CE4Q5PAVHKS4691H68X-41052?func=item-global&doc_library=URE01&doc_number=000431764&year=&volume=&sub_library=FP

Cáceres, Pablo (2003) Análisis cualitativo de contenido: Una alternativa metodológica alcanzable. Psicoperspectivas; II: p. 53-82. Recuperado de:

<http://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/viewFile/3/3>

Castoriadis, C. (1994). Los dominios del hombre las encrucijadas del laberinto. El imaginario social. Barcelona. Editions du Seuil, París

Consentino J.C (2002) - Construcción de los conceptos freudianos (Tomo II) Bs. As. Ed. Manantiales. Estudio de Psicoanálisis.

Corbella, S y Botella, L (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. Recuperado de http://www.um.es/analesps/v19/v19_2/04-19_2.pdf

De Moreno (2010). Lo Fundamental en la relación terapéutica. Revista FUNLAM, Colombia, Recuperado de: <http://www.funlam.edu.co/poesis> en Revista de Psicoanálisis tomo xxxv N.O 1 (Uruguay)

Decreto de investigación con seres humanos; Ley No.18331 habeas data 2008 y Ley habeas data 2009 Recuperado de <http://www.psico.edu.uy/investigacion/comite-de-etica-en-investigacion>.

Decreto N° 2/008 de 08/01/2008. Ley 18211. Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Díaz-Benjumea, M. D. J.(2011) Fundamentos del Cambio en la Psicoterapia Psicoanalítica: La Interpretación, el Vínculo y el Análisis del Vínculo. Contemporánea V. 2 N.o 1. Sevilla, España Recuperado de: <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clinicacontemporanea/cc2011v2n1a2.pdf>

Dumit, J. (2012). Introduction. Drugs for Life. How Pharmaceutical Companies define our Health. Durhama: Duke University Press.

Egge, M. (2008) El tratamiento del niño autista. En Di Ciaccia, A. La práctica 'a plusieurs' Cap. 3 (pp. 115-191) Ed. Gredos.

Elvira C y Arias (2010) Alianza Terapeutica y su relación con las variables de apego del terapeuta y del consultante. Universidad Nacional de Colombia, Bogota.

Recuperado de: file:///C:/Users/motociclo1/Downloads/art%C3%ADculo_redalyc_64724634017.pdf

Etchevers, M., González, M., Magdalena, S., Luisina M., Iacoponi, C., Muzzio, G. y Miceli, C. (2010). Relación terapéutica y su importancia en la psicoterapia. Argentina Recuperado de <https://www.aacademica.org/000-031/197.pdf>

Fossa, P. (2012). Obstáculos del proceso terapéutico: una revisión del concepto de vínculo y sus alteraciones. Chile: Revista de Psicología GE PU Vol 3 N1 Junio. Recuperado de: <http://revistadepsicologiagepu.es.tl/Obst%C3%A9culos-del-Proceso-Terap-e2-utico-d--Una-Revisi%C3%ADn-del-Concepto-de-V%EDnculo-y-sus-Alteraciones.htm>

Freud, A. (1979). Normalidad y Patología en la niñez. Buenos Aires. Ed. Paidós.

Freud, S. (1911. 1913). Obras Completas. Tomo XII. Sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente (Schreber) Trabajos sobre técnica psicoanalítica y otras obras Buenos Aires- Madrid: Ed. Amorrortu.

Freud, S (1916-1917) Obras Completas. Conferencias de introducción al psicoanálisis (Parte III) Tomo XVI Buenos Aires. Madrid: Ed Amorrortu.

Freud, S (1925- 1926) Obras Completas. Tomo XX Presentación autobiográfica. Inibición síntoma y angustia. ¿Pueden los legos ejercer el análisis? Y otras obras. Buenos Aires. Madrid: Ed Amorrortu

Foucault M. Nietzsche, la genealogía, la historia, Recuperado de <http://www.pensament.cat/filoxarxa/filoxarxa/pdf/Michel%20Foucault%20-%20Nietzschegenealogiahistoria.pdf>

Gomel Silvia: (2019) Lo indecible algunas ideas sobre el vínculo analítico. “Conversaciones Psicoanálisis vincular: Nuestro tiempo como desafío” XXXI Jornada Anual de la AAPPG Recuperado de <http://www.aappg.org/wp-content/uploads/Trabajos-Libres-Jornada-2019.pdf>

Gomez Beatriz (2010). La Relación terapéutica en terapia Cognitiva. Revista de la Asociación de la psicoterapia de la República Argentina. (Pág 1-21). Recuperado de: https://apra.org.ar/pdf/_Gomez.pdf

Gottlieb N.(2013) Valor de la Interrogación en la Clínica Vincular. (Inédito).

