

Gabriela Bruno Cámares

Entrevistas iniciales
con padres
para la atención
psicológica de un hijo

Significación
del motivo de consulta

Gabriela Bruno Cámares

ENTREVISTAS INICIALES CON PADRES
PARA LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA
DE UN HIJO

Significación del motivo de consulta

La publicación de este libro fue realizada con el apoyo de la Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC) de la Universidad de la República.

Los libros publicados en la presente colección han sido evaluados por académicos de reconocida trayectoria en las temáticas respectivas.

La Subcomisión de Apoyo a Publicaciones de la CSIC, integrada por Alejandra López, Luis Bértola, Carlos Demasi, Fernando Miranda y Andrés Mazzini ha sido la encargada de recomendar los evaluadores para la convocatoria 2015.

© Gabriela Bruno Cámares, 2015

© Universidad de la República, 2017

Ediciones Universitarias,
Unidad de Comunicación de la Universidad de la República (UCUR)

18 de Julio 1824 (Facultad de Derecho, subsuelo Eduardo Acevedo)

Montevideo, CP 11200, Uruguay

Tels: (+598) 2408 5714 - (+598) 2408 2906

Telefax: (+598) 2409 7720

Correo electrónico: <infoed@edic.edu.uy>

<www.universidad.edu.uy/bibliotecas/dpto_publicaciones.htm>

ISBN: 978-9974-0-1429-9

CONTENIDO

PRESENTACIÓN DE LA COLECCIÓN BIBLIOTECA PLURAL, <i>Roberto Markarian</i>	7
AGRADECIMIENTOS.....	9
PRÓLOGO, <i>Andrea Bielli</i>	11
INTRODUCCIÓN.....	15
METODOLOGÍA: DAR LA PALABRA A LOS PADRES.....	17
PSICOANÁLISIS CON NIÑOS: UN TERRITORIO PRÓSPERO.....	21
Los nuevos especialistas y su saber.....	23
Un niño de la mano de sus padres.....	27
Lo preliminar a una psicoterapia psicoanalítica.....	32
Caída de las notas ideales. Presencia de los padres.....	40
Los movimientos de apertura.....	47
TRANSFERENCIAS Y DEMANDAS MÚLTIPLES.....	55
Los personajes posibles: ¿juez, perseguidor, aliado?.....	62
Suponer un saber.....	64
Los sentimientos (in)esperados.....	67
El revés de la demanda.....	71
NARCISISMO Y DESEO DE LOS PADRES.....	75
LOS SÍNTOMAS DEL NIÑO O EL NIÑO COMO SÍNTOMA.....	81
A la escucha de la palabra de los padres.....	84
LA DECISIÓN DE CONSULTAR.....	85
Lo imprevisto: El informe.....	87
Decisión de consultar en el ámbito familiar.....	88
Indicación de la necesidad de consultar.....	92
Imposición de la consulta.....	95
Desencadenantes actuales.....	98
EXPECTATIVAS ANTE EL TRATAMIENTO.....	105
Que el hijo tenga un espacio para expresarse.....	108
Que se modifique lo sintomático.....	110
Que se analice y repare lo dañado.....	112
Ser ayudados ellos como padres.....	113
La medicación.....	116

EXPLICACIONES DE LOS PADRES.....	119
Intencionalidad del niño.....	121
Lo escolar como explicación de los problemas del niño.....	123
Características similares a otros miembros de la familia.....	128
La relación con el otro progenitor.....	130
Situaciones que afectan al niño.....	134
Fallas o inquietudes respecto al ejercicio de la función parental.....	143
SENTIMIENTOS.....	145
Impotencia.....	149
Enojo.....	150
Temor o preocupación.....	150
Esperanza.....	152
CONCLUSIONES.....	153
BIBLIOGRAFÍA.....	167

*A mis padres,
por su apoyo constante en mi deseo de saber.*

*A mis hijos,
por la alegría que me regalan cada día
al compartir conmigo sus sueños.*

A Álvaro, que me rescata de mis atolladeros.

Presentación de la Colección Biblioteca Plural

La Universidad de la República (Udelar) es una institución compleja, que ha tenido un gran crecimiento y cambios profundos en las últimas décadas. En su seno no hay asuntos aislados ni independientes: su rico entramado obliga a verla como un todo en equilibrio.

La necesidad de cambios que se reclaman y nos reclamamos permanentemente no puede negar ni puede prescindir de los muchos aspectos positivos que por su historia, su accionar y sus resultados, la Udelar tiene a nivel nacional, regional e internacional. Esos logros son de orden institucional, ético, compromiso social, académico y es, justamente, a partir de ellos y de la inteligencia y voluntad de los universitarios que se debe impulsar la transformación.

La Udelar es hoy una institución de gran tamaño (presupuesto anual de más de cuatrocientos millones de dólares, cien mil estudiantes, cerca de diez mil puestos docentes, cerca de cinco mil egresados por año) y en extremo heterogénea. No es posible adjudicar debilidades y fortalezas a sus servicios académicos por igual.

En las últimas décadas se han dado cambios muy importantes: nuevas facultades y carreras, multiplicación de los posgrados y formaciones terciarias, un desarrollo impetuoso fuera del área metropolitana, un desarrollo importante de la investigación y de los vínculos de la extensión con la enseñanza, proyectos muy variados y exitosos con diversos organismos públicos, participación activa en las formas existentes de coordinación con el resto del sistema educativo. Es natural que en una institución tan grande y compleja se generen visiones contrapuestas y sea vista por muchos como una estructura que es renuente a los cambios y que, por tanto, cambia muy poco.

Por ello es necesario:

- a. Generar condiciones para incrementar la confianza en la seriedad y las virtudes de la institución, en particular mediante el firme apoyo a la creación de conocimiento avanzado y la enseñanza de calidad y la plena autonomía de los poderes políticos.
- b. Tomar en cuenta las necesidades sociales y productivas al concebir las formaciones terciarias y superiores y buscar para ellas soluciones superadoras que reconozcan que la Udelar no es ni debe ser la única institución a cargo de ellas.
- c. Buscar nuevas formas de participación democrática, del irrestricto ejercicio de la crítica y la autocrítica y del libre funcionamiento gremial.

El anterior rector, Rodrigo Arocena, en la presentación de esta colección, incluyó las siguientes palabras que comparto enteramente y que complementan adecuadamente esta presentación de la colección Biblioteca Plural de la

Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC), en la que se publican trabajos de muy diversa índole y finalidades:

La Universidad de la República promueve la investigación en el conjunto de las tecnologías, las ciencias, las humanidades y las artes. Contribuye, así, a la creación de cultura; esta se manifiesta en la vocación por conocer, hacer y expresarse de maneras nuevas y variadas, cultivando a la vez la originalidad, la tenacidad y el respeto por la diversidad; ello caracteriza a la investigación —a la mejor investigación— que es, pues, una de las grandes manifestaciones de la creatividad humana.

Investigación de creciente calidad en todos los campos, ligada a la expansión de la cultura, la mejora de la enseñanza y el uso socialmente útil del conocimiento: todo ello exige pluralismo. Bien escogido está el título de la colección a la que este libro hace su aporte.

Roberto Markarian
Rector de la Universidad de la República

Mayo, 2015

Agradecimientos

A la Prof. Agda. Dra. Andrea Bielli, directora de tesis, quien desde su experiencia y paciencia pudo desenredar mis ideas, y supo alentarme a continuar con el proyecto cuando surgieron obstáculos y sentí que todo lo que creía saber era inútil.

A la co-coordinadora de Programa «Clínica Psicoanalítica y Fronteras disciplinares» Prof. Tit. Dra. Ana Hounie y a los compañeros docentes del programa, a todos gracias por su continuo apoyo. En especial mi mayor gratitud a Gonzalo Corbo y Pilar Bacci, que con su amistad y ayuda desinteresada, han hecho que esta publicación sea posible.

A Marilén Bettini, que dijo las palabras justas para relanzar mi deseo de terminar la tesis y a Marcelo Novas por su humor que aliviana la tarea cotidiana.

A Alba Fernández que tanto nos enseñó sobre la amistad y me honró con la suya.

A Macarena Álvarez, que desde su hermandad del alma, me sostuvo en los momentos difíciles y compartió conmigo las alegrías de la vida. A Patricia y a Katia con quienes comparto el afecto fraterno y la vocación docente.

A los estudiantes que durante muchos años me han enseñado y han sido testigos de mi pasión al hablar de la clínica psicoanalítica con niños.

A los integrantes del equipo de salud mental de ASSE por hacerme sentir parte del equipo.

A las madres y padres que entrevisté, con quienes estoy especialmente agradecida pues estuvieron dispuestos a destinar un tiempo para hablar de sus hijos y comunicar sus historias con franqueza, conmoviéndome profundamente en cada encuentro.

Prólogo

Los niños han llegado a la consulta psicológica para quedarse. Han llegado por el interés de un conjunto de saberes como la psiquiatría, la psicología y el psicoanálisis que han transformado al niño en objeto de sus despliegues teóricos y de sus abordajes técnicos. Pero también han llegado porque los adultos que los rodean, padres, abuelos, profesores, maestros y médicos, han entendido oportuno recurrir a dichos ámbitos técnicos para solucionar una serie de problemas infantiles que escapan de sus manos. Con algunos otros, los niños comparten esa extraña condición de ser llevados por otros a la consulta psicológica. La psiquiatría, la psicología y el psicoanálisis no han pasado por alto esta condición y no pocos autores han destinado varias páginas de sus trabajos para analizar, sopesar y medir las ventajas y desventajas de esta condición para el trabajo clínico. Tampoco han escatimado en recomendaciones técnicas. Desde que Freud supusiera la existencia de un paciente modélico, independiente y autónomo, que llega a la consulta por decisión propia, motivado por dificultades que él percibe sobre sí mismo, todos aquellos que llegan a la consulta escoltados por otros aparentemente proponen un desafío a la práctica clínica.

El desafío parece instalarse en varios planos. Por un lado, ¿qué éxito tendrá un trabajo clínico con quien no ha tomado la decisión de solicitarlo? Por otro, ¿qué papel tendrán estos terceros en el desarrollo del trabajo clínico?, ¿de qué modo es conveniente incluirlos?, ¿cuándo es conveniente marginarlos? Estas cuestiones, ampliamente discutidas en el campo de la psicología clínica infantil y el psicoanálisis de niños, claro está, refieren al transcurso de la partida analítica o psicológica una vez que el niño ha llegado a la consulta. Poco cuestionan esos momentos previos, en el que niño y sus adultos referentes están a punto de traspasar o no el umbral que los llevará a concretar esa primera consulta con el analista, con el psiquiatra, con el psicólogo.

El libro que están por leer, justamente, se detiene en este umbral. Indaga sobre este momento originalmente perdido para el analista, el psicólogo o el psiquiatra, en el que se decide y se inicia el periplo que finalmente llevará a padres y a niños a la consulta. Explora, por así decirlo, la ruta previa, a veces directa y otras veces sinuosa, a veces clara y otras veces borrosa, a veces velada y otras veces al descubierto, que recorren en conjunto adultos y niños. Este escrito sostiene entonces la pregunta por el camino andado, pero también por las peculiaridades de dicho camino. Para encontrar una respuesta a esta pregunta la autora recurrió a las experiencias de un conjunto de padres y madres que llegaban por primera vez a un centro público de asistencia en salud mental en un departamento del interior del país con la esperanza de concretar una consulta psicológica para sus niños. Entre marzo y diciembre de 2012, la autora recogió de estos adultos los relatos que enmarcaban la toma de decisión, las emociones,

los miedos, las expectativas que los habían llevado hasta dicho centro. Algunas de las particularidades de los relatos están marcadas por la realidad institucional de este servicio de asistencia. Las largas horas de espera para conseguir turno de consulta, el primer pasaje por un comité de recepción ante el que los adultos deben presentar un informe realizado por un técnico, ya sea un maestro o un médico pediatra que avale la solicitud de la consulta, parecen especialmente singulares. Sin embargo, es en el ejemplo extremo que estas particularidades proporcionan en el que se asienta la capacidad de este trabajo de dar luz sobre los modos en que los niños llegan a la consulta más allá del ámbito institucional público. Si es posible que un centro de salud exija la presentación de un informe técnico para respaldar la solicitud de los padres, es porque lo que se desenmascara es la compleja red de miradas en la que el niño de hoy se ve envuelto. Si hay algo que este escrito entonces devela es que el paciente modélico, autónomo e independiente de la consulta psicológica es en verdad fundamentalmente colectivo y sus dependencias y deudas múltiples y variadas.

El psicoanálisis es en este trabajo una apoyatura teórica fundamental. Es a partir del psicoanálisis que la autora repasa las particularidades de la técnica psicoanalítica en el trabajo con niños, el lugar que esta le ha dado o negado a los padres en el análisis del niño y el estatuto que le ha otorgado a la palabra de los padres. Del mismo modo, es a partir del psicoanálisis que la autora explora las características de la transferencia en el análisis de niños, el papel que los padres juegan en este circuito transferencial multivalente y los posibles lugares que el analista puede ocupar para estos padres. El psicoanálisis proporciona además las claves para pensar la relación del síntoma infantil al narcisismo de los padres y las posibles afrentas que el padecimiento infantil supone para ellos.

El trabajo de campo realizado, por su parte, distingue tres tipos de articulaciones posibles de los desencadenantes de la consulta, la forma de la toma de decisión de consultar, las explicaciones que los padres encuentran al motivo del consulta y los sentimientos que acompañan estas decisiones: una que responde a una decisión propia, otra que responde a una sugerencia de un tercero y otra a una imposición de la consulta. Y así como la consulta psicológica infantil se separa del modelo del consultante autónomo ideal, los casos estudiados indican que tampoco existe un modelo de consulta paterna autónoma ideal por el cual los padres llevan a la consulta psicológica a sus hijos. Estos tres tipos de toma de decisión de la consulta develan distintos niveles de dependencia y autonomía de los padres con respecto a los discursos de terceros y una particular tensión entre lo íntimo y lo público, que hacen necesaria una reflexión robusta sobre el lugar a dar al saber de los padres en la consulta psicológica de los niños.

Gabriela Bruno, a quien tuve el placer de acompañar como directora de la tesis realizada en el marco de la Maestría de Psicología Clínica de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República, y de la cual se deriva el presente libro, realiza una apuesta decidida por el rescate del saber de los padres en la consulta psicológica. Esta posición técnica y ética del trabajo tiene su raíces en

su importante trayectoria de trabajo psicoanalítico con niños, y encuentra en este estudio nuevos fundamentos a la luz de los relatos recabados en esta investigación. Se trata entonces en este libro de descubrir las complejidades que las prácticas psi contemporáneas de nuestro país le imprimen a la decisión de los padres de concretar una consulta psicológica para sus hijos, de reconocer las necesidad de repensar estos momentos iniciales del trabajo clínico con los niños sin marginar a los adultos que llegan a la consulta junto con los niños y de construir una ética acorde a estas circunstancias.

Quiero decirles a aquellos que no conocen de cerca a Gabriela Bruno y que se acercan a ella por primera vez a partir de este escrito, que este no es un trabajo de investigación aséptico. Para Gabriela llevar adelante una investigación es un acto inseparable del respeto y la solidaridad. Este estudio brindó en su propio desarrollo a quienes participaron en él la posibilidad de pensarse a sí mismos aunque fuera en el lapso acotado de una entrevista de investigación. Es la convicción de Gabriela de que los encuentros con los otros son siempre transformadores la que sostuvo dicha oportunidad. A aquellos que conocen a la autora de cerca, quiero decirles que sabrán reconocer en este libro la pasión esperanzada que ella despliega en todo lo que emprende. Espero que esta misma pasión esperanzada los impulse también a ustedes a interesarse por estos padres que, al igual que sus hijos, han llegado a la consulta psicológica para quedarse.

Andrea Bielli

Instituto de Psicología Clínica
Facultad de Psicología, Universidad de la República

Montevideo, febrero de 2017

Introducción

Es frecuente comenzar un aporte sobre psicoanálisis de niños señalando un hecho obvio: los niños no llegan solos a la consulta, son traídos por un adulto, en general sus padres.

No saber anticipadamente qué ocurre en cada caso es abrir las puertas al que llega e intentar deslindar cómo ha sido el camino recorrido para estar en este tiempo buscando atención psicológica. ¿Quién llega de la mano de quién? ¿Cómo decidieron consultar? ¿Esta fue una decisión tomada por uno de los padres o consensuada? ¿Alguien les ha sugerido que lo hicieran? ¿Cómo esperan que un tratamiento psicológico ayude a su hijo?

Traen a un niño, pero el desarrollo del psicoanálisis con niños ha revelado que es crucial escuchar a los padres. Darles la palabra es descubrir cuál es su saber sobre el niño por el que consultan. Tarea que en el marco de una consulta supone no juzgar, no dar consejos sabios o superponer un bagaje teórico que rápidamente «comprenda», cerrando la búsqueda de sentidos en torno de causas preestablecidas.

Es necesario abrir el espacio analítico para descubrir con la misma inquietud y pasión que la primera vez. Es aceptar el silencio y el misterio en la historia que de un hijo se cuenta y asistir al relato que atesora los recuerdos de la espera o cuenta de la sorpresa de su llegada. Lo que los padres narran, permite delinear los rasgos atribuidos al hijo que lo unen a un linaje o quizás lo ubican como extranjero en una línea filiatoria.

La presencia de los padres en la consulta por un hijo, se fundamenta en un más allá de informar sobre la historia de vida de su niño, su presencia no puede limitarse a traer al niño de la mano.

Este estudio es el resultado del interés por investigar la significación del motivo de consulta en los padres con hijos al inicio de la atención psicológica, en lo que hace a la toma de decisión de consultar y a los significaciones que aquellos dan al motivo de consulta.

Las significaciones atribuidas al motivo de consulta implican, a nuestro entender: los sentimientos y explicaciones que dan los padres a lo que ocurre al hijo. Indagar la toma de decisión y las significaciones que atribuyen al motivo de consulta.

El marco teórico del psicoanálisis con niños permitió confrontar los hallazgos resultantes del análisis de las entrevistas de investigación con algunas de las caracterizaciones clínicas que distintos psicoanalistas establecen para las entrevistas preliminares al inicio de una psicoterapia.

Respecto de los sentimientos que emergen en los padres al consultar por un hijo, se han mencionado comúnmente aquellos de un tono negativo como ser los contenidos emocionales del tenor de la culpa, la vergüenza, el fastidio, el enojo o temor ante lo incierto (Janin, 2005; Blinder, Knobel, Siquier, 2008; Costas Antola, 2009).

Estos emergen en las entrevistas preliminares al tratamiento y durante este. Se pretendió confirmar o a ampliar la descripción de los sentimientos e incluir los de tonalidad positiva que no han sido indagados. Los sentimientos de tono positivo quedarían enmarcados en la definición del vínculo transferencial y particularmente dentro de la alianza terapéutica, como la respuesta a habilidades que se plantean del lado del analista, como la comprensión y la contención (Dio Bleichmar, 2005).

Indagar las expectativas y explicaciones que los padres formulan incluye evaluar su disponibilidad para preguntarse sobre lo que le ocurre a su hijo, la relación con el niño y la imagen que otros (maestros, médicos) le devuelven.

Las explicaciones o tentativas de comprensión de lo que le sucede a su hijo pueden partir de sus propias hipótesis sobre lo que justificaría la existencia del motivo de consulta y estas pueden incorporar conexiones causales de tipo familiar, biológico y escolar, entre otras. Pueden dar como propios argumentos explicativos que han sido ofrecidos por otros protagonistas, sean estos otros familiares del niño o profesionales que sugieren una explicación.

De acuerdo a lo que se viene argumentando, son varias las justificaciones para la realización de este estudio.

En primer lugar, cómo llegan los padres a la consulta incidirá en la instalación de la alianza terapéutica y el vínculo transferencial, expresado en lo que están dispuestos a hacer y qué esperan de la atención psicológica del hijo. Estas diversas posturas de los padres ante la consulta podría definir qué tipo de trabajo es posible realizar con ellos, incluyendo la posibilidad de proponer el inicio de una psicoterapia psicoanalítica. Delimitar cuáles son las diversas formas de significar el problema del hijo y lo que esperan de la intervención del profesional incluye ver si ellos son capaces de comprometerse con el tratamiento del hijo. Permitirá decidir la mejor estrategia a seguir, en lo que hace también a la posibilidad de determinar si es necesario recomendar una psicoterapia individual para alguno de ellos, o una terapia de pareja o familiar.

En segundo lugar, si no se consideran los diversos aspectos que hacen a la subjetividad de los padres respecto de la decisión de consultar, posteriormente estos podrían ser un obstáculo e incluso determinar la interrupción del tratamiento.

En tercer lugar, poder deslindar en qué posición llegan los padres desde las entrevistas iniciales permite intervenir centrándose en ampliar en ellos la capacidad de comprender lo que le ocurre al hijo y la capacidad de conectarse con la historia familiar, y ensayar diferentes niveles de participación en cada caso.

En último lugar, si se entiende que gran parte de los fracasos en el inicio y continuidad de los procesos psicoterapéuticos dependen de decisiones de los padres, y del lugar que se les asignó, entender cómo toman la decisión y significan el motivo de consulta permitiría establecer mejores estrategias en los servicios de salud mental para niños (públicos y privados) y en la consulta particular. Generar insumos para implementar intervenciones sostenibles, mejorando las herramientas de la práctica psicoanalítica con niños y sus familias, al igual que otras formas de intervenciones en salud mental en la infancia.

Metodología: Dar la palabra a los padres

Fabricar teoría quiere decir tratar de dar explicaciones generales, independientes de cada caso, de los fenómenos observados. Esta tentativa de abstracción no hace del psicoanálisis una ciencia. Lo erige en una *praxis*, vale decir una práctica que se interroga constantemente sobre los elementos que la sostienen (Avrane, 2004, p. 18).

Este estudio es resultado del interés producido a partir de mi recorrido profesional: dedicada desde el egreso a la práctica clínica psicoanalítica con niños y sus familias en el ámbito público y privado, a la docencia universitaria del psicoanálisis, y al ejercicio de la Psicología en varias instituciones educativas, el lugar de los padres en las intervenciones psicológicas con el niño ha guiado muchas de mis interrogantes.

Han sido muchas las entrevistas con padres realizadas a lo largo de los años y dado que en ellas fui descubriendo la existencia de distintas circunstancias en que los padres llegan a la consulta por un hijo, en cuanto a la toma de decisión como a las significaciones expresadas sobre el motivo de consulta, esa fue la primera hipótesis a confirmar y describir: la existencia de diversas posiciones subjetivas de los padres.

Partiendo del marco teórico del psicoanálisis con niños se optó por realizar un estudio cualitativo porque permitiría el despliegue y la indagación de significaciones y relatos de los padres que llegan a la consulta por un hijo, y porque lo cualitativo reconoce la subjetividad del entrevistador, las propias motivaciones que fueron configurando esta temática a investigar. Paralelamente pudo comprobarse que la temática no ha sido suficientemente abordada por estudios anteriores.

Conocer a los padres y madres que consultan hace también a encontrarse con la particularidad de la sociedad uruguaya contemporánea, los diseños de intervenciones en salud, en especial, respecto de las características y condiciones en que se brinda atención psicológica a quienes consultan por un hijo. Elementos que si bien no eran un eje a indagar dieron a la investigación las características particulares de nuestro medio.

Este estudio entonces se propuso como objetivo general: indagar la decisión de consultar, las expectativas, explicaciones y sentimientos que manifiestan los padres en las entrevistas iniciales para la atención psicológica de un hijo.

Los objetivos específicos que se formularon fueron los siguientes:

- a. Indagar qué situaciones actuales y expectativas de tratamiento incidieron en la toma de decisión de realizar la consulta.
- b. Describir cuáles son los significados (explicaciones y sentimientos) que los padres atribuyen al motivo de consulta en las entrevistas iniciales.
- c. Conocer de qué manera la problemática por la que consultan los padres, los interroga en su función, y el lugar de ese hijo en la historia familiar.

La propuesta fue realizar entrevistas en profundidad a 20 madres o padres que consultasen por su hijo/a cuya edad oscilase entre los 4 y 12 años, franja etaria que tomaba en cuenta la asistencia a centros educativos de los cuales pudieran venir derivados.

En este estudio hacer coincidir la investigación con la práctica clínica hubiese sido desacertado.

El proceso inicial de consulta de los padres quedaría teñido por una direccionalidad del investigador en la búsqueda de ciertos tópicos y se enturbiaría la percepción de la complejidad multicausal.

El interés del investigador centraría el despliegue de sentidos hacia cierto eje, que nublaría lo inédito a desenlazar y enlazar para poder intervenir desde la escucha psicoanalítica en la situación clínica.

Los padres a entrevistar estarían iniciando un proceso de consulta psicológica por un hijo con otro profesional que tomaría a cargo la consulta y las decisiones del proceso a implementar.

A la vez era necesario tener acceso a una población numerosa que asegurara la posibilidad de que algunos de los sujetos que consultan estuviesen dispuestos a ser entrevistados para la investigación.

El trabajo de campo fue realizado entonces en un centro de salud de ASSE¹ contando con la autorización de las autoridades.

Durante el período de marzo a noviembre de 2012 concurrí semanalmente al Comité de recepción de niños que concurren acompañados de padres, madres o tutores, donde 69 adultos solicitaron atención para los niños con quienes concurrieron.

Los entrevistados a convocar para participar de la investigación se seleccionaron en acuerdo con el equipo de salud mental del centro de salud; este recibe una población con bajos recursos económicos, con empleos precarios o desempleados. Las familias habitan viviendas compartidas por más de una generación familiar, viviendas precarias en asentamientos o casas sencillas construidas en terrenos propios o como intrusos.

A los padres y madres que concurrieron a la instancia de entrevista se les explicó cuál era el objetivo de la investigación, los riesgos y beneficios de participar en ella y se les tomó mediante un formulario el Consentimiento Informado, cumpliendo con los requisitos solicitados por el Comité de Ética de la Facultad de Psicología.

Se concretaron dieciocho entrevistas, las que fueron consideradas suficientes a partir de criterios de saturación teórica (punto de redundancia de datos) en armonía con una concepción de investigación cualitativa, que toma en cuenta la subjetividad del investigador y la influencia de factores psicodinámicos de la relación entrevistado-entrevistador.

1 Administración de Servicios de Salud del Estado, Uruguay.

La propuesta fue escuchar a los padres atentos y conmovidos por el dolor que muestran ante la impotencia de no encontrar herramientas para ayudar a su hijo, tolerando el enojo que pudieran expresar por no comprender qué es lo que «no anda bien».

Escuchar y respetar a quien se muestra indiferente o a aquel que permanece instalado en la inamovilidad de ciertas certezas sobre el ser de su hijo. Escuchar cautelosos cuando la vergüenza por lo propio y por lo ajeno pudiera teñir su discurso.

Barcellos y Magdaleno (2012) sostienen que la formación en psicoanálisis facilita la captación de significaciones psicoculturales, en especial cuando el objeto de estudio se relaciona con la clínica y con la salud. La perspectiva psicoanalítica según los autores permite sacar mayor provecho de los contenidos manifiestos y latentes presentes en las entrevistas de investigación.

Los datos recogidos de las entrevistas se procesaron mediante análisis de contenido (Bardin, 1996) partiendo de categorías fijadas con anticipación de acuerdo al marco teórico del psicoanálisis con niños y nuevas categorías, producto de las significaciones y temáticas emergentes en las entrevistas en profundidad.

Luego de la minuciosa lectura de las transcripciones de las desgrabaciones de las entrevistas y las notas tomadas durante la realización de la entrevista se organizó el material en núcleos temáticos que habían sido planteados en los objetivos a indagar y el marco teórico. Para la codificación del material, se partió de estos ejes temáticos y se establecieron las cuatro categorías centrales. A su vez se desglosaron diferentes unidades de significación dentro de cada una de ellas, dando lugar a subcategorías.

Surgieron nuevos tópicos no previstos ni en la literatura psicoanalítica sobre entrevistas con padres ni en los ejes previstos en la pauta de entrevista que guiaba el diálogo. Es así que en el proceso de análisis del material, se ubicaron elementos que al agruparse constituyen núcleos de sentidos que emergieron espontáneamente en las entrevistas y que dieron lugar a considerar otros temas asociados a las temáticas centrales.

Si bien el estudio se realizó en un centro de salud, entiendo que varias de las categorías que se establecen en la parte de análisis de las entrevistas y las conclusiones a las que permiten llegar, revisten significatividad y pueden ser útiles para pensar las situaciones clínicas que se presentan en otros centros de salud públicos o privados donde se brinda asistencia psicológica a niños y sus familias. Y a la vez son aportes que pueden ser tenidos en cuenta en la práctica clínica privada.

Psicoanálisis con niños: un territorio próspero

Me complacería mucho reservar un estante de mi biblioteca a las traducciones de sus obras, si usted quiere regalármelas. De todas las aplicaciones del psicoanálisis, la única que prospera actualmente es la que usted eligió; es decir, la rama pedagógica. Me alegra mucho que mi hija esté comenzando a lograr algo en este terreno (Freud, *Epistolario*, 1988, p. 416).

Habiendo incursionado en el análisis de un niño al analizar la fobia de Hans en 1908, a través de la palabra de su padre, Freud expresó en 1926, en una carta a Oscar Pfister sus expectativas sobre la aplicación del psicoanálisis al entendimiento y educación de los niños. Era el tiempo en que lo psicoanalítico se confundía en una vertiente pedagógica y la tarea clínica incluía el esclarecimiento sexual del niño o el domeñar de las pulsiones.

Esta posición freudiana respecto del análisis de niños, de la que fue abandonada su hija Anna, es muy distinta de la que sostenía Donald Winnicott (1980) o la que se sostiene cuando el psicoanalista que guía la cura está atravesado por las enseñanzas de Lacan.

Es posible así denunciar la desviación de una práctica que de inundarse de lo pedagógico dejaría de ser analítica. Pablo Peusner (2006), psicoanalista lacaniano, retoma la expectativa de avance que Lacan (1953) ubicaba en la riqueza de la variabilidad técnica para el ejercicio del psicoanálisis con niños. Es en donde hay que innovar permanentemente para adecuarse a la maleabilidad del analizante: el niño.

Lo dúctil debería caracterizar al analista al momento de poder comunicarse con su paciente de acuerdo a los medios que aquel utiliza. Es así que el territorio del análisis con niños aúna a la escucha de la palabra, la decodificación de otros lenguajes: modelados, dibujos y juegos, que pueblan el espacio del consultorio, con la puesta en escena del propio cuerpo del analista y el accionar de su paciente sobre él.

Peusner (2006) cita la intervención de Lacan cuando expuso los «Estatutos propuestos para el Instituto de Psicoanálisis de la SPP» donde afirmó: «el psicoanálisis de niños se reveló, en los registros de la conducta de la experiencia y de su valor clínico, como sujeto a incertidumbres, cada vez más ricas en problemas a medida que se les concede un interés más ordenado» (2006, p. 13).

Para Rodolfo (2008) el hecho de que con el niño, hay que estar dispuestos a cierto despliegue del cuerpo en el espacio (moverse, ensuciarse), recibir dibujos, juegos y gestos, —todos ellos— materiales no verbales de análisis, y tener un rol más activo al recibir un discurso metaforizado por otros lenguajes, serían los obstáculos en el análisis con niños.

«Parecería que los analistas de niños son seres que tienen el valor de enfrentarse a los padres, el raro privilegio de tener un lugar especial donde alojar al

pequeño analizado, y otro más raro aún: el de entenderse con el niño» (Blinder, Knobel y Siquier, 2008, p. 25). Consideraciones que figuran muchas veces como explicación de la huida de este territorio, enunciando una (sobre)-valoración de esta práctica. En este sentido Dolto (1986) propuso dedicarse a esta, luego de haber profundizado la formación en el psicoanálisis de adultos.

La incursión bastante generalizada de los recién egresados o nóveles terapeutas en el terreno de los niños parece no mensurar en grado acorde los requerimientos que se plantean (Punta Rodulfo, 2005). Una iniciación apresurada propicia al equívoco, pues parece responder a la confianza en una tarea fácil de llevar a cabo, tal vez desde la suposición de un no saber del niño, quien no podría juzgar la tarea del analista, olvidando paralelamente la «seriedad» de su juego (anunciada por Freud en 1908), y desconociendo o excluyendo a los padres.

A la variabilidad de la técnica que incluye al juego como herramienta fundamental, se añade como particularidad de la clínica psicoanalítica con niños, la presencia de los padres, que mediatizan la llegada del niño a la consulta. Esta especificidad es el motivo que aducen varios psicoanalistas para abandonar su trabajo con niños, fundamentando su deserción de este territorio en el cansancio y la frustración que genera el manejo de las entrevistas con los padres (Blinder, Knobel y Siquier, 2008; Peusner, 2006; Rodulfo, 2008; Assandri, 1996).

Sin embargo, la presencia de los padres ha sido constante desde los inicios del psicoanálisis con niños, el padre de Hans guiado por Freud fue el terapeuta de su hijo (Freud, [1908] 1993).

A lo largo de la historia del psicoanálisis, las ya mencionadas particularidades del trabajo con niños, han promovido cuestionamientos y la necesidad de defender estas intervenciones como psicoanalíticas. Se ha desconocido la experiencia clínica con niños como integrante del campo disciplinar, y fue necesario defender la especificidad de una práctica que hoy aún demanda legitimidad como psicoanalítica (Blinder, Knobel y Siquier, 2008).

Su destino era quedar en manos de las mujeres cercanas al psicoanálisis (Volnovich, 1999) en general no médicas; desestimando la exigencia que en general sí primó para el análisis con los pacientes adultos. La pureza del método y cierta rigidez del encuadre no se correspondían con la imagen de un psicoanalista tumbado en el piso, ensuciando sus manos, interviniendo activamente y recibiendo en el consultorio a familiares de aquel a quien debían escuchar.

Estas diferencias, transformarían la tarea del analista de niños en un reto del orden de lo imposible. Aunque, en 1937, Freud nos advirtió que educar, gobernar y analizar son tareas de por sí imposibles.

Desde los inicios del psicoanálisis con niños, se ha ido produciendo un viaje hacia un mayor vínculo entre el terapeuta y los padres en la psicoterapia de sus hijos, si bien aún permanecen las opciones estratégicas de excluirlos o apenas mantenerlos informados (Gómez Arango, 2006), pasando por la medida psicoprofiláctica de enviarlos a análisis con otro analista, entendiendo que han perturbado a su hijo (Dolto, 1986).

Si la presencia de los padres en el proceso tiñe al mismo de mayor incertidumbre y genera desafíos al entendimiento y a la innovación, el pasaje por este territorio se hace dificultoso.

Pero las fronteras se abren a la investigación, y lo arduo del trabajo a realizar no evita que se asiente en este ámbito un atisbo de prosperidad.

La riqueza de la práctica psicoanalítica con niños, son sus aportes para la teoría y la técnica, en el encuentro fructífero con psiquismos en construcción, otorgando fuerza al desarrollo del psicoanálisis. Relegada en sus inicios a ejercicio menor, ha logrado hoy un sitio acorde a la solidez de sus innovaciones y la riqueza de ser un territorio a conquistar.

Los nuevos especialistas y su saber

Os verdadeiros especialistas, na minha opinião de especialista e não especialista, são os pais /.../ Eles é que no fundo sabem e foram capazes de, por meio do olhar (o espelho de Lacan, retomado por Winnicott), deixar a criança construir-se, capazes de, pelo verbo, dar sentido a seus arcaísmos (Bettelheim, Guerin), ou de, pelo toque (Winnicott outra vez), dar uma base segura a essa criança para que crescesse suficientemente em paz, capaz de olhar (Lacan, Freud), aprender, ser, estar, criar. Nosso trabalho de especialista talvez não passe de cumplicidade de resgatar esses verdadeiros especialistas (Celso Gutfriend, 2005, pp. 110-111)²

Con sinceras y certeras palabras, este gran psicoanalista de niños, formula un pedido e indica un camino: rescatar a los padres como especialistas en el vínculo con su hijo. Nuestra tarea de investigación ha intentado en parte responder a su solicitud.

La práctica clínica psicoanalítica con niños ha adquirido reconocimiento social lo que la sitúa en el abanico de prácticas psicológicas con niños, donde lo «psi» antecede a la nominación de abordajes del área motriz, pedagógica y médica.

Con la incorporación de la psicoterapia a los Sistema Nacional Integrado de Salud,³ la psicoterapia psicoanalítica se incluye en el marco de las instituciones de salud públicas y privadas, y en ocasiones está regulada por las regulaciones generales que enmarcan la práctica psicológica y médica que abordan el malestar psíquico del niño. Esta incorporación como servicio obligatorio es reciente, y se vienen implementando diferentes abordajes: individual, familiar, grupal que, a la vez, tienen duración variable.

2 Los verdaderos especialistas en mi opinión de especialista y no especialista, son los padres [...] Ellos son quien en el fondo saben y fueron capaces de, por medio de mirar (el espejo de Lacan, retomado por Winnicott), dejar al niño construirse, capaces de, por el verbo, dar sentido a sus arcaísmos (Bettelheim, Guerin), o de, por tocar (Winnicott otra vez) dar una base segura a ese niño para que creciera suficientemente en paz, capaz de mirar (Lacan; Freud), aprender, ser, estar, crear. Nuestro trabajo de especialista tal vez no pase de la complicidad de rescatar esos verdaderos especialistas.

3 2011. Plan de Implementación de Prestaciones de Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud, se brindará a los niños tratamientos psicológicos de variados abordajes, Ministerio de Salud Pública, Uruguay.

Definir como obligatorios ciertos servicios de asistencia para la salud mental de los niños, responde a una cierta concepción de niño que es relativamente reciente.

Volnovich (1999) llama al siglo XX «El siglo del niño», tomando la apreciación de Edouard Clapàrede sobre un movimiento de reivindicación de la infancia, a partir del cual los adultos (padres, médicos, educadores) cambiaron la forma de mirar al niño. Intentaron acercarse a sus necesidades y deseos, emergiendo así diferentes especialistas que se atribuían, cuando no todo el saber, al menos un fragmento de conocimiento sobre el niño.

Al intentar definir qué es un niño, nos topamos con los cambios que tal noción ha tenido a lo largo de la historia hasta la actualidad. El lugar y la función del hijo-niño no han sido en la sociedad siempre los mismos.

Esteban Levin (2000) describe diferentes etapas en la manera de tratar al niño. Muchas «eras» anteceden a aquella en la que el niño obtuvo una mirada atenta desde disciplinas específicas. Antiguamente, los niños participaban en ritos religiosos, muchas veces siendo la ofrenda a sacrificar, así como era frecuente el abandono de los hijos o el trabajo infantil —aún hoy no erradicado—.

En la Grecia antigua apenas el niño estaba en condiciones de recibir el aprendizaje militar comenzaba a ser entrenado. Allí «en su funcionamiento de hijo, era del Estado y no de sus padres. Así como el Estado nombraba al hijo, este nombraba al Estado al representarlo (doble espejo)» (Levin, 2000, p. 25). En la educación predominaba el entrenamiento físico, al servicio de ese futuro hombre preparado para la guerra.