Gottlieb N (2013) “Levinas La noción del Rostro” Recuperado de: https://www.academia.edu/6805718/Levinas_la_nocion_de_Rostro

Guerra, V. (2000). Sobre los vínculos padres-hijos en el fin del siglo y sus posibles repercusiones en el desarrollo del niño. Revista Uruguaya de Psicoanálisis,APU Uruguay Montevideo . Recuperado de: <http://www.apuruguay.org/apurevista/2000/1688724720009109.pdf>

Hernandez Sampieri y otros (2010) Metodología de la investigación México McGraw Hill. Recuperado de: https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf

Icart, I. MT (2000). Elaboración y presentación de un Proyecto de investigación y una tesina. Lugar: Universidad de Barcelona. Recuperado de:
<http://www.publicacions.ub.edu/refs/indices/06677.pdf>

Iglesias S. (1996). El Desarrollo del Concepto de infancia. Recuperado de:
https://www.academia.edu/10508408/El_desarrollo_del_concepto_de_infancia_Susana_Iglesias

Janin, B. (2016). La memoria colectiva, el trabajo y los lazos sociales en la constitución de la subjetividad. Revista Actualidad Psicológica Buenos Aires. (Pág. 5 N° 450)

Janin B. (2017) El sufrimiento psíquico en los niños en los tiempos actuales- intervenciones subjetivantes. Cuadernillo Apertura. N°1. Recuperado de: <http://aperturasclinicas.cl/wp-content/uploads/2017/11/El-sufrimiento-psiquico.pdf>

Jenkins, J. H. (2011a). Introduction. En J. H. Jenkins (Ed.), Pharmaceutical Self: The Global Shaping of Experience in an Age of Psychopharmacology (pp. 3-16). Santa Fe: School for Advanced Research Press.

Jenkins, J. H. (2011b). Psychopharmaceutical Self and Imaginary in the Social Field of Psychiatric Treatment. En J. H. Jenkins (Ed.), Pharmaceutical Self: The Global Shaping of Experience in an Age of Psychopharmacology (pp. 17-40). Santa Fe: School for Advanced Research Press

Junyent, A. (2012). El vínculo terapéutico una relación significativa. Barcelona. Recuperado de: <http://www.cintrapsicologia-bcn.com/wp-content/uploads/2012/09/EL-VINCULO-TERAP%C3%89UTICO.pdf>

Kasitzky de Bianchi Graciela (S/A) Invariancias y transformaciones de los vínculos familiares. (Material proporcionado por AUPCV)

Klein M. (1987) Obras completas: el psicoanálisis de niños. Buenos Aires: Ed Paidós.

Kleiman S. Vínculo Parento Filial ocupar lugares, habitar territorios. Recuperado de <https://es.scribd.com/document/384609905/Vinculo-Parento-Filial-Ocupar-Lugares-a-PDF>

Laplanche, J. Pontalis, J.B. (1983). Diccionario de Psicoanálisis. Buenos Aires: Ed. Labor.

Lagache (1986) La teoría de la transferencia. Buenos Aires. Ed. Nueva Visión.

Larroca, J. (2009). Para pensar los vínculos. En Técnicas psicoterapéuticas. Uruguay: Ed. Psicolibros.

Levinas, E. (2000). «El Rostro» en Ética e infinito. España: La balsa de Medusa.

Lewkowicz (1999) Plenario. AAPPG Departamento de Familia

Minnicelli, M. (2016) Infancia e Instituciones1: Otro guión para la novela social sobre la infancia vulnerada. Revista Generaciones. UBA. Año 5. Nº 5. pp. 131-151.

Minnicelli, M. (2013) , M Niños y niñas heridos por la vida... Niños y niña heridos por la vida ... Cuando la práctica clínica precisa de Juego y de otros juegos. INFEIES – RM, 5 (5). Presentación/Comunicaciones - Mayo 2016: <http://www.infeies.com.ar> 2013)

Minnicelli, M.2010) Ceremonias mínimas. Una apuesta a la educación en la era del consumo. Rosario. Homo Sapiens.

Minnicelli, M. (2008) Infancias en estado de excepción. Derechos del niño y psicoanálisis. Bs. As.- México: Novedades Educativas. (Comp.)

Minnicelli, M. (2008) Infancia e Institución(es). Bs. As.-México: Noveduc “Introducción” y Cap. 1 “Infancia e Institución(es): escrituras de la ley” (Comp.)

Minnicelli, M. (2004) Infancia, legalidad y juego en la trama del lenguaje. Bs. As. - México: Noveduc. Introducción y capítulo I.

Minnicelli, M. (2012) Infancias Públicas. No hay Derecho. Bs. As.-México: Novedades Educativas. MINNICELLI, M. & ZAMBRANO, I. Estudio preliminar sobre algunas Instituciones de infancia en tiempos de capitalismo y modernidad: los Niños en Situación de Calle, Colombia. INFEIES – RM, 1 (1). Investigaciones – Recuperado de: <http://www.infeies.com.ar>

Molina, Ben Dov, Diez, Farran, Rapaport, y Tomicic (2013), El vínculo terapéutico. Argentina, Recuperado de : <http://www.redalyc.org/pdf/2819/281930494003.pdf>

Muniz A (2009) Niños eran los de antes...¿y ahora qué son?” Montevideo UruguayEd Psicolibros.