El derecho romano estableció la patria potestad, poder ejercido por el hombre sobre el hijo y su mujer. Ese poder era absoluto: podía vender a los hijos, desterrarlos, matarlos; este último acto estaba plenamente justificado si el hijo era deforme o no seguía el camino trazado por el padre.

Según Assandri (1996), fenómenos como el infanticidio eran tolerados hasta el siglo XVII, cita a Ariès cuando este expresa:

La vida del niño se consideraba, pues, con la misma ambigüedad que la del feto hoy día, con la diferencia que el infanticidio se ocultaba en silencio y el aborto se reivindica en voz alta, pero esa es toda la diferencia entre una civilización del secreto y una civilización de la exhibición (p. 104).

La función del hijo cobró un relieve extraordinario cuando vino a ser el embaajador del padre, Cristo caminó entre los hombres en nombre de su Padre-Dios, así el cristianismo impuso la idea de hijo como emisario del padre. «A través del Hijo el Padre se torna imagen, y entonces, a su vez, esta imagen resignifica al Padre en un juego especular que lo trasciende, siendo en parte esta la matriz del funcionamiento del Hijo-niño en nuestra cultura occidental» (Levin, 2000, p. 31).

Sabemos que el niño ha sido pensado como hombre en miniatura, en la edad medieval, se lo pensaba como adulto y la educación cumplía esa función, cada vez más especializada, iniciando un cambio significativo con la llegada del Renacimiento.

En el siglo XVIII con el repliegue de las familias a ámbitos más reducidos, se instala el reinado de la intimidad, y la concepción de la infancia como un tiempo especial, y al niño como diferenciado. La crueldad fue cediendo y pasó a ser sustituida por un lazo más estrecho, en especial con la madre, en el pasaje desde la indiferencia al amor maternal. Este hecho confirma la construcción histórica de este amor y no su naturaleza instintiva.

Roudinesco (2003), en su memorable *La familia en desorden*, recuerda que a partir de los mandatos del siglo de las luces, y la permanencia de los niños en el hogar junto a sus madres, las prácticas de contracepción masculinas desencadenan:

Una baja de la natalidad y una criminalización del infanticidio. Investido de un nuevo poder genealógico, el niño fue entonces considerado, en el seno de la familia burguesa, como una inversión de la transmisión del patrimonio y como un ser deseable, ya no fabricado en cadena y sin control (Roudinesco, p. 107).

El niño cobró entonces un lugar especial en la familia, en tanto heredero de sus padres y reducido en número, preservarlos pasó a ser tarea esencial de madre y padre, la pérdida de un hijo comenzó a ser la forma en que el duelo toma su cara más siniestra.

Roudinesco menciona la significación de herida narcisista que Freud otorga a la pérdida de un hijo, en ocasión de la muerte de su hija Sophie en 1920, a la que luego sucedió una conmoción mayor al perder a su nieto.

En una carta a Kata y Lajos Levy de 1926, Freud les relata la enfermedad del niño:

Pero tengo más razones de tristeza. Nos trajimos aquí de Viena al hijo menor de Sophie, Heinele, que cuenta ahora cuatro años y medio [...] era un muchachito encantador, y yo mismo me daba cuenta de que jamás había amado tanto a un ser humano y desde luego, nunca a un niño [...] Encuentro esta pérdida muy difícil de soportar. No creo haber experimentado jamás una pena tan grande [...] Trabajo por pura necesidad, pues, fundamentalmente, todo ha perdido su significado para mí (Freud, *Epistolario* 1988, pp. 388-389).

La preocupación por la mortalidad infantil favorece el nacimiento de manuales, y tratados especializados de medicina e higiene para la infancia. Se ubica a la madre en un rol fundamental, esta reina en el espacio privado y debe responder a los mandatos médicos que desde entonces promulgan diversas prácticas, entre la que destaca la lactancia materna.

Sin embargo, la promoción de este «amor maternal», no ha impedido la continuidad del hambre, el maltrato y la violencia contra los niños. No hemos logrado como humanidad, saldar las deudas pendientes con la infancia.

Volnovich anuncia que:

Vivimos en el crepúsculo del siglo del niño, un siglo en el que el desarrollo más increíble de la ciencia y de la técnica, el dominio de la naturaleza basado en la informática, la telemática y la genética, coinciden con la falta de seguridad, la ausencia de justicia e igualdad y la desesperanza, que se adueña de la infancia,

y que bien podría resumir sus condiciones de vida o, más bien, sus condiciones de muerte (1999, p. 37).

Para los «privilegiados» que han logrado escapar a estas condiciones terribles de existencia, prosperan los métodos y teorías sobre la estimulación de sus habilidades y el logro de un desarrollo armónico. «El discurso de la modernidad sobre el desarrollo infantil lleva implícito que el niño responda armónica y adecuadamente a estadios, pautas y subestadios preestablecidos, los cuales, a su vez, dependen de cada clasificación y tipología» (Levin, 2000, p. 40). El interés clasificatorio no ha cesado desde entonces, lo generalizado debe primar sobre lo singular, la nominación del padecer debe alcanzar a todos.

Daumas (2009) afirma: «la lógica actual de la evaluación y planificación no admite los espacios en blanco, hay cierta atención en no perder de vista la niño, el ojo está sobre él» (p. 95). En la actualidad, la función del hijo está ligada a la valoración central que el niño recibe en los circuitos de oferta-demanda del mercado de consumo. Es sujeto de consumo, cuando se lo hace elegir, se le impone evaluar cuál producto será más satisfactorio. Es objeto de consumo cuando su tiempo es consumido en actividades escolares preparándolo para el mercado laboral.

Desde las instituciones educativas se intenta formar ciudadanos y brindar un lugar donde albergar a los niños. Sin embargo estos, siguen interpelando al educador en su función.

¿Qué es educar hoy en día? ¿Es promover el aprendizaje de multiplicidad de disciplinas: deportes, idiomas, artes? ¿Educar es transmitir valores? ¿Es cubrir necesidades básicas?

En este contexto, Volnovich (2000) destaca la proliferación de discursos novedosos acerca de la infancia, diversas disciplinas centraron sus investigaciones en los niños y construyeron teorías partiendo de la observación directa. Otras líneas, dentro del propio marco psicoanalítico, armaron su andamiaje teórico sobre la formación del psiquismo, sin trabajar directamente con niños, sino desde lo reconstruido en el trabajo psicoanalítico con adultos.

El psicoanálisis sigue siendo una más de las formas del pensamiento que han abordado la infancia, compartiendo y confrontando miradas con la pedagogía, la sociología, la pediatría, la psicología del aprendizaje, la genética y la lingüística, entre otros discursos.

Maffei (1981), en su reseña histórica de la psicopatología de la infancia, detalla importantes aportes al conocimiento de la infancia previos al siglo XX. Señala en 1888 la publicación de Moreau de Tours *La locura en el niño* y de Helen Key *El siglo del niño* en 1900.

Sin embargo, describe lo que ocurre en el siglo XX como un «bombardeo» de innovaciones.

Allí, el primer nombre que menciona es el de Sigmund Freud con su revolucionaria «Una teoría sexual», así la cita. La lista que el autor despliega continúa con: Binet y Simon, Montessori, Gesell, Wallon, Adler, Melanie Klein y Anna Freud, entre otros.

Herederas de esos pioneros, las prácticas que toman como objeto de estudio al niño, efectúan novedosas terapéuticas buscando re-encaminarlo, de acuerdo a los parámetros propios de cada disciplina.

Avrane (2004) denuncia la dimensión imaginaria de un discurso, al definirlo como un conjunto de palabras que en el caso de un niño le asignan un lugar y a partir de allí, todos sus comportamientos son entendidos según ese discurso. «Esto permite al hospital, la escuela y la familia atribuirse un pensamiento, un juicio y formar un bloque. Debido a su dependencia, los niños son más propensos que los adultos a ser el blanco de esos discursos» (p. 83). La naturaleza imaginaria del discurso está dada por que aporta al niño múltiples imágenes en las cuales espejarse.

Estos discursos se presentan como los poseedores del saber sobre el niño, y son una referencia que los padres de este tiempo sostienen y necesitan para ejercer su función. Cuando algo falla en el hijo, desposeídos de su saber y disminuidos ante las instituciones, buscan ayuda para solucionar lo que no han podido resolver por sí mismos.

Los circuitos de búsqueda de ayuda están preestablecidos, y los especialistas esperan que los padres realicen el movimiento de demandar su intervención en pro de la salud del niño, lo que incluye la salud mental.

Este «siglo del niño» ha hecho posible que los padres se acerquen a un centro de salud mental público, a una institución privada o contacten a un especialista (psiquiatra infantil, psicólogo, psicoanalista) que trabaja en forma particular, solicitando una entrevista.

Podemos presuponer que en ocasiones los padres desconocen la diferencia entre un psicólogo, psiquiatra o psicoanalista, pero ratificar o negar esta afirmación excede la finalidad de este trabajo.

Un niño de la mano de sus padres

Maffei al reafirmar la idea de la dependencia de los niños para acceder a la consulta psicológica o psiquiátrica, cita a Finch quien afirma:

Los aspectos singulares de la psiquiatría infantil se deben al hecho de que los niños son seres humanos inmaduros que están constantemente en crecimiento y desarrollo. Todavía se encuentran bajo el cuidado de los adultos y sus personalidades son moldeadas por esos adultos. El niño no busca asistencia psiquiátrica para sí mismo, y raras veces su conciencia puede expresar que tiene problemas emocionales (1981, p. 27).

No coincido con el planteo de Finch. Difícilmente los niños tengan acceso directo a un profesional de la salud mental, pero hoy en día, muchos niños tienen una idea más concreta de lo que es un psicólogo y cuando tienen acceso a ellos en las instituciones educativas hablan con ellos de sus relaciones interpersonales y de dificultades familiares. La aparición de psicólogos, psiquiatras y psicoanalistas en los medios masivos de comunicación —incluso caricaturizados en los dibujos

animados—, les ha dado otra visibilidad que se suma a que los niños son testigos de relatos de procesos psicoterapéuticos de sus compañeros de juego.

Al mismo tiempo, aun sin poder contar con la presencia de un especialista en un espacio cotidiano, los niños pueden exponer a sus padres o a la maestra su malestar.

Sin embargo, son los padres los que gestionan la consulta, cuando ellos consideran que hay una dificultad, u otro adulto se los señala. La percepción del problema por parte de los adultos, junto a la valoración de una conducta dentro del rango de normalidad y anormalidad, es un parámetro de medida que siempre está dado por la adecuación de un sujeto al grupo social. En esa calificación respecto de lo normal Maffei comenta que: «siempre habrá un elevado porcentaje de *me molesta*, y aun de *interfiere en el juego de intereses que gobiernan nuestro grupo*» (1981, p. 29).

En tanto depende del contexto sociohistórico, la línea que delimita lo normal de lo anormal es artificial. Al considerar la influencia del grupo social —en especial del grupo familiar— en el juicio que mide la conducta o habilidad del niño, el autor deja en evidencia el impacto de la subjetividad de los adultos en la evaluación de él.

En ocasiones, esta poca «objetividad» no es tomada en consideración al requerir a los padres y maestros una evaluación de acuerdo a escalas apreciativas del comportamiento de los niños. Apostando a la prevención en salud, se han adaptado cuestionarios de reporte de conductas de los niños, para detectar, a través de la información aportada por los padres, la prevalencia de trastornos psiquiátricos en la infancia (Caraveo, Medina, Villatoro, Lopez Lugo y Martínez Velez, 1995).

En Uruguay, un estudio epidemiológico arrojó como resultado que los padres reportan que un 22 % de los niños entre 6 y 11 años tiene un problema psicológico/psiquiátrico que podría ser diagnosticado (Viola, Garrido y Varela, 2008).

Si la subjetividad de los padres está presente en la apreciación que realizan cuando se les pregunta sobre la presencia o no de trastornos de tipo emocional en el hijo, entiendo que, en estos estudios, quizás no se le ha dado suficiente relevancia a cómo inciden las significaciones que los padres les dan a las conductas de sus hijos en la información que aportan. Seguramente, esa percepción y juicio sobre las actitudes del niño, estén también atravesadas por el contexto sociohistórico en el que se realiza el estudio, pero en especial, la percepción de los padres, estaría mediatizada por el malestar que genera en ellos la conducta del hijo.

La disparidad de valoración de lo acorde a lo esperado fue expresada ya en 1926 cuando:

Wickman señaló las diferencias de criterio con que maestros y médicos juzgaban las alteraciones conductuales de los niños. A partir de entonces se han repetido incansablemente investigaciones de este tipo, y todas ellas han dado como resultado el descubrimiento de grandes diferencias en la escala de valores usada por padres, tutores, encargados técnicos y profesionales responsables de algún aspecto del desarrollo infantil /.../ el juicio sobre la conducta infantil

se ve influenciado por opiniones familiares recibidas por el observador durante su niñez, principios religiosos, esquemas correspondientes a determinados estratos sociales, personales, frustraciones, ansiedades, etc. (Maffei, 1981, p. 29).

¿Cómo suponer que los padres serán objetivos al medir el comportamiento de sus hijos cuando sus conductas los implican directamente? ¿Cuánto del malestar que genera en ellos la conducta del niño, operará entonces en la toma de decisión de consultar?

Recientemente Bolsoni, Turini, Paiva y Barboza (2009) han caracterizado las quejas de los padres que solicitaban atención psicológica para niños y adolescentes en un centro de salud. Los padres concurrían mayoritariamente solicitando atención para sus hijos que presentaban problemas de comportamiento, las quejas eran básicamente sobre agresividad. Expresaban, a la vez, sus propias dificultades para poner límites a los hijos. Este estudio, sí intentó incluir la función de los padres en la detección y manejo de la problemática del hijo.

Problemas de índole más internalizable, que pueden revestir gravedad a corto o largo plazo, como ser: dificultades de relacionamiento con pares, aislamiento, tristeza y una percepción negativa de sí mismo, parecerían no serían evaluados por los padres como motivos para consultar.

El contacto con colegas que se dedican a la práctica clínica con niños, en ámbitos públicos y privados, me permite afirmar, acordando con los autores mencionados, la frecuencia mayoritaria de consultas por varones en torno a la hetero y autoagresividad, desatención e impulsividad y dificultades de aceptar límites.

El malestar de los padres ¿se acrecienta cuando las dificultades del niño son visibles en ámbitos como el educativo? El discurso de docentes u otros profesionales cercanos al niño y su familia ¿impulsa a los padres a consultar?

Estas preguntas aún están sin respuestas, por lo que para algunos autores se justifica la necesidad de identificar los factores que inciden en la percepción de los padres de la sintomatología del hijo a la hora de pedir ayuda o no (Alaez Fernández, Martínez Arias y Rodríguez Sutil, 1998).

Desde la teoría psicoanalítica, la noción de normalidad es controversial. En 1935, cuando socialmente era reprobada la homosexualidad, una madre escribió a Freud y podemos deducir por la respuesta de este, que la madre solicitó que adecuara a su hijo a la heterosexualidad reinante como paradigma de lo social y familiar. En la carta que aquel le envió, puede leerse:

Lo que el análisis puede hacer por su hijo es distinto. Si se siente desdichado, neurótico, desgarrado por mil conflictos e inhibido en su vida social, el análisis puede aportarle armonía, paz mental y plena eficiencia, tanto si sigue siendo homosexual como si cambia (Freud, p. 470, *Epistolario*, [1935] 1988).

En otras oportunidades, Freud ([1920] 1993) ya había señalado que en los padres predomina la expectativa de readecuación a lo deseado por ellos como finalidad del análisis de sus hijos, y en ese sentido, el proceso fallaría con la liberación de ataduras inconscientes. Sanar es, en parte, liberarse y no responder a las presiones paternas de ser lo que se espera.

En el caso de los niños, son otros los que lo traen a consulta, ¿podremos escapar fácilmente al mandato de adaptar al niño a lo esperado por quienes lo llevan a consulta?

Betty Garma (1992), psicoanalista de raigambre kleniana, sitúa la tensión inherente a la práctica psicoanalítica con niños en que: «el niño es traído al análisis, y debe volver a su medio y en cierta forma adaptarse a él. Adaptarse a esos padres que lo trajeron al análisis» (p. 289).

Desde otra óptica, puede reclamarse que, en situaciones en las cuales el niño se halla atrapado en un ambiente familiar que no le permite sanar, y en cuyo caso el síntoma es lo que promueve ser escuchado (por otros) es necesario autorizar al niño a mantener el síntoma.

Incluso instarlo a que se aferre al síntoma como forma de producir molestias en el entorno y así indirectamente, buscar ayuda. En este caso, esta sería la dirección adecuada de la cura.

En una conferencia, Alba Flesler (2008) relató una situación clínica de un niño al que enviaban porque molestaba a su madre. La autora describió lo que diagnosticó como la percepción paranoica de la madre de las conductas del hijo desde que era bebé.

Ante la súbita interrupción del tratamiento por parte de los padres, relató la última sesión con su paciente en estos términos:

El margen de maniobra era mínimo, la única alternativa fue sostener el síntoma que el niño hacía oír fuera del ámbito familiar [...] atiné a legitimarle el síntoma, le dije que mientras él siguiera molestando en la escuela alguien más lo iba a escuchar y que él molestaba porque realmente no habían entendido que cuando era chico él no molestaba, sino que pedía algunas cosas que los chicos piden [...] cuando fuera escuchado dejaría de necesitar ser molesto (2008, p. 5).

Sostener el síntoma es persistir en ese camino de despliegue del malestar. Esta actitud terapéutica implica de parte del analista, una toma de partido por la salud mental del niño en un medio ambiente que se considera patógeno, el síntoma sería aquello mediante lo cual el niño persiste en denunciar ese lugar loco en el que fue colocado. Este tipo de intervenciones se darían en casos donde las posibilidades de trabajo con los padres están coartadas.

Desde un enfoque psicoterapéutico integrador, que aúna las perspectiva sistémica y psicodinámica psicoanalítica, Wachtel (1997) cuestiona lo que considera el descuido de lo que los niños necesitan de una intervención psicológica.

El deseo del niño de cambiar las formas de relacionarse con sus padres y maestros constituiría una fuerza de cambio que es desestimada en pro de centrar la problemática clínica en las interacciones familiares.

La avidez con la que muchos niños pequeños reciben las sugerencias sobre el modo de interactuar de otra manera es poco aprovechada por los terapeutas que creen que el chico necesita aferrarse a su síntoma porque este cumple una función dentro de la familia (Wachtel, p. 36).

El sentido terapéutico del proceso no es concebido siempre de igual forma, pero sería poco probable que se sostuviera un tratamiento con un niño donde nada de lo que genera malestar en el entorno se modifique, esa expectativa se puede suponer que está presente en la mayoría de las consultas.

Betty Garma (1992) indica punzantemente que:

A un niño lo traen al análisis siempre con fines terapéuticos, nunca con fines de esclarecimiento, o con la finalidad de comprenderse mejor a sí mismo, como puede ser la de un adulto. De ahí que el proceso analítico exitoso de un niño deba incluir una buena elaboración o superación total o parcial de sus síntomas psíquicos o físicos importantes. Y además debe incluir, no una adaptación, mediante el sometimiento a su ambiente, pero sí un entendimiento de su ambiente y una capacidad de convivencia, ya que el niño necesita de sus padres, quiere a sus padres y no puede cambiar a sus padres (p. 290).

En ciertas circunstancias, son los propios padres quienes legitiman el síntoma. Este puede remitirlos a su propia infancia, en tanto reproduce una faceta de lo que ellos fueron o desearon ser. En este punto del planteo, es preciso señalar que, al intentar deslindar los significados que los padres dan al motivo de consulta, es importante discriminar entre el motivo de consulta que expresan en forma manifiesta, del síntoma del niño. No necesariamente coinciden.⁴

El motivo de consulta se centra en la descripción por parte de los adultos de problemas que ellos perciben en el niño y por los cuales solicitan que reciba atención profesional.

Aquello que preocupa a los padres en forma consciente, o lo que esperan modificar aun sin decirlo directamente (latente), no tiene por qué coincidir con un síntoma del niño.

Silvia Bleichmar (1981) parte de interrogarse: «¿quién sufre?» antes de iniciar tratamiento alguno. Ha realizado un trabajo conceptual riguroso, al explorar lo que es un trastorno y no es igualarlo a un conflicto inconsciente —propia- mente sintomático— en el niño.

Manifestaciones conductuales de los niños no pueden ser entendidas en sí mismas como síntomas en el sentido psicoanalítico [...] ¿cuál es la especificidad del conflicto que pone en marcha el síntoma? es decir, ¿por dónde debemos explorar para encontrar el rumbo que nos permita entender el motivo de consulta? (pp. 38-41).

Hablar de síntoma es hablar de conflicto intrapsíquico y no de lo que otros asumen como dificultad del niño. De todas formas, la autora deja claro que el motivo de consulta no es el de la primera entrevista, al desdoblarse los padres su discurso, comienzan a surgir nuevas preocupaciones.

En las sesiones con el niño, será posible ahondar en la producción sintomática como especificidad dependiente de la interrelación de lo intrapsíquico del niño y lo intersubjetivo.

4 En la redacción de este libro tesis se utilizará indistintamente motivo de consulta o síntoma para referirse al problema del hijo por el cual los padres consultan.

A través de viñetas clínicas se ha fundamentado la incidencia del discurso de los padres sobre el hijo, como factor preponderante en la producción de los síntomas del niño (Frizzera, 2005; Kahansky, Rodríguez Ponti y Silver, 2005), pero no se ha estudiado en profundidad la perspectiva de los padres ante la problemática del hijo que motivó la consulta.

Si se toma al niño como paciente, como el portador de la «enfermedad», se estaría validando por ciertas las palabras de los padres sobre el niño. En general, desde esta postura, el rol que se les atribuye a los padres es ser informantes de su percepción del niño o transmisores del saber de terceros que los han enviado.

Centrarse en las entrevistas iniciales con los padres es suspender el juicio sobre lo que se informa respecto del niño. Es preciso considerar qué se dice del niño, quién y en qué contexto lo dice. Indagar: ¿qué piensan los padres sobre lo que otro dice de su hijo?

Escuchar desde otro lugar habilita a los padres a conectar hechos e historias que circulan a nivel familiar con lo que ha motivado la consulta, y permite reflexionar sobre el entorno educativo y social en el que su hijo viene creciendo.

Lo preliminar a una psicoterapia psicoanalítica

Al centrar la temática de este libro en las entrevistas preliminares, hablaré indistintamente de psicoterapia psicoanalítica o psicoanálisis con niños, sin detenerme en delimitar ambas prácticas. Al respecto, hay quienes dan cuenta de que tal distinción es borrosa y que en tanto prime la intervención sobre lo inconsciente y la transferencia, lo analítico está presente⁵ (Amorín, 2001).

El papel otorgado a los padres en la psicoterapia psicoanalítica con niños ha variado mucho desde los comienzos.

Estimo que las siguientes son algunas razones que justifican el lugar que se les da desde las entrevistas preliminares:

- La formación teórica y experiencia clínica del psicoterapeuta delimita cómo concibe la intervención con niños y sus familias.
- La evaluación que realiza de la intervención a realizar, tomando en cuenta elementos tales como: la edad del niño, el síntoma y su relación con las dinámicas familiares.
- Las particularidades del caso, la posibilidad de los padres de conectarse con las necesidades de sus hijos, y con las dificultades que implica la función que cumplen.

Las concepciones teórico-técnicas determinarán, en parte, cómo se conciben los momentos iniciales de la consulta. Varias opciones pueden darse desde el inicio: tomar de entrada al niño como paciente, tener varias entrevistas con

5 Amorín (2001) cita a Wildocher, quien no da por obvio que la discriminación deba centrarse en que en la psicoterapia habría un: «aligeramiento en cuanto al encuadre (frecuencia, duración de las sesiones), el modo de intervención (cada vez menos referencia a la transferencia, a los conflictos internos inconscientes)».

los padres, realizar entrevistas diagnósticas familiares, entre otras. Incluso, en el caso de partir de un formato de intervenciones con los padres ya definido —por ejemplo en una institución pública o privada— puede ser útil conocer cómo llegan los padres, para evaluar cómo se adaptarán a la modalidad de intervención que se les propondrá.

Datos como la forma en que los padres se involucran en el problema del hijo y la capacidad de establecer una alianza terapéutica son evaluados dentro de los criterios de indicación de ciertas modalidades de psicoterapia (Olivera, 2002).

Cada vez se extienden más las corrientes teóricas que parten de la intersubjetividad. El conocimiento del psiquismo ha permitido destacar los procesos de construcción subjetiva ligados a la presencia del Otro —y de su deseo— desde el nacimiento. Esto ha provocado que se dé un espacio mayor a los padres en el proceso.

Sin embargo, el lugar de los padres en el tratamiento psicoanalítico de niños sigue siendo un aspecto controvertido del proceso. Actualmente desde diversas posturas se considera fundamental contar con el apoyo y participación activa de los padres, si bien se implementa y regula en desigual medida la presencia de estos en la psicoterapia de sus hijos (Winnicott, 1991; Dio Bleichmar, 2005; Janin, 2005; Peusner, 2006; Blinder, Knobel y Siquier, 2008).

La propuesta de inclusión de los padres puede variar. Ana Gómez Arango (2006) ha descripto cinco modalidades de manejo de la presencia de los padres que solicitaron una consulta. Detalla posiciones tan disímiles como, decidir excluirlos del tratamiento hasta trabajar directamente con ellos y no trabajar con el niño. En el tramo intermedio, se puede citar a los padres para mantenerlos informados sobre cómo va el proceso psicoterapéutico, se los puede incorporar a las sesiones con el hijo e incluso, para algunos analistas, es posible tomarlos en tratamiento al mismo tiempo que el hijo pero tratarlos separadamente.

Hay quienes fijan encuentros regulares con los padres acordados desde las entrevistas iniciales (Peusner, 2006) y quienes solo los convocan si consideran que hay una detención del proceso con el niño (Flesler, 2007).

Pero, aunque la forma de trabajar con los padres sea disímil, Gómez Arango (2006) advierte que las emociones de los padres deben ser tomadas en cuenta, ya que repercuten en el niño que es traído a consulta y, por esto, es necesario dar a los padres un espacio para pensar en lo que están viviendo en el proceso de consulta. Menciona que los padres pueden convertirse en la gran dificultad para la continuidad del tratamiento. Las discrepancias son importantes: se los incluye para que no obturen el desarrollo de la psicoterapia o se los incluye pues ya son parte de lo que ocurre y es imprescindible trabajar con ellos.

Sea cual sea la motivación para ocuparse de los padres que consultan por su hijo, el acuerdo es generalizado en que existen dificultades técnicas en el trabajo con padres. Hay quienes temen ceder terreno del trabajo con el niño en favor de incorporar a sus progenitores.

Betty Garma recuerda, a modo de reproche, que al intentar: «sustituir el análisis profundo por la labor terapéutica con la madre [...] se dejan sin resolver los conflictos inconscientes del infante» (1992, p. 311).

Autores como Ortigués (1987) justifican la participación activa de los progenitores en el análisis de un niño basándose en que allí se producen movimientos libidinales y de posiciones identificatorias en todos los miembros de la familia.

Son cambios psíquicos no previsibles pero implícitos en el inicio de un tratamiento. Estos cambios pueden significar un riesgo para el equilibrio y la salud mental del núcleo familiar, que de no ser elaborados en un trabajo con los padres, pueden provocar daños para el propio niño (Mordock, 1999).

Se refuerza así la idea de que es necesario escuchar y darles un lugar a los padres desde el inicio, pues la apertura de las primeras entrevistas puede facilitar la tarea de desentrañar lo antes posible el padecimiento que el motivo de consulta puede ocasionarles, como ser la «pérdida de una imagen de niño perfecto y con diversos intentos de reparar, modificar o desmentir el problema» (Janin, 2005, p. 18).

Pérdida que se suma a la impotencia de no saber y el sufrimiento narcisista de la confrontación entre lo esperado y lo acontecido (Peusner, 2006) conmoviendo un funcionamiento estable.

Una posición a definir es si al intervenir sobre el sufrimiento psíquico del niño debemos tomar en consideración el sufrimiento que puede darse en los padres. Acuerdo con un posicionamiento ético de escuchar a quien consulta y no tomar por paciente al que es indicado —primeramente— como tal. Por eso, la forma en que alojemos el sufrimiento de los padres en las primeras entrevistas, y qué estos muestren su dolor, podrá ser un indicador para determinar qué camino tomar en las intervenciones.

Así la decisión sea tomar al hijo como paciente, para ir entendiendo en qué entramado de deseos está sostenido el niño, será necesario albergar aquello del malestar de los padres que refiere al hijo, aunque esté entretejido con historias viejas que les conciernen y serán escuchadas también. Esta es una concepción del análisis de niños, donde se escucha al sujeto del inconsciente que atraviesa a las personas en que se encarna, hace a la técnica de trabajo con niños pero también a una ética, la de prestarse a sostener la emergencia de la angustia, cuando es fruto de los enlaces significantes que se despliegan en el espacio analítico.

Cercenar el padecer de los padres, juzgándolo como molestia o una interferencia en la consulta, es desconocer la trama significativa en que se inscribe ese niño que portan. García Reinoso, al abordar el discurso familiar como escritura transindividual, nos advertía: «De nada sirve reenviar simplemente a la madre o al padre a un tratamiento personal. Es en la cura del niño donde tendrían que hablar los padres» (1981, p. 112). Entiendo que la participación de los padres debe ser activa, dentro de la psicoterapia del niño se realizarán entrevistas y la frecuencia dependerá de cada caso, pero no necesariamente estarán fijadas de antemano tal como propone Peusner (2006).

Pueden ser planteadas por el terapeuta para trabajar con los padres sobre los procesos que vienen dándose en la familia, profundizar en la historia del niño, de la familia y de los padres, en la relación con el niño, sus expectativas hacia él y hacia el tratamiento. También se responde a su pedido de entrevistarse, siempre poniendo en conocimiento al niño y preservando la confidencialidad de lo realizado en la sesión con él.

Se tomará en cuenta, desde el primer encuentro lo que enuncian como motivo de consulta manifiesto, y se prestará especial atención a lo latente, a lo que demandan y como lo llama Ortigués (1987) al revés de la demanda.

Las primeras entrevistas en ocasiones son nominadas como preliminares. Landeira (2009) recurre a lo etimológico para desglosar el sentido de preliminar y recupera así el pasaje a través del umbral (limen) de la puerta. Comenzar un análisis es atravesar el umbral.

Son preliminares en tanto se conciben como previas a un psicoanálisis.

Pero, siguiendo a Adela Costas (2009), es más acorde nombrarlas como iniciales, ya que en ese inicio podrá o no decidirse comenzar un proceso psicoanalítico con el niño.

Partimos del supuesto de que, la apertura del proceso en las entrevistas iniciales incidirá o decidirá el comienzo y desarrollo del tratamiento, pues allí comenzará a desplegarse la transferencia, a formularse la demanda y la implicación en el síntoma del hijo.

Ampliar el conocimiento que tenemos de cómo los padres toman la decisión de consultar y qué significaciones construyen sobre el motivo de consulta, en tanto problema de investigación, responde a un cambio teórico en la práctica psicoanalítica con niños.

El cambio está dado por la concepción de lo psíquico como producto de la intersubjetividad, y de los síntomas atravesados por el discurso y la presencia real de los padres. Dista mucho esta concepción de la de Melanie Klein, quien trabajaba con las fantasías del niño, moderaba las exigencias del superyó y pretendía que el niño cambiara así la relación con sus padres, sin trabajar con estos.⁶

Hoy en día, escuchar a los padres es —para algunos autores— orientarlos sobre lo que le ocurre al niño, dando cuenta de que las dificultades de los niños pueden depender en gran medida de la dinámica familiar y aplacar en parte la angustia que en ellos despierta la problemática del hijo (Bonafé y otros, 2008).

No escuchar —develar— lo que ellos tienen que decir, es denegarlos como padres y como sujetos deseantes, por lo que los obstáculos al proceso pueden estar dados desde el inicio.

El tiempo inaugural de las entrevistas preliminares es un tiempo de encuentro con los padres. De la posibilidad del terapeuta de escuchar a los padres respecto de cómo han decidido consultar y qué esperan de la consulta, dependerá

6 «A diferencia del paciente adulto, el niño no puede, después de su mejoría, alterar las circunstancias de su vida. Pero el análisis lo ayudará mucho si lo ha capacitado a adaptarse y sentir más alegría [...] Mi experiencia ha sido de que la madre reaccionará en forma mucho menos neurótica en cuanto el análisis efectúe cambios favorables en el niño» (Klein, 1987).

que pueda iniciarse o no un proceso psicoterapéutico. Tomarse el tiempo para dar cabida a las dudas, preocupaciones y malestar que puedan manifestar los padres respecto del motivo de consulta, pero también respecto de si desean o no una intervención del terapeuta y de qué forma la imaginan, es lo que permitirá tomar una decisión en conjunto.

Esta postura dista de la idea de imponer el tratamiento como propuesta unilateral de parte del profesional. Martínez Farrero (2006) señala como condición —evidente— para el inicio del tratamiento y para que el «agente terapéutico» pueda actuar produciendo cambios en lo psíquico, que se debe contar con el compromiso del paciente. Siendo un niño por quien se consulta, es necesario contar con la participación activa de su familia, no es suficiente con llevar al niño a las consultas y pagar los gastos.

Muchas veces el terapeuta decide unilateralmente la iniciación del tratamiento, y si luego emerge la cara descarnada de la resistencia parental, fácilmente puede atribuirse a los padres el fracaso del proceso terapéutico. Aquello que se excluyó desde el principio, solo es retomado para justificar el fracaso.

En ese punto, entendemos que las modalidades de intervención con los padres rozan con cierta posición ética del trabajo en clínica psicoanalítica con niños.

La sentencia de F. Dolto es tajante:

Los poderes públicos [...] han creado consultorios para niños, pensando que un niño puede ser curado de su incapacidad para adaptarse a la sociedad sin sus padres. De ahí los callejones sin salida en que se encuentran los consultorios en los que en realidad no se puede curar a los niños, aunque hayan sido hechos para ellos (1984, p. 34).

No es posible curar a los niños sin sus padres, la tarea es imposible desde el inicio. En esa actitud, se cuele una usurpación no planificada del lugar de educadores, lugar que la autora insiste en reservar siempre a los padres, evitando responder a transferencias de los propios niños que —al modo de novela familiar— quieren una pronta sustitución de los padres reales por el psicoanalista.

La importancia de los primeros encuentros esta dada para la psicoanalista, por evitar este tipo de confusiones, equivocar el lugar o la función es un error que difícilmente pueda corregirse en el transcurso de una psicoterapia.

Los padres pueden darle al analista un lugar docente, de profesor de lo psíquico, también: «lo toman por un médico de tipo particular, que trata de corregir un síntoma que les angustia de manera imaginaria o real, porque es una desventaja para la integración de su hijo a la sociedad» (Dolto, 1984, p. 41).

Esa confusión es parte de desatender los procesos de toma de decisión de consultar de los padres, esta decisión ¿estuvo motivada por la injerencia de un tercero?, ¿responde a una solicitud de la institución escolar? Tal como ya ha sido remarcado por varios psicoanalistas, la toma de decisión no será indiferente a la hora de establecer cómo implementar esos encuentros iniciales con los padres y las expectativas de estos ante la intervención con el niño (Favre, 2005; Kahansky y otros, 2005; Ortigués, 1987).

Este momento inicial es una oportunidad de comprometerlos con el tratamiento a inaugurar para sus hijos, ellos o toda la familia. Se ha insistido ampliamente en que este proceso es especialmente importante pues puede determinar el abandono de la psicoterapia si la familia percibe que el tratamiento no es relevante o no se ha logrado establecer una alianza terapéutica con los padres y el niño (Deakin Kuhn y Tiellet, 2009).

La toma de decisión de los padres de consultar incide en el establecimiento de la alianza de trabajo que se construye desde el primer encuentro. Para construirla hay que preguntarse ¿qué vienen buscando?

Intentando comprender cómo llegan los padres, se estudió el proceso de búsqueda de servicios de salud mental para niños y la incidencia de hechos actuales en la percepción de necesidad de ayuda (Caraveo, Colmenares y Martínez Velez, 2002; Ezpeleta, Granero, de la Osa, Domenech y Guillamón, 2002). El eje a investigar estuvo orientado en función de lograr el acceso a los servicios y la percepción por parte de los padres de las problemáticas psicológicas de sus hijos.

Desde un marco psicoanalítico, implica considerar que los padres no son solo informantes, sino que están implicados en esa percepción y son parte de lo que le ocurre a su hijo. Por ello se puede afirmar que en general, la consulta por un hijo implica sufrimiento. Este ha sido descrito como una herida narcisista para los padres (Dio Bleichmar, 2005; Peusner, 2006) pero no se ha estudiado en profundidad, cómo se expresa ese malestar en la decisión de consultar y en qué forma se expresa en las significaciones atribuidas por los padres al motivo de consulta.

Respecto de la consulta, se plantea que los padres: pueden pedir ayuda por algo que no han podido resolver solos; piden a través del hijo ayuda para sí mismos; quieren saber sobre su rol en lo que ocurre al hijo; pueden cumplir con un mandato de otros profesionales y técnicos que ven una dificultad en su hijo; pueden confirmar que el hijo es el «enfermo»; pedir cambios instantáneos y «recetas mágicas» para algo que molesta, sin desear participar (Dinerstein, 1987; Blinder, Knobel y Siquier, 2008; Costas Antola, 2009).

Se menciona que en los padres se producen emociones intensas que iremos deslindando a continuación y que serán retomadas al referirnos a la transferencia.

Según la literatura psicoanalítica emerge un espectro de sentimientos que dan cuenta en distintos tonos del malestar, se menciona: la culpa, el temor, la indiferencia o el enojo (Dio Bleichmar, 2005; Peusner 2006; Gómez Arango, 2006). Janin (2005) ha señalado el miedo, la vergüenza y la angustia presentes en los padres en las entrevistas preliminares.

Desde Freud ([1913] 1993), los movimientos de apertura en la partida de ajedrez metaforizan las entrevistas iniciales. El despliegue posterior de las jugadas será siempre un movimiento que responda a la suma de todas las jugadas anteriores donde las jugadas posibles se fueron definiendo desde el comienzo.

Lo importancia de las entrevistas iniciales puede asimilarse a la importancia que tienen esos movimientos iniciales en el ajedrez.

Un aporte significativo para comprender la movilización de los primeros encuentros con los padres es el de Blanca Montevechio, que toma un concepto freudiano que amplía la intelección acerca de ese tiempo inicial. Confirma las dificultades propias de trabajar —ella dice cambiar— la demanda de los padres y las resistencias de estos. Expone su intelección de que lo temido que surge ante el síntoma del niño, es lo que viniendo de lo inconsciente fantasmático retorna en el hijo. Dice: «lo *familiar* (*heimlich*) enajenado, se ha transformado en lo *si-niestro* (*unheimlich*)» (1997, p. 166). La emergencia de lo ominoso freudiano en esas primeras entrevistas justifica la necesidad de precisar las movilizaciones que se producen en los padres. En ocasiones se trata de un hijo que, en el proceso de consulta ¿es vivido como extraño?