Muniz, A. (2013). Abordajes clínicos de las problemáticas actuales en la infancia N° 1 – 2001 Recuperado de:
<https://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/165/156>

Pachuk, C., Friedler, R. (1998). Diccionario de psicoanálisis de las configuraciones vinculares. Buenos Aires: Ed. Ediciones del Candil.

Puget J- Berenstein I. (1988). Psicoanálisis de la pareja matrimonial. Paidós Buenos Aires.

Puget J (2015) Subjetivación discontinua y psicoanálisis. Incertidumbre y certezas. Ed. Lugar Buenos Aires.

Putrino N, Etchevers M; Mesurado Belen (2017) El vínculo terapéutico : el rol del entrenamiento en empatía. Recuperado de:
http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/070_psicoterapias1/material/acta_psiquiater_psiacol.pdf

Quezada Zevallos, J. (2011). El vínculo terapéutico. Perú Universidad Femenina del Sagrado Corazón. Recuperado de:
<http://www.unife.edu.pe/pub/consensus/consensus16/jennyquezada.pdf>

Rodríguez, C., Lorenzo, O. y Herrera, L. (2005). Teoría y práctica del análisis de los datos cualitativos. Proceso general y criterios de calidad. En Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades, volumen número 002. Consultado el 12 de mayo de 2009.
Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=65415209>

Rojas M (2005) Familias del modelo único a la diversidad. Topia. Un sitio de psicoanálisis, sociedad y cultura. Recuperado de: <https://www.topia.com.ar/articulos/familias-del-modelo-%C3%BAnico-la-diversidad>

Rojas, M. (2008). Psicoanálisis con niños, un enfoque vincular. Revista do Nesme, Vol 5, No. 1, Nucleo de Estudos em Saude Mental e Psicanálise das Configuracoes Vinculares Sao Paulo Brasil.

Rojas, M (2016) Violencias epocales y sufrimiento familiar. Revista de Psicoterapia Psiconalítica. Tomo IX N| 2

Rosenthal, J. (1978). Algunas consideraciones acerca del vínculo terapéutico en la situación analítica. Revista APA N° 50

Sanchez. A. (2010) La relación terapeuta consultante hacia un vínculo nosotros, Argentina: Recuperado de: http://apra.org.ar/revistadeapra/pdf/_Sanchez.pdf

Santibañez P, Roman M, Luvero C, Espinoza A Irribarren P, Muller Efectividad de la psicoterapia y su relación con la alianza terapéutica. Revista interdisciplinaria. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-7027200900200006

Sautu, R., Boniolo, P., Dalle, P. y Ebert, R. (2005). Manual de metodología Construcción del marco teórico formulación de los objetivos y elección de la metodología Buenos Aires: Consejo latinoamericano de Ciencias Sociales Clacso. Recuperado de <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/campus/metodo/metodo.html>

Skliar Carlos (2012) La infancia, la niñez, las interrupciones. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales – FLACSO, Argentina En childhood & philosophy, rio de janeiro, v.8, n.15, jan./jun. 2012, pp. 67-81.

Sosenski Susana y Elena Jackson Albarrán, comps. (2012) Nuevas miradas a la historia de la infancia en América Latina: entre prácticas y representaciones, México. UNAM

Straus, A. y Corbin, J. (1998). Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia. Recuperado de: <http://sociologoscentral.blogspot.com.uy/2012/01/bases-de-la-investigacion-cualitativa.html>

Tortorelli Maria Alejandra. (2000) “Entre” Recuperado de : <http://derivasdelaobjetividad.blogspot.com/2009/07/entre-ma-alejandra-tortorelli.html>

Untoiglich, G. (2013). El trabajo de constitución subjetiva en la clínica con niños graves padres y sus padres. En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz. La patologización de las diferencias en clínica y educación. Lugar: Bs As Ed.Noveduc Libros.

Untoiglich G (2015) Autismos y otras problemáticas graves en la infancia. La clínica como oportunidad Lugar: Bs As Ed.Noveduc Libros

Vallejo Orellana Reyes Hug- Hellmuth Hermine Genunina (2004) Pionera del Psicoanálisis del niño. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. N° 89 pp 131-142 Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid España.

Vázquez Sixto, F. (1996). El análisis de contenido temático. Objetivos y medios en la investigación psicosocial. (Documento de trabajo). (pp. 47-70). Universitat Autònoma de Barcelona. Recuperado de:
https://psicologiaysociologia.files.wordpress.com/2013/03/fecc81lix-vacc81zquezsixto_el-anacc81lisis-de-contenido-temacc81tico.pdf

Vidal G; Alarcón R (1986) Psiquiatra. Bs AS. Ed. Médica Panamericana.

Volnovich (2013) El niño del “siglo del niño” Buenos Aires Lumen.

Waizmann Roussos (2007) La alianza terapéutica y su interacción con otros factores en psicoterapia, en XIV Jornada de investigación y tercer encuentro de investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología Universidad de Buenos Aires Recuperado de : <https://www.aacademia.org/000-073/159.pdf>

Winnicott, D. (2007).El niño y el mundo externo. Buenos Aires. Argentina. Ed. Horme S.A. E

Winnicott, D. (1999) Realidad y Juego. Buenos Aires. Ed. Horme. S. A. E

Anexos:

Consentimiento informado:

Facultad de psicología.