Con Rodulfo (1989) se sabe que las marcas que vienen de la filiación, fundadoras de un lugar para ese niño en el mundo —mito familiar de origen— pueden dejar colocado al hijo como hijo síntoma. Muchos psicoanalistas han trazado líneas de visibilidad de esos tejidos que envuelven a un niño al nacer y lo van poblando de historias y mensajes de antaño, de secretos y silencios, de mandatos que se trasladan de una generación a otra casi inadvertidamente.

Trabajar con los padres desde las entrevistas preliminares, permite comenzar a develar esa trama inconsciente en que el hijo es ubicado y que remite a historias y deseos parentales (Rodulfo, 1989), a enunciados identificatorios (Aulagnier, 1993) y a mensajes transgeneracionales (Gomel, 1997).

Urribarri, situado desde su profusa experiencia clínica con niños enuncia:

Estimo conveniente, y cada día más, ahondar en las entrevistas iniciales con los padres (no limitadas a la recolección de datos de la historia vital), tratando de captar el tipo de vínculo de la misma y las fantasías subyacentes de cada uno y de los dos hacia el hijo (1997, p. 132).

Discernir desde el inicio qué significa para los padres el motivo de consulta y acercarse a entender qué lugar ocupa en su vida es reconocer que:

Pueden tener necesidad de ayuda para hacer frente a la recuperación de la salud de su hijo. De hecho, la desaparición de los problemas de un niño afecta a esos padres que han pasado años sin darse cuenta del problema que ellos mismos crearon en su hijo, colocándoles en un extraño estado de sufrimiento recuperado, ya sea físico o en sus relaciones (Dolto, 1984, p. 33).

El proceso de revelación de sentidos en torno a los síntomas y a quién necesita ayuda, no puede acelerarse. Se requiere, al contrario de la vertiginosidad actual, reflexión y conmoción con lo relatado-escuchado.

Lógicamente, tal como lo expresa Dolto (1984), no se trata de imponer a los padres desde la primera entrevista que «Su hijo es su síntoma», eso será parte esencial del trabajo a realizar con ellos y con el niño, descifrar las marcas que sostienen el síntoma. (Mannoni, 1987).

La advertencia respecto de esta tarea de esclarecimiento, de otorgar a los padres la cuota que puede caberles en el origen y mantenimiento del síntoma del hijo, no debe ser ocultada. Favre (2005) nos recuerda que el intento apresurado del psicoanalista de implicarlos en lo que le ocurre al hijo puede acarrear resultados negativos.

Cuando los padres consultan seguros de que el niño tiene un problema concreto, o la maestra o el pediatra se lo han dicho ¿cómo sugerir, sin provocar enojo, que ellos tienen algo que ver en lo que le pasa? Si el niño es en gran medida lo que se dice de él, tomarlo como paciente sin interrogar esos discursos cómo válidos ¿constituye un ejercicio de violencia secundaria? como la denominó Aulagnier (1993).

En tiempos de la constitución del psiquismo, se impuso un discurso como verdadero y totalizante de todo lo que el niño era y hacía. El nacimiento de la psique es producto de la anticipación de la madre que ofrece al niño palabras, asigna sentidos, nombra afectos.

La madre posee el privilegio de ser para el *infans* el enunciante y el mediador privilegiado de un «discurso ambiental», del que le transmite, bajo una forma predigerida y premodelada por su propia psique, las conminaciones, las prohibiciones, y mediante el cual le indica los límites de lo posible y de lo lícito (Aulagnier, 1993, pp. 33-34).

Este proceso de imposición es una acción necesaria denominada violencia primaria, ejercida desde el exterior hacia un yo aún en formación. Pero la violencia secundaria que tiene su apoyatura en la violencia primaria, es un exceso que perjudica al yo «tanto si se trata de un conflicto entre diferentes «yoes» como de un conflicto entre el yo y el *diktat* de un discurso social cuya única meta es oponerse a todo cambio en los modelos por él instituidos» (Aulagnier, 1993, pp. 34-35).

Cuando los discursos sobre el funcionamiento psíquico del niño imponen una concepción de lo fallido centrado exclusivamente en él, desconocen lo singular y desde la conjunción de saber y poder, pueden ejercer violencia. Esta puede redoblar la violencia que se ejerce en la familia, cuando un integrante es designado como el enfermo (Mannoni, 1987).

Zusman citada por Urribarri, al contemplar la complejidad de los primeros encuentros con los padres afirmaba: «en tanto el grupo familiar se ha escindido, hay un enfermo, el niño, y el resto son los sanos, la iniciación del tratamiento individual puede afirmar esta escisión y ratificarlo en el papel que se le ha asignado» (Urribarri, 1997, p. 132).

La complejidad de estos encuentros iniciales está dada, por el riesgo de congelar al niño en el lugar del enfermo. Es necesario develar algunos puntos de identificación y repetición que enlazan al niño y sus padres, y que pueden obstaculizar el establecimiento de la alianza de trabajo.⁷

7 La noción de alianza terapéutica será abordada en otro apartado.

Se ha confirmado que si los pacientes sienten que son comprendidos y contenidos por su terapeuta, se fortalece la alianza terapéutica que redundará en una disminución de la sintomatología (Marcolino e Iacoponi, 2003). ¿Qué entendemos por comprensión y contención a los padres en las primeras entrevistas?, ¿cuánto opera la escucha atenta a cómo han tomado la decisión de consultar y cómo significan el motivo de consulta en la instalación de dicha alianza?

Dado que es posible que mucha decepción y sufrimiento marquen esa toma de decisión, comparable a un estado de crisis, paralelamente a la búsqueda de aprobación en su función como padres (Dio Bleichmar, 2005), serán indicadores que van definiendo las características que tendrá el vínculo transferencial con los padres.

La relación transferencial no escapa a los efectos de la fluctuación libidinal que antecedió al pedido de consulta. Aquello que puede haber atormentado a los padres, rápidamente, puede trasladarse al profesional, quien recibirá el impacto de esas significaciones. Es posible que se produzcan movimientos que indirectamente ataquen la psicoterapia del hijo: suspensiones de las sesiones, faltas sin aviso, atraso o no pago de honorarios, entre otros.

Cuando el movimiento se ha dado sin mayor interrogación y la toma de decisión es casi una resolución ajena, suponemos que todo lo no movilizado antes de consultar puede invadir ampliamente el espacio de la consulta o permanecer denegado.

Pionera en su trabajo con niños, Burlingham advertía:

El analista, cuando entre en contacto por vez primera con una madre, debe atender a muchas cosas y tenerlas presentes. Debe preguntarse en qué forma la madre quiere a su hijo, si el hijo no constituye quizás una válvula de escape para sentimientos muy complicados y cómo estos sentimientos van a influir en los cambios que el análisis producirá en el niño. El analista se preguntará si la madre será capaz de colaborar, si podrá ser influida y si seguirá sus orientaciones, de forma que, al final, pueda ella continuar dirigiendo el crecimiento que el análisis ha hecho posible en el niño (1973, p. 671).

Que la madre pueda seguir guiando el desarrollo de su hijo, nos devuelve al punto de acuerdo con Celso Gutfreund, de que las madres y los padres (o sustitutos) sean los especialistas.

Caída de las notas ideales. Presencia de los padres

Habían transcurrido unos cuantos años desde el relato clínico del caso Dora de 1905, cuando en 1920 Freud publica sus reflexiones detalladas sobre el proceso psicoanalítico con una mujer, en *Sobre la psicogénesis de un caso de homosexualidad femenina*. Allí Freud describe su encuentro con una joven de 18 años, perteneciente a la clase social alta, que a pesar de ser vigilada por su familia, perseguía a una señora diez años mayor, la esperaba en la puerta de su casa y le enviaba flores. Desdeñaba llevar a cabo cualquier otra actividad o dedicarse a otro interés que fuese acorde a lo esperado para una muchacha de su edad; en

especial rehusaba aceptar salidas con posibles pretendientes. Para sus padres, la exhibición pública de su hija en compañía de esta señora, junto a los engaños para escapar al control, eran motivo de enojo y rigor. Un encuentro en la calle entre padre e hija derivó en un acto sorprendente: el padre censuró con su mirada a la hija que paseaba acompañada de la dama y la joven se arrojó a las vías del tren. Luego de seis meses del intento de suicidio, los padres solicitaron a Freud que su hija volviera a la normalidad.

El padre estaba realmente colérico, dispuesto a recurrir al psicoanálisis para que la hija retomara el camino por él deseado y si este fallaba, el casamiento haría que la joven abandonara las «inclinaciones antinaturales».

Freud describió ciertas condiciones que anunciaban una situación difícil para el analista: la joven no se sentía enferma, eran sus padres los que la veían así. Se añadía a esto que la solicitud de los padres no refería a una remisión de síntomas sino que lo que solicitaron fue la reorientación sexual de su hija.

Estos factores situaban el inicio de la cura en un terreno dificultoso. Los padres consultan por un hijo pidiendo una adecuación a sus intereses y deseos, y el hijo queda como objeto de un proceso a llevar a cabo, incluso sin su consentimiento.

En ese contexto Freud formuló apreciaciones técnicas que fueron tomadas desde entonces como una clara advertencia sobre las características del psicoanálisis con niños y adolescentes.

Describió la encrucijada en la que se hallaba el médico (analista) en casos como este al inicio del tratamiento:

No estaba frente a la situación que el análisis demanda, y la única en la cual él puede demostrar su eficacia. Esta situación, como es sabido, en la plenitud de sus *notas ideales*,⁸ presenta el siguiente aspecto: alguien, en lo demás dueño de sí mismo, sufre de un conflicto interior al que por sí solo no puede poner fin; acude entonces al analista, le formula su queja y le solicita su auxilio. El médico trabaja entonces codo con codo junto a un sector de la personalidad dividida en dos por la enfermedad, y contra la otra parte en el conflicto. Las situaciones que se apartan de estas son más o menos desfavorables para el análisis, y agregan nuevas dificultades a las intrínsecas del caso (Freud, [1920] 1993, p. 143).

Esas notas ideales no están presentes en el análisis del niño, ya que, si bien considero que puede percibir sus propios conflictos emocionales, no puede pedir ayuda directamente, sino que depende del adulto. Este en tanto padre, antepondrá sus propias expectativas sobre la tarea del analista, expondrá sus propias quejas sobre lo que no funciona en el hijo y esperará ser auxiliado en la tarea de educar.

Con la caída de esas notas ideales, se ha intentado dar un lugar a los padres en el proceso psicoanalítico, desde la conjunción analista-padre anhelada por S. Freud ([1908] 1993), hasta las distintas formas de intervención que se sugieren en la actualidad.

8 Concepto destacado en cursivas más.

El padre como agente terapéutico fue la situación inaugural del psicoanálisis con niños cuando el padre de Hans enviaba notas con sus observaciones sobre la conducta de su hijo al «profesor Freud», esperando de este comentarios y orientación.

Freud advirtió en 1932, en la Conferencia 34.^a la necesidad de tener algún tipo de influjo analítico sobre los padres.

Se demostró que el niño es un objeto muy favorable para la terapia analítica; los éxitos son radicales y duraderos. Desde luego, es preciso modificar en gran medida la técnica de tratamiento elaborada para adultos. Psicológicamente, el niño es un objeto diverso del adulto, todavía no posee un superyó, no tolera mucho los métodos de la asociación libre, y la transferencia desempeña otro papel, puesto que los progenitores reales siguen presentes. Las resistencias internas que combatimos en el adulto están sustituidas en el niño, las más de las veces, por dificultades externas. Cuando los padres se erigen en portadores de la resistencia, a menudo peligra la meta del análisis o este mismo, y por eso suele ser necesario aunar al análisis del niño algún influjo analítico sobre sus progenitores ([1932] 1993, p. 137).

La idea de este influjo necesario y la condición original de transformar a los padres en terapeutas de sus hijos ha sido retomada por Dio Bleichmar que, desde su propuesta de psicoterapia de la relación padres hijos, propone:

Trabajando con los padres en tratamientos concomitantes con los niños o de forma unilateral vamos paso a paso convirtiéndolos a ellos mismos en los agentes terapéuticos, lo que se constituye en uno de los objetivos básicos de la clínica infantil y juvenil (2005, p. 450).

Esta propuesta de trabajo es novedosa, ya que primó durante un período de tiempo la idea de que la introducción de los padres en el tratamiento de su hijo, generaría dificultades.

Al comparar el análisis de niños con el de adultos, Anna Freud (1964) señalaba como una limitación la presencia de los padres, a los que les atribuía la condición de causantes de la enfermedad del niño, y auguraba que existirían dificultades para contar con su colaboración en el proceso de curación. La opción por la exclusión del proceso fue fundamentada además desde la idea de que el analista debía ocupar el lugar de ideal del yo. Dinerstein (1987) recuerda la postura que sostenía Anna Freud, quien cuestionaba los errores de padres y educadores, culpables de la neurosis del niño, y sugería que: «el analista debe ocupar ese lugar para corregir esta desmesura. ¡Claro, después se encuentra en el brete de cómo asumir tamaña responsabilidad como es la de enfrentar al niño con sus objetos de amor!» (Dinerstein, 1987, p. 42).

La clásica confrontación de Anna Freud-Melanie Klein (Dinerstein, 1987; Fendrik, 1989) en los orígenes del psicoanálisis con niños se centró en varios puntos: si validar al proceso llevado a cabo con niños como analítico, si es necesario realizar previamente una etapa pedagógica, si se puede analizar el Edipo. Pero así como Anna Freud culpaba a los padres, Urribarri (1997) relata que en

el Río de la Plata, cuando se iniciaba la práctica con niños, desde un enfoque kleiniano los padres también eran apartados del proceso. Afirma que los analistas no daban lugar a la expresión de las ansiedades que generaba en los padres el padecer del niño, y que luego desencadenaba diversas vivencias parentales desde la fantasía de robo del hijo hasta una delegación total de la función de padres en el analista. Indica que los aportes de Françoise Dolto y Maud Mannoni permitieron comprender y elaborar lecturas del síntoma vinculado al deseo de los padres, pero enfatiza que aún en este caso, no queda claro cómo incluir a los padres en el tratamiento.

Comenta que Melitta Sperling «propone para sortear las dificultades que encontrara en la disolución de la díada madre hijo, el método del análisis simultáneo (pareciera que por el mismo analista) que se muestra exitoso en estos casos» (Urribarri, 1997, p. 131). Esta era una opción de intervención en los comienzos de la práctica psicoanalítica con niños.

Dorothy Burlingham, en 1935, sitúa las dificultades propias del análisis de niños en la comunicación verbal y la dependencia de los padres, pretende con los padres: «mantener la simpatía y colaboración» (1973, p. 669). Enumera una serie de pequeños problemas que pueden presentarse de parte de los padres: ser impuntuales, la suspensión de una sesión, comentarios negativos acerca del análisis frente al niño o la expectativa de curación equiparable a un milagro instantáneo.

La importancia de tomar en cuenta a los padres está dada por la actualidad de su presencia en la vida cotidiana del niño, pero también en la convicción que parte de la problemática que afecta al niño tiene su origen en el vínculo con los padres.

Burlingham mencionó la variabilidad de posturas que podían adoptarse ante los padres, describió probables escenarios para el analista y los padres:

Algunos ignoran a los padres y se limitan exclusivamente al niño [...] prefieren no conocer a los padres ni recibir de ellos ningún informe sobre el niño. Otros prefieren, cuando es posible, separar al niño de los padres, llevándolo durante el análisis a un ambiente más impersonal, y devolverlo a los padres cuando el niño, una vez terminado el análisis, se ha adaptado lo mejor posible. Finalmente, otros intentan incluir en el tratamiento analítico al niño con su ambiente, sus padres y sus reacciones frente a estos [...] les proporcionan una comprensión acerca de los problemas del niño (1973, p. 672).

Concluye Burlingham que los tres métodos revisten dificultades. Respecto del primer método, afirma que no puede conducirse un análisis sin el consentimiento de los padres, ya que al excluirlos de lo que sucede en el tratamiento con el hijo, pueden gestar la abrupta terminación del proceso. Desposeídos del saber de lo que ocurre con su hijo, y del poder que en tanto padres tienen sobre la vida de aquel, se opondrán prontamente a no tener información de lo que ocurre entre el analista y su niño. En cuanto al segundo método, al alejar al niño del ambiente, no se favorece que el niño pueda luego adaptarse a vivir en su medio.

De todas formas, esta segunda opción, parece muy radical en la actualidad, raramente se propone separar al niño «enfermo» de su familia. Colocar al niño en un hogar adoptivo hasta que mejore acarrea el mismo destino frustrado al reintegrar al niño a un ambiente que no ha variado. Finalmente, el tercer método, obtener de los padres la colaboración, es sin duda el método «más difícil»: «se sabe desde un principio que habrá que tolerar, no solamente las dificultades que plantea el niño, sino también las que crean los padres» (Burlingham, 1973, p. 673).

A pesar de asumir que este es el método a seguir, no parece responder a un miramiento verdadero por los sentimientos de la madre, sino que parece consistir todo en un simulacro de participación que evite que moleste.

Debe tener la sensación de que todo lo que ella dice acerca de su hijo es importante [...] que observe todo lo que hace el niño en su casa [...] debe ella tener la sensación de que también participa en una parte de la investigación [...] puede ser de utilidad al analista en la relación con la madre, y este es el sentimiento de culpa de la madre con respecto a su hijo (Burlingham, [1935] 1973, p. 674).

Tener la sensación no es realmente participar. Visiblemente no se trata de establecer un vínculo de trabajo en el que la madre sea partícipe, parece simplemente un simulacro instalado para tranquilizarla y mantenerla alejada, evitando intrusiones en el tratamiento. No podemos dejar de señalar que algo del engaño parece precipitarse en este manejo de la presencia de los padres (centrada en la madre), la veta más cuestionable de la sugestión y del poder de parte del analista aparece descarnada, en pro de supuestos buenos objetivos.

Betty Garma, que guiaba su práctica clínica con aportes de Klein y Aberastury plantea que:

Prácticamente no podemos modificar el mundo real actual del niño. Podemos modificar algo de él si logramos resolver la neurosis que provoca una mala reacción actual en su mundo externo. [...] el analista trata con el mundo interno del niño y los padres tratan con el mundo externo del niño. Esta debe ser una limitación bien respetada. Finalmente, nunca he visto que un consejo acerca de un cambio en el mundo externo sirva para nada en padres que no están preparados para aceptar una indicación. [...] una indicación debe venir más bien como consecuencia de una pregunta de los padres por un cambio psíquico ya efectuado en el niño. Recién en ese momento es fructífero buscar un cambio en el ambiente externo (Garma, 1992, pp. 293-295).

A pesar de responder a un marco teórico kleiniano y trabajar en los casos que presenta con el mundo interno del niño, y la dinámica de las conflictivas pulsionales, no niega entonces, la búsqueda de cambio externo a través del trabajo con los padres, solo que lo sitúa como posterior al cambio en el hijo.

Además de intentar librarlo de la neurosis, en el análisis de niños buscamos lograr una reacción mutua positiva entre el paciente y su familia. Aun cuando trabajemos exclusivamente con el niño para mejorar esos vínculos, debemos tener muy en cuenta la repercusión de las modificaciones del paciente sobre su familia, especialmente sus padres (Garma, 1992, p. 310).

Si bien la autora deja entrever que no los incluye en el proceso, reconoce la importancia de los efectos que el proceso psicoterapéutico tiene en los padres y no deja de manifestar al igual que otros autores, que lo temido es la interrupción prematura del tratamiento.