Maestría en Psicología Clínica - Facultad de Psicología.

Investigadora: Lic en Psicología Sindy Janavel

Cel: 099318363

Investigación: Características del vínculo terapéutico en la clínica infantil actual.

Departamento: Psicología Clínica.

Fecha:

HOJA DE INFORMACIÓN

Información

Título: “Características del vínculo terapéutico en la clínica infantil actual”.

Objetivo general:

- Caracterizar el vínculo terapéutico en la clínica infantil, a partir del discurso de terapeutas.

Objetivos específicos:

- Describir la clínica infantil actual desde la concepción de los terapeutas entrevistados.
- Caracterizar el tipo de demanda psicológica y los dispositivos de intervención.
- Describir el rol de la familia en los tratamientos infantiles.
- Indagar las concepciones sobre vínculo terapéutico que tienen los terapeutas entrevistados.

- Describir qué efectos produce la terapia con niños para el terapeuta.

Actividades a realizar:

Se aplicará entrevistas en profundidad a profesionales de la clínica, que tendrán un tiempo aproximado de 40 minutos de duración.

Para registrar el audio se utilizará grabadora, y luego será cuidadosamente desgrabada la entrevista por la investigadora Sindy Janavel.

Se informa que el contenido de las preguntas gira en torno a las siguientes áreas:

- 1) cómo se caracteriza la clínica actual, así como sus frecuentes motivos de consulta,
- 2) pasando luego a la siguiente área que tiene como objetivo indagar sobre el vínculo terapéutico con niño.
- 3) Y por último, el lugar ocupa el mismo en la consulta.

Asimismo se indagará

- 4) qué características tiene hoy el vínculo terapéutico entre terapeuta -niño, para luego adentrar en el lugar de la transferencia como una tercera área.

Se dará cumplimiento a la normativa vigente por el Poder Ejecutivo CM /515 del 4/8/2008, preservando la dignidad integridad y derechos de Ud como colaborador para la presente investigación así como también el decreto CM /524 y Ley Habeas Data 2009 donde se detallan los cuidados y protección de los datos personales.

Basado en el Principio de Beneficencia su participación en la misma no le brindará beneficios directos, evitándose todo clase de daño (principio de maleficencia) que ud estime pueda producirle dicha investigación tanto en la actualidad como a futuro. Preservándose sus datos bajo absoluta confidencialidad por parte del entrevistado.

En el transcurso de la entrevista Ud. dispondrá de entera libertad de interrumpirla si lo considere necesario en cualquier momento, buscándose evitar situaciones que incomoden.

Asimismo tampoco obtendrá remuneración por ello siendo la misma libre y voluntaria preservándose la confidencialidad.

Resultan beneficiosos sus aportes, ya que contribuyen a la mayor comprensión de los fenómenos clínicos, así como también en la formación teórica técnica de los profesionales hoy.

FORMULARIO DE SOLICITUD DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento:

He sido informado en forma clara sobre los objetivos, procedimiento metodología, riesgos beneficios y duración, de mi intervención en dicho trabajo. Decidiendo participar en la misma, recibiendo una copia de este consentimiento y de hoja de información.

Fecha

Nombre y Apellido.....

Firma.....

Nombre del investigador:.....y teléfono.....

email. sjanavel@hotmail.com

Celular de contacto: 099318363

Se agradece la participación en la presente investigación.

Guía de Preguntas

Las preguntas de investigación están divididas en cinco categorías que se desprenden del problema, objetivos, antecedentes y marco teórico.

Listado de asuntos:

- 1) Percepción de la infancia actual.
- 2) Indagar concepción y denominación del encuentro entre terapeuta y niño.
- 3) Caracterizar vínculo terapéutico con paciente niño.
- 4) Caracterizar el tipo de demanda psicológica y los dispositivos de intervención(lugar del sufrimiento)
- 5) Posición del terapeuta (Transferencia- contratransferencia)

Encuadre biográfico:

1. Nombre y apellido
2. Edad
3. Lugar de residencia
4. Trayectoria del trabajo con niños
5. Corrientes psicológicas que toma como referentes para el ejercicio de su profesión
6. Trabajo (ámbito público o privado)

I. Significado social de la infancia

1. Percepción de infancia y caracterización de los niños que llegan al consultorio en este momento.
2. Caracterización del transcurso de la clínica desde que comenzó hasta la actualidad.

II. Indagar concepción y denominación del encuentro entre terapeuta y niño.

1. Características que tiene el encuentro terapeuta -paciente niño
2. Qué nombre le daría a lo que acontece en el encuentro terapeuta - paciente niño.