Montevechio propuso como forma de abordaje de la consulta por un niño, la psicoterapia de la pareja parental y esgrime su argumento en estos términos: «Merced al descentramiento de la mirada se pasa, entonces desde la demanda manifiesta, referida a la *patología* del hijo, a la investigación de los conflictos escindidos en el inconsciente de los miembros de la pareja parental depositados en el niño» (1997, p. 166).

Desde entonces se ha insistido mucho en la necesidad de trabajar con los padres para cambiar las situaciones que provocan malestar en el niño y tenerlos al tanto de lo que ocurre en el proceso psicoterapéutico (Aznar, 2009; Dio Bleichmar, 2005; Sigal, 2001).

Aznar recuerda que:

Si bien en el caso Juanito (Freud, [1909] 1973), así como en el caso The Piggie (Winnicott, 1994), los analistas no se planteaban que hubiera que trabajar con los padres aspectos de ellos que ayudaran a resolver el problema del niño, puesto que consideraban el problema de naturaleza intrapsíquica, las intervenciones con los padres que llevaron a cabo tuvieron con seguridad un carácter transformador ya que propiciaron el desarrollo de sus capacidades de parentalización porque aumentaron su capacidad reflexiva al traducir unas actitudes de sus hijos incomprensibles para ellos y al mismo tiempo porque abundaron en la comprensión de su hijo como proyecto diferenciado de ellos mismos, con necesidades propias (2009, pp. 294-295).

Al retomar el caso Piggie de Winnicott, Emilce Dio Bleichmar (2005) muestra como una falla, el olvido de la complejidad de los síntomas, al no percibir el «componente adulto» (es decir la influencia de los padres) en aquella. Paralelamente, este caso le permite expresar que hay padres como los de la niña que estaban dispuestos a participar, y deseaban entender qué le ocurría a su hija. Los comentarios que los padres expresan y sus preocupaciones serían parte del material a trabajar en una propuesta de psicoterapia de la relación padres-hijo.

Desde un enfoque basado en el paradigma relacional, Emilce Dio Bleichmar (2005) propone un replanteo de la psicoterapia con niños, pasar de tomar a este como objeto de estudio a tomar la relación como eje donde centrar intervenciones. Con una técnica más activa que no se limita a la escucha sino que interviene específicamente en pro de cambiar las capacidades de parentalización de los padres, analizar las vivencias respecto de la maternidad y la paternidad.

La psicoterapia de la relación de padres/hijos se basa en la idea de que los padres son el mundo diario del niño, y la influencia que el terapeuta puede tener sobre ellos puede ser utilizado para potenciar sus capacidades, para lo cual es necesario crear una alianza terapéutica.

No se trata solo de ser empáticos y no culpabilizarlos, sino de poseer herramientas teóricas que nos permitan comprender sus motivaciones y sufrimientos

como padres y la decepción en la que se hallan inmersos al tener que reconocer que algo ha fallado en su empeño (Dio Bleichmar, 2005, pp. 421-422).

Silvia Bleichmar (2001) al referirse al trabajo con los padres cuestiona duramente a los analistas que suponen que puede acceder al inconsciente de los padres sin regirse por el método de la asociación libre en un proceso analítico, ya que no se puede acceder desde el discurso manifiesto. Pero, paralelamente a esta limitación inherente al trabajo con padres en un proceso analítico de un niño, considera imprescindible darles un espacio para que «puedan ser resignificados los modos de posicionamiento y las propuestas identificatorias ante este hijo» (p. 106). Las significaciones que los padres transmiten con su discurso no son suficientes para aclarar o eliminar lo sintomático pero trabajar con ellos es fundamental para sostener en el hogar los cambios que se han iniciado en la consulta.

Lisondo (2001) detalla los motivos por los cuales entrevistar a los padres, al inicio o durante el desarrollo de un proceso psicoterapéutico: solicitar el relato de la historia del niño, brindar orientación sobre el manejo de las conductas sintomáticas del niño, esclarecimiento sobre las problemáticas y el lugar que los padres ocupan en esta, y coordinar la intervención con otros profesionales que atienden al niño.

Ha sido señalado (Gómez Arango, 2006; Lisondo, 2001) que si las emociones de los padres no son contenidas, pueden ser un obstáculo para el tratamiento, incidiendo en el estado anímico del niño y el vínculo que establecen niño y padres con el terapeuta resulta teñido de disconformidad, rivalidad y desinterés por el proceso.

Janin (2005) propone que la inclusión de los padres en el tratamiento del niño se dé en función del tiempo en que se halla el niño, no será igual si es un infante o un púber, pero en general considera a los padres como extensión del psiquismo del niño por lo que de una u otra forma, estarán involucrados en la psicoterapia del hijo.

El acuerdo en darles un lugar a los padres desde el inicio del proceso de consulta por un hijo, responde a una preocupación que es común, la posibilidad de que los padres interrumpan el tratamiento del hijo.

En Brasil, Deakin Kuhn y Tiellet (2009) han llevado a cabo recientes investigaciones para discernir las causas del abandono de la psicoterapia psicoanalítica con niños. En la revisión de literatura que las autoras realizaron, señalan como motivos para el abandono de la psicoterapia de niños:

- a. la percepción del niño o la familia que el tratamiento no es relevante,
- b. una alianza frágil con el niño o su familia,
- c. problemas económicos,
- d. alto nivel de estrés y disfunción familiar.

Es así que ellas destacan la importancia de la alianza terapéutica con los padres a través de su participación activa. En el punto a y b, la concepción que la familia tiene acerca del tratamiento y por lo tanto la alianza terapéutica que establece inciden fuertemente en el abandono de la psicoterapia del niño.

Ríos y Gomes (2011) proponen ante la solicitud de atención para un niño, realizar un abordaje familiar, particularmente centrado en la psicoterapia psicoanalítica de la pareja parental y alcanzar la remisión de los síntomas del niño a partir de esta intervención. Han investigado estos procesos con el seguimiento de parejas que estuvieron en psicoterapia, afirmando los efectos positivos en el niño. La propuesta planteada a los padres hace necesario un pasaje de la demanda centrada en el niño a una demanda de profundizar en las problemáticas familiares y en especial del matrimonio. Afirman que hay interrelación entre el síntoma del hijo y la dinámica familiar, destacan en ella, el vínculo de pareja de los padres con la sintomatología del niño.

Para los autores, en algunos casos sería suficiente con la implementación de la psicoterapia de pareja para eliminar el síntoma en el niño. Coinciden con lo que Montecchchio promulgaba como indicación. Las autoras comienzan evaluando al niño, luego del diagnóstico deciden la forma de intervención; si lo que se llevó a cabo fue la psicoterapia de los padres se re-evalúa al niño al finalizar.

Un factor determinante para decidir cómo intervenir es el análisis de las entrevistas preliminares, si allí ya se hacen presentes quejas por las dificultades de pareja, directamente intentan convencer a los padres que trabajar con ellos es la opción a tomar.

Las opciones técnicas de trabajo con los padres que han sido comentadas se sostienen en concepciones diversas: nociones de síntoma en el niño y del peso de los padres en el mantenimiento de este, ideas diferentes acerca de la estructuración del psiquismo, modelos donde prima lo endógeno o intersubjetivo, y concepciones sobre cómo guiar la cura con niños.

Incluir o no a los padres en el tratamiento de un niño, trabajar con la familia, realizar entrevistas de binomio, son opciones efecto de una metapsicología implícita en nuestros actos clínicos que pone en marcha el dispositivo con el cual nos proponemos el conocimiento y abordaje del objeto en cuya transformación estamos implicados (Bleichmar, 2001, p. 81).

Silvia Bleichmar (2001) especifica de esta forma cómo una de las particularidades del psicoanálisis con niños es el hecho de no poder normalizar dicha práctica y el respecto de la multiplicidad de enfoques sobre el lugar de los padres en la psicoterapia de sus hijos.

Los movimientos de apertura

Quien pretenda aprender por los libros el noble juego del ajedrez, pronto advertirá que solo las aperturas y los finales consienten una exposición sistemática y exhaustiva, en tanto que la rehúsa la infinita variedad de las movidas que siguen a las de apertura. Únicamente el ahincado estudio de partidas en que se midieron grandes maestros puede colmar las lagunas de la enseñanza. A parecidas limitaciones están sujetas las reglas que uno pueda dar para el ejercicio del tratamiento psicoanalítico (Freud, [1916] 1993, p. 125).

Cuando intenta dar unas reglas para la iniciación del tratamiento, Freud advierte que dada la riqueza de los procesos psíquicos, sería impensada una mecanización del proceso psicoanalítico en manos del analista, pero sí plantea un método general para la conducción del tratamiento. Este método delimita las primeras entrevistas como fundamentales para enmarcar la psicoterapia dentro de parámetros fijos. Ese conjunto de parámetros en ocasiones es llamado encuadre o contrato de trabajo, e incluye el acuerdo sobre los horarios y honorarios, pero también cómo se espera que actúe el paciente (regla de la asociación libre) y cómo actuará el analista (atención parejamente flotante).

El psicoanalista francés Avrane (2004) sostiene que: «La meta de las primeras entrevistas consiste en decidir si es factible o no un análisis con un psicoanalista determinado, sin garantías a priori» (p. 35).

Piera Aulagnier destacó la importancia de ese tiempo inaugural dado que, a diferencia de un abordaje psiquiátrico del paciente, la práctica clínica psicoanalítica ha enseñado que los síntomas ocupan un primer plano en el comienzo del tratamiento, pero es ardua la tarea de develar lo que se oculta tras esta presentación sintomática. Señala los riesgos que implica eso no develado a lo largo de un proceso analítico, que debe ser mensurado para comenzar un análisis y afirma que la consideración de ese factor justifica: «la importancia que la mayoría de los analistas conceden, *con razón*, a esas entrevistas preliminares en las que esperan encontrar los elementos que les permitan establecer un «diagnóstico» (1986, p. 170).

La importancia de las primeras entrevistas está dada para la autora por la decisión que debe tomar el analista de cómo encaminar los movimientos de apertura, reduciendo las resistencias, es decir anticipándose a la relación transferencial que comienza a establecerse. Para captar el componente de la transferencia, se centra en la cualidad de los afectos que surgen inicialmente, tanto en los pacientes como en el analista. Se cuestiona si realmente ese movimiento hacia el futuro es posible, reconociendo que en ocasiones, será mínimo lo que se pueda vislumbrar.

Entiendo que se puede trasladar esta aseveración al trabajo inicial con padres, al centrar la apertura del proceso en la transferencia que comienza a expresarse a través de los sentimientos presentes, la relación al saber —sus expectativas hacia el analista y las explicaciones que ellos dan a lo que ocurre.

Ortigués (1987) propone pasar la dirección de esas entrevistas a:

los consultantes que serían quienes vayan determinando cuánto quieren hablar, hasta dónde llegar y si es necesario o no, si es momento o no de iniciar una psicoterapia. La posibilidad de un proceso analítico depende, al parecer, de la forma en que fue tomada la decisión y de la situación que promueven nuestras palabras al acoger la demanda del consultante (Ortigués, 1987, p. 15).

Desaconseja que padres y niño queden atrapados en un tratamiento que no han decidido iniciar, sin desglosar previamente, las demandas en juego. Sostiene que esta es la situación que se repite en ciertos circuitos institucionales, donde la demanda viene de otros y las entrevistas preliminares no dan tiempo al análisis

del nivel de sufrimiento que, según Ortigués, está presente en la consulta. En este tiempo inaugural insiste en respetar la decisión del niño, incluso aunque sea la negativa a iniciar el tratamiento.

Es necesario respetar la imposibilidad de los consultantes de percibir las cosas de otra forma. Precipitar cambios forzando preguntas incisivas o aconsejando es un riesgo que no debe asumirse. Solo un período de entrevistas iniciales prolongado permitirá evaluar si los consultantes intuyen los movimientos que pueden producirse en toda la familia.

Acuerdo con la idea de que evaluar si los padres podrán encontrar otras formas de ubicarse ante el niño es un elemento inherente a las primeras entrevistas.

Cuando en estas, los padres recurren a diversos registros para dar cuenta de lo que sucede, realizan conexiones entre hechos, integran pasado y presente, hablan de las emociones, las condiciones estarían dadas para comenzar un proceso analítico viable.

Detectar la presencia de estos registros en las entrevistas con los padres es, como señala Ortigués, diagnosticar las modalidades vinculares de esa familia y las posibilidades que tienen de movilizar los lugares de cada uno de sus integrantes, dado que la consulta por uno de los miembros de la familia genera movimientos afectivos en todos.

¿Por qué se dice justamente que la primera entrevista es particularmente importante? Porque a posteriori, a menudo nos percatamos de que lo esencial de lo que se desarrolló en la cura ya estaba ahí, enunciado o mostrado de entrada [...] No hay entrevista sin transferencias, es decir, sin desplazamientos múltiples, no solo sobre la persona del analista, sino también sobre miembros de la familia (Ortigués, 1987, p. 32).

Una instalación correcta de la cura se basará en no indicar a modo de prescripción médica un tratamiento, dar tiempo a que los padres desplieguen la demanda inicial requerirá, para Ortigués, el acuerdo de cada uno de los padres, a la vez que considerar la demanda del niño y respetar su decisión aún si se niega a comenzar el tratamiento.

Acordar con ambos padres, no siempre es posible. Sabemos que en tiempos de *La familia en desorden* (Roudinesco, 2003) las formaciones familiares admiten otras presentaciones: puede consultar una abuela o hermano mayor que tiene a su cargo al niño, una madre sola que desconoce la ubicación del padre, una madre adolescente que concurre con su propia madre o un referente de la institución que tiene al niño a su cargo. Por supuesto, esto no contradice la idea de conectarse con los padres del niño, si estos están disponibles. Ortigués insiste en no desconocer en los hechos una parte del linaje familiar y de la herencia simbólica del niño.

El marco transferencial de las entrevistas iniciales puede facilitar muchas veces verdaderas transformaciones aun en ese tiempo anterior a la decisión de iniciar una psicoterapia.

Muchas veces los tiempos institucionales llevan a establecer formas prefijadas de realizar las entrevistas iniciales. Estos formatos fijos pueden no dar tiempo a la profundización en el pedido de ayuda que los padres formulan, siendo asimilado rápidamente a la demanda. La demanda implica otra complejidad, y en general se trata de no responder a ella para permitir que al irse desplegando se pueda acceder al revés que toda demanda manifiesta transporta.

El revés de la demanda, como se verá en otro apartado, remite a los aspectos resistenciales de los padres, aspectos que deben ser tenidos en cuenta al inicio del proceso analítico. Si los tiempos están limitados, se apuran procesos de despliegue de la demanda, y las consecuencias de su cara oculta (el revés) podrán entorpecer el proceso psicoterapéutico.

Del pedido inicial a la demanda de análisis es necesario un trabajo sobre la transferencia parental, y construir junto al terapeuta una alianza terapéutica.

El tiempo inicial de las primeras entrevistas es aquel donde se establece la alianza terapéutica, la misma según Meissner (2007) es indispensable para todas las formas de psicoterapia incluido el análisis con niños. El autor recuerda que es importante discriminar la alianza terapéutica de los procesos transferenciales caracterizados por la reedición de afectos y relaciones significativas en el vínculo con el terapeuta.

La alianza se constituye en este vínculo nuevo, y concierne específicamente al proceso de facilitar el trabajo analítico, determinando la función del analista y el rol del paciente para el avance del proceso psicoterapéutico.

Dio Bleichmar (2005) recuerda que el concepto de alianza terapéutica fue formulado por Zetzel en 1956 y retomado por Greenson en 1965, y designaría:

La parte de la transferencia del paciente que no es usada como formación de compromiso, sino como sostén del trabajo analítico, el acuerdo para entrar en una nueva clase de experiencia con aspectos emocionales, imaginarios y simbólicos, obteniendo un atisbo del funcionamiento mental diferente que incluye la posibilidad y la esperanza de entender los síntomas y el sufrimiento [...] en el caso de los padres, con los aspectos conscientes, racionales y colaboradores con la tarea (Dio Bleichmar, 2005, p. 425).

Ella aclara que para construir la alianza terapéutica con los padres, no es suficiente con escuchar, sino que es necesario entender sus ansiedades y ayudarlos a desarrollar las capacidades de parentalización, ambos procesos permitirían acordar un proyecto de trabajo conjunto. Este proyecto de trabajo en conjunto es resultado de la alianza terapéutica y se construye, según la autora, desde la primera entrevista con los padres.

Para Dio Bleichmar (2005) la importancia de las entrevistas iniciales está dada por la construcción de un proyecto de trabajo en acuerdo con los padres, para Marisa Punta Rodulfo (2005) lo trascendente de los primeros encuentros es confeccionar un diagnóstico, que entienda fundamental en la clínica con niños.

En este punto es posible preguntarse: el diagnóstico a realizar ¿es un diagnóstico centrado en el niño que intenta definir tipo de estructura psicopatológica

o ubicarlo en una clasificación psiquiátrica? El diagnóstico ¿también incluye la posición de los padres ante el síntoma del niño?

Toma en cuenta la decisión de los adultos pero siempre luego de que estos han sido informados y pueden decidir si iniciar el tratamiento sabiendo claramente las dificultades que el niño presenta. El diagnóstico hace a las condiciones del sufrimiento actual del niño y no a un rótulo que cercena la multiplicidad de otros aspectos de la subjetividad de ese niño.

Las variables a tener en cuenta en los primeros encuentros, según Punta Rodulfo, incluyen: la forma que tendrá el psicoterapeuta de escuchar a los padres según su propio modelo de intervención y de cura; la responsabilidad al deslindar problemáticas de tipo psicopatológico y la importancia de indagar el por qué de la actualidad de la consulta cuando el síntoma data de un tiempo anterior.

Es fundamental deslindar si el síntoma del niño es intrapsíquico, lo que daría la idea de una estructura en construcción, atravesada por la represión primaria.

La evaluación a realizar abarca necesariamente la tarea de sopesar el peso del dinamismo familiar en la determinación y mantenimiento del síntoma. Esto mismo supone que quizás no se decida atender al niño y por eso Punta Rodulfo otorga al psicoterapeuta la potestad, al menos si no de decidir, sí de argumentar si es necesario un tratamiento o no. Esta toma de posición, aclara, la hace oponerse al planteo de Ortigués (1987) que respeta siempre la decisión del niño respecto a la iniciación del tratamiento, aunque sea negativa.

La posición del analista en ese momento distará de la de quien adosa al niño una nominación en términos de trastorno, la postura psicoanalítica, respetuosa de la singularidad, choca con el diagnóstico entendido en términos de clasificaciones universales, en las que, se encasillan sujetos atravesados por su historia personal y familiar únicas.

En la actualidad son varios los cuestionamientos que se realizan a la patologización de la infancia y la medicalización que acarrea (Janin, 2004; Untoglich, 2000, 2011; Muniz, 2013; Cristóforo, Delgado, Valazza y Pou, 2013).

Iriart e Iglesias Ríos (2012) alertan sobre las nuevas formas de control de la subjetividad. Los saberes especializados, a través de los medios de comunicación y embebidos del ímpetu que les dan los capitales farmacéuticos, promulgan una cultura de la biomedicalización donde estar sano es un mandato social. Se brinda a la población información sobre enfermedades y se apuesta al autocontrol y vigilancia, paralelamente a proponer terapéuticas exclusivamente centradas en el fármaco soluciona la dificultad que ahora es percibida como disfunción biológica. En el caso de los niños se espera de estos una forma de ser apacible, una capacidad de atención inalterable y un rendimiento escolar óptimo.

La biomedicalización del sufrimiento infantil facilita el encubrimiento de los profundos cambios socioeconómicos, políticos, e ideológico/culturales que han transformado radicalmente nuestras sociedades en las últimas décadas. Como sociedad, deberíamos preguntarnos si las conductas disruptivas y antisociales de algunos niños no están alertando de un malestar con una forma de producción

y reproducción de sociedades donde, por un lado se les ofrece más posibilidades tecnológicas y educativas, pero por otro se los aliena desde muy pequeños de lo lúdico, lo solidario y lo afectivo (Iriart y Iglesias Ríos, 2012, p. 1020).

Percibir el sufrimiento del niño por quien se consulta e ir construyendo con los padres una comprensión mucho más global de lo que le ocurre a su hijo, sin que la única referencia sea a una dificultad neuronal. Es incluir como causalidad el impacto que producen los modos sociales de producción de subjetividad en todos nosotros.

Al situar los primeros encuentros con su paciente Philippe, enmarcando su trabajo con psicóticos, Piera Aulagnier (1986) señala que:

La presencia de los padres en esos encuentros persigue además un segundo objetivo. La escucha que se les propone, el interés que perciben hacen que en ciertos casos, si bien es cierto que son los menos, una limitada cantidad de entrevistas les permitan no desde luego modificar en lo esencial su relación con el hijo, pero sí hacerles entender el papel que desempeña un real sufrimiento psíquico allí donde solo veían la manifestación de una agresividad, de un deseo de angustiarlos [...] creo posible en otros casos, llevarlos si no a que superen, al menos pongan en duda su convicción sobre el carácter orgánico, hereditario y por lo tanto eterno de la patología de su hijo o hija. Sucede también que en el curso de esas entrevistas un acontecimiento acuda de repente a la memoria de los padres [...] permitir, siquiera por un instante, que una verdad circule por su recíproca relación afectiva (1984, pp. 53-54).

Ayudar a los padres a percibir el dolor presente en el hijo, es también correr el eje de la idea de cierta intención de agredirlos con sus conductas y limitar la proyección negativa a futuro, que siempre está presente cuando se etiqueta a alguien con una patología. El trastorno es un destino para toda la vida.

En tanto lo preliminar supone los movimientos previos a un tratamiento psicoanalítico, de forma más o menos explícita, los padres pueden pasar de la solicitud de recetas (cual prescripción médica) o consejos, a incursionar en qué le ocurre al hijo en función de la situación familiar y en algunos casos, abordar la historia de cada uno de los padres o ambos (Blinder, Knobel y Siquier, 2008, p. 208).

El terapeuta puede ir realizando intervenciones, lo que se suma a la novedad que significa para los padres relatar, en general por primera vez, la historia del hijo.

Janin (2005) da por sentado que el analista puede ir realizando señalamientos desde el inicio, ya que, junto al hecho de que los padres se escuchen a sí mismos, constituyen movimientos necesarios e inherentes a ese proceso de apertura, inaugurando lo psicoanalítico.

El relato que construyen habilita al analista a ir develando las vías identificatorias que marcaron la vida de ese niño, y los deseos que ha inundado el vínculo.

Historizar no es algo dado, algunos padres cuentan con la capacidad de hacerlo pero otros no. Los tiempos se anudan, pasado y presente, historizar y proyectar futuro están enlazados. El tiempo de las primeras entrevistas será también, tal como comenta Janin (2005) un momento para reencontrarse con sus propias historias.

Los formatos de recepción de la consulta varían; lo común ha sido entrevistar primero a los padres, y luego al niño, evitando así que el niño escuche lo que sus padres dicen de él. Cuando el primer acercamiento es a través de un llamado telefónico, Dio Bleichmar (2005) propone considerar algunos datos antes de decidir quién debe concurrir: quién los ha derivado, quién pide la consulta, la edad del niño y un acercamiento al motivo de consulta.

El relato parental en esos primeros encuentros abren la vía de acceso a las representaciones y afectos que circulan en el vínculo con el hijo, por lo que las primeras entrevistas, deberían aportarnos según Dio Bleichmar información sobre las características de ese vínculo. Pero, la atención del terapeuta necesita centrarse paralelamente en confirmar si los padres son capaces de ligar diversos sucesos que han ocurrido en la familia con la problemática que se presenta en el niño, es decir deslindar la capacidad reflexiva. El analista la debe inferir, al encontrarse en el relato parental con coincidencias temporales entre determinados hechos familiares y la ocurrencia de algún cambio en el niño.

Es importante, comenzar el proceso psicoterapéutico habiendo develado algunas de estas incógnitas, que hacen a la presentación parental: transferencia, demanda, generalidades de la historia del vínculo con el hijo, capacidad de reflexión y de parentalización en un tiempo inaugural. Esto permitirá situar los objetivos del tratamiento que apostará a fortalecer a los padres como terapeutas de sus propios hijos. Este enfoque, es radical en tanto propone desde el inicio colocar a los padres en el lugar de especialistas. Dicho lugar, nombrado así por Gutfriend (2005) es ajeno al saber disciplinar y especializado sobre la infancia.

La particularidad de la escucha desde un marco psicoanalítico abre la vía a un inicio diferente a aquel en que, el profesional, situado como especialista, no da lugar a la palabra de los padres.

Se interroga Dio Bleichmar: «¿Cuál es la expectativa consciente y el fantasma inconsciente de una pareja de padres que pide una consulta por un hijo con problemas?» (2005, p. 424). La respuesta esta estrechamente ligada a la transferencia y a la formulación de la demanda en los primeros encuentros.

Transferencias y demandas múltiples

Un análisis de niños comienza siempre por la transferencia que los padres instauran con el analista. Él es el portador de un supuesto saber a quien los padres consultan, y es al que los padres presentan un enigma (Sigal, 2001, p. 155).

En 1895, en *Estudios sobre la histeria*, Freud ya había mencionado la noción de transferencia, y luego en 1905, en el caso Dora vuelve a retomarla. En *Sobre la dinámica de la transferencia* de 1912 y *Puntualizaciones sobre el amor de transferencia* de 1915, textos que abordaron las llamadas cuestiones técnicas, profundiza directamente este concepto, tomando especialmente en cuenta las dificultades que puede precipitar el manejo de la misma. En el contexto de la desilusión recibida con la relación de su amigo Jung (el esperado heredero del psicoanálisis) y una de sus pacientes —psicoanalista luego—, estos textos intentaban regular la práctica clínica.

El creador del psicoanálisis advertía que la transferencia se presenta en la cura ocupando en ella un lugar central, si bien es una condición general que trasciende el tratamiento.

Todo ser humano, por efecto conjugado de sus disposiciones innatas y de los influjos que recibe en su infancia, adquiere una especificidad determinada para el ejercicio de su vida amorosa, o sea, para las condiciones de amor que establecerá y las pulsiones que satisfará, así como para las metas que habrá de fijarse. Esto da por resultado, digamos así, un clisé (o también varios) que se repite ([1912] 1993, p. 97).

Las pulsiones, concebidas por Freud como fuerzas psíquicas que pivotan entre cuerpo y mente, regulan la vida del ser humano. Si las mociones libidinales (expresión de la pulsión sexual) no han hallado el despliegue necesario, han sido relegadas en su satisfacción, pueden colocarse como una nueva expectativa de satisfacción sobre la persona del analista; proceso que no solo se da en el registro de lo consciente. La transferencia en tanto repetición de modelos anteriores permitirá recordar y reelaborar lo vivido, por lo tanto será un instrumento útil al proceso de cura. Será obstáculo cuando centre su interés en los asuntos del analista o cuando la cualidad de sus afectos sea de un tenor negativo para la terapia psicoanalítica.

Cuando la cualidad predominante de la transferencia es la de sentimientos de tipo tierno y suponen el desvío de la meta sexual, se establece una transferencia positiva.

Cuando lo hostil es lo predominante en la relación, o cuando las mociones tiernas se vuelven de tinte erótico, la transferencia se vuelve obstáculo y actúa como resistencia al avance de la cura. Estas resistencias en el análisis con niños ¿cómo son manifestadas?

Es un punto de acuerdo entre los psicoanalistas, que los padres establecen desde el inicio de la consulta una relación transferencial con el terapeuta (Sigal, 2001; Flesler, 2007; Rocha, 2004) y es parte de este fenómeno convertirse en resistencia.

Cuando situamos una de las especificidades de la clínica psicoanalítica con niños en la presencia de los padres, incluimos como efecto de esta particularidad la existencia de la transferencia de los padres. Es necesario deslindar cómo se presenta este aspecto de la consulta desde el inicio, incluso desde la toma de decisión de consultar, para poder anticiparnos a los movimientos resistenciales que puedan darse. Entiendo que desglosar las expectativas que expresan junto con la forma en que fue tomada la decisión de consultar puede aportar a la comprensión de cómo se viene gestando la transferencia desde el inicio de la consulta. Cómo están desplegando la demanda y avizorar, en parte, qué tan dispuestos están a realizar modificaciones en la dinámica familiar y el vínculo con su hijo. Desde los primeros encuentros los aspectos resistenciales pueden emerger bajo la forma de establecer una actitud hostil hacia el terapeuta como también aceptar o esperar pasivamente una solución, que mágicamente los libre del problema por el que consultan.

Para el establecimiento de la alianza terapéutica (Dio Bleichmar, 2005) es fundamental detectar la transferencia parental, producir un espacio de colaboración mutua y explorar qué tan dispuestos llegan para involucrarse en el proceso.

El niño inmerso en un ambiente de dependencia afectiva y vital toma muy en consideración la opinión de sus padres respecto del tratamiento. Desconocer este hecho, sería negar la importancia del lugar de los padres ante el desamparo infantil y los efectos que su discurso tiene como fundador del psiquismo del niño. Esas opiniones o actitudes ante el tratamiento se trasladarán de alguna forma a la transferencia del niño hacia el terapeuta.

Si el analista niega o desconoce la interferencia de estos aspectos transferenciales de los padres, sobre la transferencia del niño y sobre las condiciones básicas del proceso estaría excluyendo valiosos aspectos inherentes a la psicoterapia que son potencialmente peligrosos para su continuidad.

¿Cómo se utiliza y se interviene en torno a la transferencia parental? ¿Se explicita o se tiene en cuenta para salir a su encuentro y evitar que se convierta en obstáculo? La comprensión de la problemática parento-filial como encuentros y desencuentros entre los sistemas motivacionales de unos y otros nos permite detectar cuáles son las ansiedades de los padres y tenerlas en cuenta para darles un lugar en el proceso terapéutico. Si la escucha los incluye, las actitudes de intromisión, manipulación, ataques al vínculo, como expresión de transferencias parentales obstruccionistas pueden ser contempladas desde la perspectiva parental como conflictos que tienen razón de ser. Cambiar el foco del niño a la relación en el proceso terapéutico incluye tener en cuenta e intervenir sobre la transferencia parental es parte del proceso (Dio Bleichmar, 2005, p. 460).

Al abordar la tarea tomando como objeto de estudio la relación tal como lo hace Dio Bleichmar, podríamos suponer que existiría una concepción de

transferencia única, producto de la confluencia de aspectos transferenciales de los integrantes de esa relación. Pero la autora sitúa claramente una transferencia parental, y enumera sentimientos que han sido situados como básicos en el vínculo con el terapeuta de un hijo (intromisión, manipulación, ataques). Los espacios diferenciados para cada uno de los integrantes de la relación, y la singularidad de cada uno de los integrantes (padre, madre, hijo e incluso hermanos) operarían como multiplicador de transferencias. Lo múltiple en una primera aseveración remitiría a la triangulación básica que caracteriza desde el inicio la consulta y psicoterapia de un niño: padres, niño y analista.

Si bien, lo múltiple, trascendería la simple confirmación de la presencia de varias personas, parecería difícil separar este hecho de un planteo numérico.

En un trabajo clásico, Myrta Casas, Aída Fernández, Mercedes Freire, Daniel Gil, Vida Maberino, Gloria Mieres e Isabel Plose, publicado en la *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, intentan dar cuenta, de la particularidad de la transferencia en el trabajo analítico con niños.

Expresan: «Dar palabras al discurso familiar es poder decir lo que cada cual representa para el otro [...] denominamos *transferencia central* (T) la que se realiza hacia el analista, siendo las restantes *transferencias laterales* (t)» (1979).

De acuerdo a su propuesta de clasificación, la transferencia de los padres y la del niño, en tanto dirigidas directamente al analista serían transferencia central (T) y lo que se dice del proceso psicoterapéutico entre ellos, y hacia o desde otras personas significativas habría que nombrarlo como transferencias laterales (t).

Sabemos que en general se amplía el espectro de participación a otras personas en la vida del niño, las que entran a producir parte del discurso sobre la psicoterapia, el discurso se vuelve colectivo y pueden establecer transferencias laterales. Es fácil enumerar prontamente a otros integrantes de la familia, docentes, médicos y otros profesionales de la salud.

Es así que más allá de la relación padres e hijo, en este terreno nos encontramos con transferencias múltiples.

La llegada de los padres a consulta puede ser efecto de una exigencia de la institución educativa. Los padres pueden ser enviados por un pediatra que ha notado conductas que le preocupan y considera adecuado una consulta psicológica o sugiere una psicoterapia. Pueden ser enviados por un neuropediatra o psiquiatra. El niño puede estar realizando un tratamiento psicomotriz, psico pedagógico o fonológico y los profesionales introducen la idea de la importancia de abordar los aspectos psicológicos.

Estas son algunas de las situaciones posibles que pre-configuran el campo transferencia, por lo que es menester sopesar la influencia de esos otros que, con su indicación o exigencia han impulsado la toma de decisión de consultar.

Dichos profesionales anticipan ciertos resultados del proceso psicoterapéutico, y realizan un seguimiento a través de los padres, incluso preguntando directamente al niño cómo está en el vínculo terapéutico. Pueden solicitar del psicoterapeuta informes, o pueden enviar los suyos. Su interferencia es variable, pero

tomando en cuenta el peso que puede tener en la opinión de los padres ¿pueden considerarse estos fenómenos como parte de la transferencia parental?

Así sea que consideremos que la influencia queda limitada a los progenitores, desconocer esas depositaciones puede acarrear consecuencias negativas para el tratamiento.

Landeira (2009), al referirse a las transferencias múltiples, aclara que más allá de la cantidad de individuos que consultan y qué lugar dan al síntoma como propio o situado en otro, es necesario deslindar cuáles son las diferentes demandas expresadas en las transferencias.

La transferencia analítica con mayúscula, solo es una, si a ella se la considera como una red. De no ser así, tenemos que hablar siempre de múltiples transferencias con relación a un mismo caso.

El concepto de *red transferencial*, no solo dice de la multiplicidad de sujetos involucrados, sino también al igual que sucede con las redes [...] cada uno de los lazos en su particularidad o cada una de estas transferencias tiene una acción sobre las otras, de modo tal, que hay un efecto que al desplazarse puede aparecer en otros lados de la red (p. 13).

¿La complejidad de las múltiples transferencias introduce obstáculos en el proceso o puede ser un aporte a la conducción del proceso mismo?

Partimos de la idea generalizada entre los psicoanalistas de niños, de que, la presencia de los padres y su interferencia en el tratamiento del hijo, es un eje central a trabajar.

Los otros actores que puedan interceder entre el niño y el analista o entre los padres y este, son secundarios a esa relación transferencial central.

Aznar (2009) se pregunta:

¿La intervención terapéutica en clínica con niños se ve distorsionada o facilitada por la doble transferencia que se produce al realizar intervenciones con los padres? Por otro lado, las intervenciones del terapeuta con los padres ¿tienen el carácter de intervención psicoterapéutica o solo podemos enmarcarlas en tareas psicoeducativas? (p. 292).

Introduce la cuestión de la intervención psicoterapéutica, que podemos entender implica un compromiso mayor hacia y de los padres que pueden conectarse con lo que le ocurre al hijo; lo psicoeducativo respondería más a sugerir conductas, pautas prefijadas de lo correcto o erróneo en la crianza.

Si bien se refería al análisis con adultos, en la Conferencia 27, Freud en su estilo dialógico expresa:

Están mal informados si suponen que consejo y guía en los asuntos de la vida sería una parte integrante de la influencia analítica. Al contrario, evitamos dentro de lo posible semejante papel de mentores; lo que más ansiamos es que el enfermo adopte sus decisiones en forma autónoma [...] solo en ciertas personas [...] nos vemos obligados a combinar la función del médico con la del educador ([1917] 1993, [...] p. 394).

De nada sirve en una primera entrevista, indicarles a los padres que el niño ya no puede dormir en la cama con ellos, que la higiene al momento de ir al baño ya puede hacerla solo, o que es necesario ponerle límites. El impedimento de efectuar aquello que sienten sería lo adecuado, puede estar sosteniendo la decisión de consultar. El efecto de lo inconsciente es colocarnos —desde lo más cotidiano como un olvido o acto fallido—, ante la sorpresa de lo que irrumpe o ante la insistencia del mismo obstáculo que no se puede vencer.

Intervenir allí a veces es develar lo obvio: la contradicción entre ese conocimiento de lo adecuado para el niño y la imposibilidad, vivida como enigma, de realizarlo.

Considerar que se establece una transferencia con los padres desde el inicio, habilitaría al analista a señalar este tipo de desfasajes.

Sigal (2001) plantea una interrogante: «¿es posible iniciar un análisis con niños si los padres no establecen transferencia o si no formulan su demanda?» (p. 155).

Coloca en el mismo nivel la transferencia y la demanda, las sitúa directamente como razón para decidir el tratamiento.

Desde el planteo de Alba Flesler (2007) los padres presentan una transferencia incluso cuando no formulan una demanda, predomina entonces la vertiente real de la transferencia.

No hay acto analítico sin considerar la transferencia. No se trata de manejar al paciente pero sí de manejar la palanca de la transferencia. [...] No podemos desconocer sin padecer consecuencias [...] la presentación transferencial de los padres, diferenciando si consultan, demandan o los mandan (Flesler, 2007, p. 5).

¿Cuáles serían las consecuencias de este desconocimiento?

Aznar (2009) plantea que la dinámica transferencial es lo central a desglosar, por la interferencia de los padres, y por los procesos contra-transferenciales difíciles de manejar.

Lo contra-transferencial puede estar dado por:

Contraidentificar con el niño, responsabilizando a los padres de los problemas y rivalizando con ellos, suscitando entonces las resistencias de estos. Por último, la consideración de que la relación con el analista es una reproducción transferencial de otros vínculos por parte del niño está desmentida por las evidencias clínicas que muestran que no todo se reproduce en el vínculo terapéutico, ya que la relación con el terapeuta es una relación también nueva (Aznar, 2009, p. 292).

Betty Garma, al abordar la dinámica transferencia-contratransferencia, plantea la incidencia de la propia infancia del analista a través de sus conflictos inconscientes no resueltos.

Esto sitúa el eje de la transferencia desde el analista, las dificultades dadas por sus puntos ciegos que se suman a la ya señalada dificultad de manejarse con transferencias múltiples.

Kancyper (1995) indica que la dependencia del hijo a sus padres es emocional, económica y social, por lo tanto señala que la presencia de los padres tendrá efectos en el niño en tanto paciente y en el analista. Para este, en el proceso analítico se resignifica su propio niño(interno) en la relación con los padres de su historia personal.

Al referirse al registro de lo afectivo, el autor especifica que a diferencia de la relación bipersonal del análisis de adultos, aquí deben ser consideradas: «la resonancia de las transferencias masivas de los padres sobre la transferencia del analizando-hijo como también sobre la contratransferencia del analista y de qué modo y en qué medida participan en las situaciones de atascamiento del proceso» (Kancyper, 1995, p. 6).