III. Caracterizar vínculo terapéutico con paciente niño.

1. Desarrollo del vínculo terapéutico que se produce entre terapeuta y los niños que atiende.
2. Particularidades del vínculo en la consulta actual (y el por qué)
3. Qué resulta novedoso del encuentro terapeuta- paciente niño

IV. Caracterizar el tipo de demanda psicológica y los dispositivos de intervención(lugar del sufrimiento)

1. Características de la clínica actual (si no se mencionó previamente).
2. Motivo de consulta frecuente en estos últimos años (si estos han cambiado, en qué sentido)
3. Entendimiento sobre la denominada patología infantil actual (y su clasificación).
4. Lugar que tiene la familia en el tratamiento.
5. Lugar de las prestadoras de salud hoy en el tratamiento.
6. Influencia del vínculo terapeuta – paciente en las patologías actuales.
7. Efectos del vínculo terapéutico en desarrollo psíquico de los niños.

V. Posición del terapeuta (Transferencia- contratransferencia)

1. Abordaje desde la clínica de las demandas actuales.
2. Transferencia y contratransferencia con niños.
3. Fenómenos que favorecen y obstaculizan un vínculo.
4. Desafíos actuales a los que se enfrenta el terapeuta
5. Técnicas, y metodologías de la clínica actual.

Entrevista Gisela Untoiglich.

E: Bien entonces te pregunto Gisela de nuevo tu edad

E1: Si

¿Cuál sería?

E1: 51

51, ¿Estas residiendo actualmente en buenos aires no?

Si

Bien, contame G U ¿desde qué nivel de atención de salud estas abordando tú el trabajo en la clínica?

No te termino de entender la pregunta

Si, ¿sería más desde la prevención, desde la promoción?

No yo trabajo, mi abordaje es un abordaje psicoanalítico, si tratamiento psicoanalítico de niños y adolescentes

Bien

El que hago en el consultorio

Bien, ¿o sea que la corriente desde la que trabajas es la psicoanalítica?

Si

Bien contame ¿trabajas en el ámbito público o en el ámbito público y privado?

En ambos

En ambos ámbitos, bien, contame G U unos de los puntos de los cuales yo quería trabajar para mi maestría era el significado social de la infancia bien, quería preguntarte un poquito, ¿qué características tenían estos niños que llegan hoy al consultorio?

Al consultorio privado

Si

Yo me voy a enfocar en mi clínica del consultorio privado

Bien

Es eso?

Genial

Yo tengo una clínica, mi clínica del consultorio privado básicamente clase media y alta si, es la que paga la consulta privada

Ahí va

Después tengo experiencia de trabajo como supervisora en un hospital público que atiende todo tipo de personas más general más ligadas a las clases medias y bajas.

Bien

Vos quieres que yo centre mis respuestas en mi consulta privada?

Podría ser una opción sino poder ver ¿qué características tiene estos niños si son diferentes en el ámbito público si son diferentes en el ámbito privado?

Eh la diferencia fundamental entre el ámbito público y privado tiene más que ver con las cuestiones materiales si, los niños que llegan al ámbito público tiene más carencias a nivel material y muchas veces cuestiones de necesidades básicas insatisfechas si, después en el resto de las cosas hay muchas que son muy similares si eh, pero bueno voy a focalizar más en los niños que me llegan a la consulta privada, eh en general lo que cambió básicamente es la edad esto es lo que yo veo cada vez llegan a la consulta niños más pequeños, y más desarmados si, con padres con menos posibilidades de alojamiento de la infancia si esto es lo que veo con por lo general muchas padres que están solos que tienen muy poca red sostén de contención, estas son las cosas que han cambiado en los últimos años en mi consulta

Bien contame

Perdón

Si

Las problemáticas son más generalizadas, más graves y más complejas como cuestión general, no son tan consultas, ojos puede haberlas nos son tantos las consultas puntuales, de le tiene miedo al perro, no controla esfínteres o no sé tiene celos de la hermanita son consultas de situaciones como mucho más graves complejas con muchos factores intervinientes muchos afectos que están tomados

Bien decime G.U ¿qué características tiene este transcurso? ¿hace cuantos años hace que estás trabajando en la clínica?

Me recibí en diciembre 1988 o sea un montón casi 28 años

Ahí va

Más o menos sacando la cuenta

¿Y este pasaje como lo has vivenciados, de aquellos años del 88 como se ha ido produciendo?, vos me traías recién que habían cambiado más bien el tema de las demandas de que venía, también esto la contención que es la familia

¿Cómo se ha ido a su vez cambiando en la clínica estas cosas, qué efectos a producido esto?

Buenos los afectos tienen que ver con esto que te decía que lo que se ve es muchos mayor nivel de desamparo tanto en los niños como en sus padres y lo que se ve que el terapeuta tiene muchas veces que intervenir en muchas áreas que en general hay que trabajar con varias áreas con la escuela con el pediatras con otros profesionales de la salud que también están interviniendo, muchos niños con más de un tratamiento, a veces están los que tienen tratamiento fonoaudiológico psicológico músico terapéutico psicomotricista terapeuta ocupacional, como multiplicidad de terapeutas trabajando a veces con alguna coordinación, a veces sin ninguna a veces soy yo la que coordina los equipos en función de lo que el niño va necesitando eh a veces hay otro que lo coordina, otro psicólogo o un médico o u otro, entonces creo que lo que varía es básicamente la complejidad eh con el que hay que trabajar hoy.

Bien y ¿cómo definirías o percibirías a la infancia hoy digamos?

Me parece que es difícil hablar de una infancia hoy o sea

Bien

Yo hablaría más bien de las infancias y me parece que en función de eso hay que pensarlas pero creo esto que te decía creo que hay algo que algunos llamamos la clínica del desamparo que hay una infancia que por un lado está mucho más hablada y tiene mucho, se habla mucho más de la infancia que lo que se hablaba antes pero no sé si eso le provee a los niños más recursos de niños creo que uno de los problemas principales que veo y eso en todos los nivel sociales no en ninguno en particular la falta de tiempo para jugar, hay poco tiempo y poco espacio para jugar hay mucho avasallamiento de pantallas otra vez en todos los estratos sociales eh muchos niños muy pequeños pegados a pantallas y con lo cual lo que vez son menos interacciones humanas y más interacciones con máquinas, eso es algo que también que caracterizo hoy la época

Bien, vos me contabas G.U entonces que trabajabas con niños y adolescentes ¿es entre alguna edad comprendida cuando hablas

específicamente de niñez digamos, y los adolescentes, hasta que edad trabajas?

No no

Es indiferente...

si

Contame G.U ¿qué es lo que se produce con el terapeuta y el niño cómo lo podrías denominar a ese encuentro?

Eh, yo hablo de la clínica como oportunidad, yo creo que estos encuentros son oportunidades que se uno puede darle a un niño y a uno mismo como terapeuta, como oportunidades de apertura de ciertas novedades sino está disponible para la escucha y para el encuentro real con ese niño, si me parece que el punto central es poder abrir a ese encuentro con lo que el niño, con lo que el niño trae.

Bien ¿podrías pensar que produce un determinado tipo de vínculo ahí entre terapeuta y paciente niño?

Si, yo espero que siempre se produzca un vínculo, de todas maneras siempre mi vinculo en principio es con los padres y a partir del encuentro con los padres después tengo un encuentro con el niño que siempre en primera instancia es con el niño y sus padres

Bien y ¿qué características tiene este vínculo que tu comienzas con los padres y luego con los niños a partir de los padres?

¿Cómo lo caracterizarías por ejemplo? Porque la idea un poco es trabajar ¿qué características tiene en particular este encuentro que se produce con el niño?

En principio es un encuentro que yo intento alojar al niño y alojar su malestar y alojar su sufrimiento e intentar encontrar algún sentido que lo tenemos que construir juntos con el niño acerca de de su malestar su sufrimiento, que además es no necesariamente el mismo por el cual consultan sus padres. Tenemos que ver cuál es? Qué es lo que le está al niño sufrir independientemente o no de cuál es la razón

por la cual los padres vienen a consultar no siempre coincide, por un lado esta quien lo deriva y por qué por otro lado está por qué consultan los padres y por otro lado está bueno cual es por qué está sufriendo ese niño, si es que tiene algún nivel de sufrimiento

Bien ¿piensas que el trabajo con niños tiene alguna particularidad de lo que se genera en este vínculo?

Sí, es un vínculo, por supuesto siempre estamos hablando de un vínculo transferencial si, la diferencia fundamental es que cuando uno tiene un vínculo transferencia, cuando el paciente es un adulto es la transferencia entre ese adulto y ese terapeuta y cuando el paciente es un niño hay muchas más transferencias que se juegan, no por un lado la del niño por otro lado la del padre la madre, la de ambos la de la escuela si es la escuela la que lo deriva u otro profesional si es otro profesional el que lo deriva entonces son como muchas transferencias que se juegan en el trabajo con ese niño y a veces puede pasar tener un muy buen vínculo transferencial con el niño y no con los padres o no con la institución escolar o no un muy buen vínculo transferencial con el niño la madre y no con el padre o con el padre del niño y no la madre o con los padre y no con el niño digo son como mucho más complejos porque son muchos más actores los que están en juego aunque el tratamiento sea el tratamiento del niño

Bien y contame un poco G.U ¿qué resulta de novedoso de este encuentro con los niños?

Que resulta novedoso para quién?

Para ambos, para el paciente como para el terapeuta que trabajan en ese encuentro.

Mm para el niño en principio encontrar un adulto en disponibilidad de escucha o sea que cada vez parece ser más novedoso eh o un adulto que está disponible a escucharlo a creerle a alojar eso que a él le pasa a respetar eso que él dice el plantea y eso en general suele ser nuevo para los niños a un adulto que está dispuesto a preguntarle qué le pasa y a escucharlo o que lo hace sufrir o que lo tiene mal y para el terapeuta siempre es la sorpresa del encuentro con un niño que no

conoce y que tiene que estar abierto a poder conocer del modo que ese niño se pueda presentar , quiero decir el niño puede hablar no hablar jugar no jugar eh entrar con sus padres entrar solo eh no sé llorar toda la sesión jugar toda la sesión reírse , pueden pasar múltiples cosas que no son previsibles y que uno no puede tener desde mi perspectiva como un modo cerrado y único de recepción que tuviera un paciente que tiene que construir con ese niño en cada encuentro que es lo que va hacer uno tiene una caja de herramientas recursos si quieres disponibles pero no sabe cómo va a ser si va a ser desde el juego la palabra el dibujo

Bien contame un poquito G U pasando a otra de las áreas que es el tema de las demandas que llegan hoy al consultorio, ¿qué características tiene la clínica hoy actual?

A las demandas de que te referís

A las demandas de ¿cómo han variado los motivos de consulta?

Eh, bueno te decía esto un poco antes, son diagnósticos en salud mental entonces digo y a veces con autodiagnósticos que los padres hacen en función de lo que digamos fueron a la escuela le dijeron cuatro o cinco características del chico preocupantes y a partir de eso los padres buscan en internet y llegan a la conclusión de un diagnostico que es con lo que llegan a la consulta muchas veces, eh esto a veces esta bueno porque vehiculiza la consulta y no tan bueno porque a veces pone la etiqueta diagnostica del niño antes que el terapeuta le haya dado el tiempo para realizar un diagnóstico y esto es un cambio epocal importante.

Contame G.U en cuanto a las denominadas patologías actuales infantiles ¿qué piensas al respecto y cómo podrías clasificarlas si merecen clasificación?

Haber me parece que hubo un cambio importante que hay un basamento en el manual estadístico de enfermedades mentales y esto es un problema no es el tipo de clínica

y entonces por un lado están los nombres que impone la época en una clasificación que no es propia del psicoanálisis pero que luego entra en los consultorios psicoanalíticos por esto otro que hablábamos antes si porque hoy los

diagnósticos no lo dan solo los psicólogos sino que aparecen por un lado desde los medios desde los medios masivos de comunicación este *sepa si su hijo es no autista* sepa si su hijo es ADD medique a su hijo, entonces no aparecen como muchos actores intervinientes en la construcción del diagnóstico y en ese sentido hay mucho de esto que para mí son nombre ficticios a algunos problemas reales pero que son manifiestos el niño que no entiende el niño que se mueve mucho el niño que no puede leer y escribir en el mismo tiempo que los otros, todos estos son problemas reales de la infancia, el problema es cuando estos problemas de la infancia se los termina transformando en un trastorno y termina sea un diagnostico entonces me parece estas son las discriminaciones que hay que hacer los problemas son reales y existen el punto son el modo en que se nombran esos problemas desde donde se los piensa, hoy por hoy se los piensa mayor cantidad de cosas que le pasaron a los chicos tiene que ver con problema de orden neurológico genético y por supuesto desde el psicoanálisis no pensamos eso, pero bueno lo tenemos que considerar y lo tenemos que poner en tensión en principio

Bien y ¿qué lugar juega la familia en todo esto?

Me parece bue que las familias por un lado vienen cambiando, hay muchas más modalidades eh a ver por decirlo de algún modo legalizadas de familias porque antes existían pero no eran aceptadas digamos de algún modo y hoy hay mucha más por un lado hay mucha más diversidad explicita familiar a nivel hogares monoparentales reconstruidos segundas nupcias tercero s los míos los tuyos los vuestros lo el vecino lo del y que van conformando distintas identidades familiares y distintos modos de hacer vinculo de familia y que uno tiene que estar en el consultorio también dispuesto a esa apertura y que si bien uno tiene como ciertos moldes en la cabeza entonces se supone que tiene que trabajar con el padre la madre esto no siempre ni es posible ni siquiera es necesariamente beneficioso y quizás hay otras personas que son las que realmente ocupan las funciones paternas y son los que hay que trabajar, para mí siempre hay que intentar trabajar con una red que sostenga al niño, pero entendiendo a una familia como el adulto que está en disponibilidad y responsabilidad de sostener al niño que es el padre la madre el vecino la niñera que se yo, el que esté disponible,

Contame G.U ¿cómo juega un poco ahí en Buenos Aires que es el contexto en el que tú trabajas, las prestadoras de salud con estas demandas que están llegando hoy a la clínica?

Con cuales demandas a que te referís?

A las demandas que aparecen hoy que han ido variando a lo largo del tiempo. ¿Cómo las prestadoras de salud pueden hacer frente a esto o no?

En argentina haber están digamos que abrían tres grandes modos de acceder a la salud si, están los hospitales públicos al que puede acceder cualquier persona en cualquier circunstancia están las obras sociales sí que son digamos las prestadoras de salud de las personas que trabajan, cada persona que trabaja está adscripta a una obra social que le corresponde que se le debita de su sueldo y por el aporte patronal y la medicina pre paga que es la medicina privada , eso son como los tres grandes modos y después los profesionales privados que la gente va en forma privada, serían los cuatro modos de acceder a la salud eh en el hospital público se puede atender cualquier persona con cualquier patología y la tiene que atender , eh las obras sociales se supone que también pero van poniendo cada vez más restricciones y que es la medicina más cara y a la que accede la gente más poder adquisitivo también tiene sus restricciones que cubre y que no cubre y hoy por hoy hay muchas de las cuestiones de la infancia que en otras épocas estaban cubiertas que solo se cubren a condición de que el niño tenga lo que se llama un certificado de discapacidad entonces se le exige a los padres que saquen un certificado de discapacidad del chico para que la obra social o la medicina pre paga le cubra los tratamientos eh que yo creo que debería cubrir de todas maneras pero ahí se arma como cierto circulo vicioso sobre todo en situaciones donde la patología sea tan grave, donde terminan patologizando al niño para que pueda eh para que pueda ser cubierto los tratamiento que hay que el niño necesite o la maestra integradora si llega a necesitar cierto apoyo o adentro del ámbito escolar sobre todo en las escuelas privadas porque en las públicas estaría dotada por el estado

Bien y contame otra cosa G.U ¿cómo piensas que influye este vínculo que se genera, que se produce en el encuentro entre terapeuta paciente niño en lo que son estas patologías que van surgiendo hoy?

Eh haber creo que en muchas situaciones es el terapeuta el que activamente debe construir ciertas cuestiones que no están, entre ellas algo tan primario como el juego si, muchos de estos niños llegan sin posibilidad de jugar, y es en el espacio terapéutico que se construye esa posibilidad de jugar de niños que no o habían hecho hasta ese momento, muchos son niños que no hablan y entonces son muchas veces cuestiones que se construyen dentro del espacio terapéutico

Bien, ¿y piensas que esto influye en el desarrollo psíquico de este niño en esta edad tan temprana?

Si creo que sin duda influye y creo que los terapeutas que trabajamos con niños pequeños debemos que saber que eso es una responsabilidad y que bueno es parte de nuestra ética y eh que tenemos que ser muy cuidadoso por eso para mí hay que ser muy cuidadosos en las etiquetas diagnosticas que marcan la vida de un sujeto eh y sobre todo la de sus padres.

Bien contame un poquito G.U hoy hablabas tú de las transferencias no que se producía con este niño, contame ¿qué características tiene esta transferencia que se produce con este niño?

Si lo que pasa es muy difícil decirlo en general, esa situación es con cada niño en particular se supone que si las cosas funcionan bien tendría que haber esto que yo planteaba antes el niño alojado en sus posibilidad de desplegar su malestar su sufrimiento y que hay alguien alojando eso y armando un sentido con el de eso que le pasa

Bien, y ¿cómo juega ahí la subjetividad del terapeuta en esta transferencia que se está generando ahí?

Eh, siempre las transferencias y los vínculos son entre sujetos no con lo cual el analista que tenga un buen trabajo analítico hecho, que el analista supervise, piense su caso con otros colegas es la posibilidad de que se piense si bien su subjetividad siempre se juega ahí que se juegue en función del otro y no en función de mis practicas personales si

Contame G.U ¿qué fenómenos favorecen y cuáles obstaculizan para que se desarrolle un buen vínculo

Entre terapeuta y el

Si el niño paciente niño

Creo que es difícil esa pregunta en relación a preguntas tan generales, por una parte en el caso de niño creo que es muy importante el vínculo transferencial que los padres tengan con el terapeuta y creo que a partir de que los padres tienen un vínculo, pueden armar cierto vínculo de confianza con el terapeuta es más probable que ese niño tenga más posibilidades de generar un buen vínculo con el terapeuta por otro lado también en el punto donde el niño perciba que el terapeuta puede como respetar sus tiempos y entrar en la sintonía del niño y no exigirle al niño que sea otro para poder vincularse creo que estas cuestiones son fundamentales

¿Cuáles piensas que son los desafíos actuales a los que se enfrentan los terapeutas en la clínica?

Creo que en un punto muy importante la cuestión de la interdisciplinar y creo que es para lo que menos estamos formados creo que cada disciplina se forma de manera individual al interior de su propia disciplina y estos casos cada vez más complejos que nos presenta la clínica nos desafían todo el tiempo un trabajo con otro que la gran mayoría no sabe y o no está disponible hacer, creo que eso es parte de un problema importante

En esta parte de los desafíos ¿con qué técnicas piensas y con qué tecnologías piensas que el terapeuta puede abordar esto?

Abordar qué?

Los desafíos actuales a los que se enfrentan, ya sea las características de este vínculo, de este niño que aparece...

Haber yo creo que los recursos que tenemos los terapeutas son más o menos similares es la palabra el juego el dibujo, creo que no es un problema de la técnica es un problema más de la disponibilidad de la apertura de que un por ejemplo analista entienda que si es muy importante ir a la escuela y hacer un trabajo con la escuela que quizás mirar el cuaderno de un niño te devuelva cosas de ese niño que no conocías eh digamos que me parece que que lo que cambiar que el analista

atrincherado en su propio consultorio ya no va más en general creo que es un analista que tiene que salir de su consultorio que tiene que encontrarse con otros salir con otros, ir a las escuelas tener reuniones hablar con las maestras con otros profesionales con creo que estas cuestiones hacen una diferencia hoy por hoy en los recursos, después las técnica la palabra el dibujo el juego es el mismo, pero creo no es en ese punto donde cambia que cambia en otras aperturas.

Bien, muy bien G.U esa serian todas las preguntas que tenía para formularte, realmente te estoy muy agradecida porque esto ha sido de mucho aporte para mí.

i La entrevista se encuentra disponible en anexos.