Lacan en el *Seminario 1*, aclara que: «la contra-transferencia no es sino la función del ego del analista, lo que denominaba la suma de los prejuicios del analista» ([1953] 1998, p. 43), por lo tanto al ser prejuicios se puede deducir que el analista no debe centrarse en ellos para dirigir la cura. Sin embargo, aun entendiendo que los efectos de la contratransferencia incluyen afectos que — como tales— pueden resultar engañosos, no niega su presencia en el análisis sino que, desestima precisamente la función que desde otras líneas se les otorga como mojones para orientarse. Es por esto que afirma: «Nunca dijimos que el analista jamás debe experimentar sentimientos frente a su paciente. Pero debe saber, no solo no ceder a ellos, ponerlos en su lugar, sino usarlos adecuadamente en su técnica» (1953, p. 57).

Si la transferencia es entendida como percepción de la presencia de sentimientos en el paciente y el analista, quedaría reducida a una relación imaginaria y no es allí donde se sitúa el avance de la cura, esta progresa por la palabra.

A pesar de que en este tiempo enuncia que la transferencia debe pensarse en los tres registros: imaginario, simbólico y real, tomar en cuenta los aspectos imaginarios de ella parece ser correrse del sendero correcto, ya que en lo analítico debería primar lo simbólico.

Definir la transferencia en términos de proyección o de relación de objeto es caer en el terreno de la psicología del ego, desviación del camino analítico señalada en distintas ocasiones por Lacan.

Es necesario descifrar las formas en que se expresa la transferencia de los padres en las primeras entrevistas, estar advertidos de los lugares en que nos colocan, al modo de una proyección imaginaria —asimilación a lo conocido y espejo en que buscan reconocerse—.

Deslindar esas «imágenes» de las que somos semblantes, permite no responder a ellas asumiendo esos lugares.

El uso de aspectos transferenciales (contratransferenciales) puede dar cuenta también de una posición de poder y abuso de la disimetría de la relación.

Una madre tiene casi siempre la sensación de que ella hubiera podido hacer más por su propio hijo. Recuerda todas aquellas ocasiones en que cometió errores respecto del niño, y se dirige al analista en demanda de ayuda, a fin de

que él pueda reparar los daños que ella produjo. Por estos caminos es posible generalmente ganarse a la madre, evitar que perturbe el análisis e incluso conseguir su colaboración durante el tratamiento (Burlingham, 1973, p. 674).

En este caso, la suposición de culpa en la madre, parece habilitar a la analista, a hacer uso de ella evitando que la madre se torne un obstáculo para el tratamiento, no se propone desarmar esa idea y aliviar el sufrimiento que puede estar presente en quien cree que ha dañado a su hijo. Si pensamos en términos de contratransferencia, a la culpa materna parece responder refrendando como cierta esa actitud materna y utilizando ese sentimiento en función de una supuesta estrategia técnica.

La dinámica de culpa y reparación puede representar una de las situaciones iniciales de consulta, por lo que es fundamental situar, el uso de la transferencia por parte del analista.

En el texto de Burlingham, la intención que prima es dejar al margen los sentimientos y anhelos maternos, ligando al análisis con la sugestión.

Kancyper explicita la idea de que el analista que trabaja con niños: «se halla más expuesto que el analista de adultos a perder las fronteras de su asimetría funcional como analista para diluirse en un plano de maternaje, paternaje o pedagógica actuación; condicionado además por las fantasías de depositación de funciones parentales» (1995, p. 7). Describe con ejemplos esta función de sustitución de funciones parentales como encaminar a un hijo en el estudio, la elección de una pareja, poner límites pues no hay padre presente.

Trabajar directamente con los padres agudizaría esos procesos contratransferenciales, ya que, estar en contacto con ellos: «evocará en nosotros pedazos de nuestra historia, imágenes de nuestra infancia, de los padres propios y ajenos, y también de los padres míticos y terroríficos» (Janin, 2005, p. 30).

Al realizar un breve recorrido de los aportes que diferentes autores han hecho a la comprensión del fenómeno contra-transferencial, Dio Bleichmar (2005) señala cómo se ha partido de una idea inicial de obstáculo al proceso de la cura, en tanto rompía con la idea de la neutralidad del analista, a proponer un mayor conocimiento de la contra-transferencia. La idea es utilizarla como instrumento diagnóstico y entenderla como producto de lo intersubjetivo.

Estamos atentos a los padres, pero advierte que:

Quizás no tanto ante nuestras propias reacciones ante tales conductas y ante la contratransferencia hacia ellos [...] ¿con quién nos identificamos con el niño o con los padres? Pensamos que esta es la principal consecuencia de la concepción de una terapia unificada entre padres e hijos y de un modelo en el que se trabaje en la unidad de la relación y no exclusivamente con la problemática infantil o adolescente. Trabajar desde la relación sortea el obstáculo inevitable de hacer alianza inconsciente con el niño y situar a los padres por fuera del tratamiento, ajenos al proceso de cambio (p. 465).

Lo múltiple de la transferencia puede describir también las figuras imaginarias en los cuales el analista es ubicado por los padres, repetición que lo

transferencial habilita y que es necesario ir desanudando. «Seremos ubicados como padres de ellos mismos, como atacantes externos, como modelos, como jueces y por momentos como el hijo. Repetirán con nosotros los deseos e ideales que juegan con su hijo» (Janin, 2005, p. 29).

Los personajes posibles: ¿juez, perseguidor, aliado?

El recurso a la metáfora del ambiente legal, donde el analista es un juez que tiene que tomar partido en una disputa, decidiendo sobre la veracidad de los hechos y la culpabilidad o inocencia de uno de los padres es utilizada también por varios autores.

El analista es aquel a quien se dirigen los padres y el niño, después de fracasos, sinsabores, claudicación y heridas narcisísticas. Es aquel en el que se puede confiar, pero también al que se puede utilizar como juez, fiscal o defensor, en un juicio en el que suelen atizarse viejas y nuevas querellas personales. Su difícil tarea será la de no dejarse aprisionar por estos límites y ayudarlos a articular su demanda (Blinder, Knobel y Siquier, 2008, p. 24).

Kahansky, Rodríguez Ponte y Silver (2005) abordan los posibles lugares que el analista puede ocupar, y proponen que ellos pueden estar fijados de antemano de acuerdo a dónde se solicitó la consulta, o cómo se ha realizado la derivación. La cercanía a lo médico, o a lo escolar puede inducir confusiones y la solicitud de intervención responder a la asimilación del psicoanalista con estos modelos, más conocidos desde lo social. Según las autoras, si los padres se sienten cuestionados como en tanto tales, la herida narcisista «que desencadena toda consulta por un hijo se ve agravada [...] provocando generalmente reacciones defensivas» (p. 54).

Es interesante destacar que ubican la herida narcisista como constante en «toda consulta», como el elemento que precipita la consulta; si bien es mencionado por otros autores (Blinder, Knobel y Siquier, 2008; Peusner, 2006) como un sentimiento frecuente, no adelantaría una generalización semejante.

Si son otros lo que ven una dificultad en el niño, y los padres al consultar cumplen con un mandato, no significa que vean la dificultad en el hijo, en ese caso ¿se produciría el desfasaje entre lo esperado y el hijo real, con la consecuente herida narcisista?

El lugar de juez nombrado por Blinder, Knobel y Siquier (2008) es una de las imágenes que aportan para describir qué depositaciones producen los padres, siendo en este caso, quien portaría el veredicto sobre quién ha fallado en la familia, o a quién designar como «culpable».

Este juego de roles puede relacionarse a otro en el que no se pide veredicto pero en el que se ubica al psicoterapeuta como testigo de una disputa de pareja, del relato de escenas detalladas para generar cierta reacción que recuerda a un funcionamiento de tipo perverso.

Otro posible lugar ligado donde es colocado aquel a quien se consulta, es del orden de lo religioso o mágico (curandero), el cual es parte del otorgamiento al analista de un poder casi milagroso que permitiría la pronta desaparición sintomática. Lo mágico toma el rostro de distintas figuras socialmente valoradas y alterna con los otros lugares adjudicados.

«Testigo de cargo, confidente, consejero, al psicoanalista también se lo vive como juez, perseguidor o salvador supremo» (Mannoni, 1988, p. 41). La polaridad de las adjudicaciones de lugares imaginados van desde esperar ser castigados hasta la salvación.

En este caso, cuando la solución se espera casi mágicamente, las expectativas muchas veces coinciden con la delegación del problema en otro que debe ocuparse del niño, negando desde el comienzo cualquier implicación.

Una afirmación de Matilde León mantiene toda su actualidad: «Con frecuencia se presentan casos de niños enviados a tratamiento, como expresión de desapego afectivo y para eludir responsabilidades implícitas en la maternidad o paternidad, con lo que pretenden delegar estas funciones en el terapeuta» (1969, p. 104).

La cultura actual ha promovido, tal como desarrollamos en otro apartado, la convicción de que hay muchos especialistas que pueden ocuparse de los hijos mejor que sus padres, es evidente el lugar que los institutos privados de enseñanza o incluso la promulgación de escuelas de tiempo completo promueven, en cuanto a brindar los conocimientos y habilidades que los padres no podrían otorgar.

Kahansky, Rodríguez Ponte y Silver, consideran que a pesar de la dificultad de algunas posiciones en las que se ubica al analista y simétricamente se ubican los padres, estas pueden variar:

En el transcurso de las primeras entrevistas, estos lugares se pueden ir modificando. Cuando se realiza la consulta y se sienten escuchados se da lugar a la formación de un vínculo con el analista, entonces pueden conectarse con lo que les pasa, con el sufrimiento presente en ellos. Es así como luego, a su vez, podrán escuchar (2005, p. 54).

Cómo se sitúa el analista frente a las depositaciones de los padres será parte de la posibilidad de los padres de modificar esos lugares imaginarios, hace a la tarea del analista el manejo de la transferencia en tanto esta es un desplazamiento de significantes y producción de sentidos. Manejar la transferencia no es manejar a los padres sino potenciar nuevos significados.

La tarea propuesta es favorecer la reflexión y compromiso de los padres, por lo que una actitud de tipo psicoeducativa parece descartada desde el inicio, si asumimos el lugar de prescribir recetas nos colocamos en el lugar de especialista que intentamos resituar nuevamente en los padres. Así sostenemos la confusión de la tarea a realizar con la del médico, maestra o juez.

Suponer un saber

Lacan escribía en 1953 en *Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis*:

El sujeto cree que su verdad está en nosotros ya dada, que nosotros la conocemos por adelantado, y es igualmente por eso por lo que está abierto a nuestra intervención objetivante. Si no tiene que responder, por su parte, de ese error subjetivo que, confesado o no en su discurso, es inmanente al hecho de que entró en análisis, y de que ha cerrado su pacto inicial. Y no puede descuidarse la subjetividad de este momento, tanto menos cuanto que encontramos en él la razón de lo que podríamos llamar los efectos constituyentes de la transferencia ([1953] 1990, p. 296).

En 1966, agregó una nota a pie de página en la que aclara: «aquí se encuentra pues definido lo que hemos designado más tarde como el soporte de la transferencia: a saber, sobre el sujeto-supuesto-saber».

Esta dinámica transferencial que hace a una suposición de saber no es tanto un saber textual, docto, sino que refiere a la respuestas que el sujeto se hace y no logra responder.

Si bien la suposición de conocimiento es importante, considerando que deben presentarse las tres dimensiones de la transferencia, pueden según Landeira (2009) producirse falsos inicios de análisis, cuando el paciente creer saber las causas de lo que le pasa y el analista no está colocado en posición de sujeto supuesto saber.

La transferencia simbólica para Landeira (2009) implica del lado del analizante la falta en saber sobre la causa del síntoma, y que será transferida al analista.

Al trasladar este concepto al trabajo con niños, en especial a la transferencia de los padres, el riesgo es responder a esta posición de saber atribuida por ellos con la convicción de saber —de entrada— qué sucede con su hijo.

No es imponiendo modelos de crianza que se moverá el síntoma o se lograrán desplegar las ataduras fantasmáticas que ligan lo sintomático a la historia familiar.

Respecto del lugar atribuido al saber en el proceso analítico, Volnovich afirma:

La transferencia es expectativa confiada en el saber del otro. Es esa esperanza del analizando en que, con su saber, el analista pueda aliviarle el sufrimiento. Y es la esperanza del analista en que, hurgando en su ignorancia, buscando en su propia historia y sus propias ficciones, el analizando logre adueñarse de las representaciones y creencias que lo empujaron al dolor y al sufrimiento. Cada uno espera confiado en el otro y es por eso que la transferencia es recíproca (2000, p. 44).

Respecto del error inaugural que haría que el paciente nos atribuya su verdad, corresponde a un primer tiempo, que irá siendo sustituido por la ruta hacia la verdad a través de la palabra, y el reconocimiento de lo sorprendente de aquello que decimos sin saber que lo decimos.

Piera Aulagnier (1986) reconoce la fórmula lacaniana del sujeto supuesto saber como útil para entender la dinámica de la transferencia, ya que, en tanto el saber es supuesto al analista es develado como una ilusión. Es el analizando quien atribuye ese saber esperando al final del proceso analítico apropiarse de él, lo que lo haría poderoso sobre los deseos propios y ajenos.

Aunque pueda parecer una obviedad, al abordar la clínica con niños, la transferencia es pensada en términos de saber y se juega inicialmente con los padres, en la medida en que las primeras preguntas que el niño formula las presenta a sus padres, cuando dispone de una batería de significantes que le posibilita articularlas (Peusner, 2006).

Ya decía Freud que el niño nos interroga sobre la sexualidad y la muerte y expone sus teorías sexuales infantiles. Al convocar el saber de sus padres, obtiene respuestas que siempre dejan un hueco por el cual se cuelan indicios de lo que no se puede decir. No solo por la condición de comprensión atribuida al niño sino por las propias fallas de los adultos que no logran decir todo, pues esto es imposible; lo simbólico no cubre lo real.

Para Silvia Bleichmar, las preguntas que los niños dirigen a sus padres tienen una función estructurante del psiquismo (2001) y los temas que se reiteran son los del origen, en tanto remiten a la propia existencia, la sexualidad y la muerte, enigmas que hacen a lo humano.

Aun así los padres pueden sostenerse en ese lugar de saber en la medida que pueden educar al niño y nada de la subjetividad del niño parece dejarlos sin respuesta. Pero ¿qué ocurre cuando desfallecen con relación al saber?

Peusner responde:

Los padres caen del sujeto supuesto saber cuando transforman lo imposible de educar en una impotencia personal. [...] llamé a ese momento la «inconsistencia del saber», y lo propuse con un valor estructural. No es lo mismo tener claridad en lo referente a la inexistencia de una respuesta para esa pregunta, que creer que yo no la pude responder. O sea, la subjetivación de la impotencia es un indicador clínico valioso cuando está presente en las consultas de padres [...] nos vienen a ver a nosotros, es porque se supone que nosotros sabemos o tenemos idea de a qué lugar hay que ir para reacomodar la posición en la estructura (2006, p. 147).

¿Qué entendemos por imposibilidad de educar? Esa impotencia, ¿genera a los padres sufrimiento? ¿La atribución de saber puede centrarse en la expectativa de que el analista, logre educar al hijo?, ¿que logre frenar en él lo no educable?

Peusner (2001) desarrolla la idea de la impotencia para educar y lo imposible de educar en el artículo que reseña parte de su libro *El sufrimiento de los niños*: «en las entrevistas a padres, se analiza el sufrimiento que el niño representa para ellos y que fenoméricamente, los mismos hacen aparecer como su “impotencia” desconociendo la “imposibilidad” estructural que la tarea de educar supone» (p. 9).

Desde la posición de escucha, el riesgo del lado del analista es considerar que sí se sabe cómo educar e intentar instruir a los padres de acuerdo a lo que se entiende como lo correcto, tarea de índole represiva y ejercicio de poder deslizado por la suposición de saber que se le atribuye.

Sobre el ejercicio de poder presente en el acto analítico, advierte Volnovich (2000) que ese poder se funda en el saber del analista y que a la vez, este tiene prohibido ejercerlo.

La circulación del saber y la atribución del mismo puede implicar la atribución de poder a aquel se supone sabe lo que sucede. Si ese lugar es el otorgado al analista, en diferentes tiempos del proceso psicoterapéutico esa posición podrán variar: retomando por momentos los padres la convicción de haber hallado la causa del síntoma, y sucesivamente volviendo a no encontrar respuestas. Renovando la vacilación respecto del saber del analista, no por la duda respecto de su formación (universitaria por ejemplo), sino de su pericia para diagnosticar y llevar a cabo el tratamiento en este caso, específicamente respecto de su saber sobre el síntoma del hijo.

Para algunos padres el saber del analista sería el de un «adivinator». Peusner (2006) asegura que en oportunidades ellos consideran que el niño intencionalmente intenta perturbarlos, el síntoma se produciría contra ellos, y al suponer la existencia de un saber en el niño sienten que utiliza este saber como poder para «manipularlos».

Allí el saber se traslada al niño y la habilidad que se presupone al analista es la de recorrer los caminos que lo hagan revelarse, forzando al niño a decir qué sucede.

Alba Flesler (2007) describe las formas en que los padres abren el tiempo de la consulta y clasifica las formas en que los padres solicitan ayuda para sus hijos, tomando los conceptos de real, simbólico e imaginario. Señala que al consultar algunos padres son guiados por una pregunta, la necesidad de saber sobre el síntoma del hijo, este no es comprensible para ellos y desean «desentrañar el enigma» (p. 141). Esta posición es la que favorece la intervención, si consultan buscando saber, nos hallamos en la vertiente simbólica de la transferencia.

Otra posición de los padres es cuando llegan demandando pero no consultan, sitúa en este caso, el eje en el trastocamiento narcisista y la caída de la imagen, el niño ya no es quien creían y puede estar generando malestar por no adecuarse a lo que se espera de él. Esa adecuación es la que solicitan, sin formular grandes preguntas. En este caso la transferencia es situada en la vertiente imaginaria, ya que demandan un cambio, una restitución de su hijo imaginado.

Flesler destaca que en estos casos no hay búsqueda de saber, no hay predisposición a la interrogación.

Plantea una tercera opción, la más dificultosa para el análisis, que es aquella en la que los padres piden la consulta pues otros les han solicitado o impuesto que lo haga.

No consultan, no demandan: están molestos. Ellos jamás se hubieran acercado a un analista y, si lo hacen, es porque alguna instancia lo ha dirigido allí. Tal terceridad suele ser aquel que ha registrado la persistencia de algún goce parasitario que, sin duda, no causa malestar en los padres. Son otros entonces quienes se hacen eco ante lo silenciado de una voz que clama expresión,

generalmente haciendo ruido en el ámbito público: la escuela, la calle, el hospital, el juzgado (p. 143).

Esta última forma de presentación transferencial, donde los padres no consultan y no demandan sino que los mandan representa la vertiente real de la transferencia.

Tal como ella indica «cada una de las vertientes de la transferencia requiere de parte del analista distintas intervenciones» (2008, p. 5).

La autora señala que muchos padres, solo demandan un cambio urgente en las conductas del niño, y no pueden ligar a la historia de la familia o del niño lo que le sucede a este, describen la conducta que genera malestar y responsabilizan a otros: un docente, el padre o madre que abandonó. Dejan en evidencia su posición de ajenidad ante el síntoma del niño. Pero en tanto reconocen que algo debe cambiar, se puede suponer que existirá cierto interés de que se lleve a cabo una intervención, si bien habrá que intervenir favoreciendo la vía de interrogación propia.

Es cada vez más frecuente, que los padres lleguen a la consulta enviados por instituciones (educativas, médicas, de justicia); estos padres ni siquiera piden cambios, pues el goce que se expresa en el síntoma del hijo no los interroga, vienen porque los mandan.

Trabajar con esta vertiente real de la transferencia parece ser el mayor desafío para emprender un proceso psicoanalítico con el niño y su familia.

Diseñar formas de intervención adecuadas para cada una de las vertientes predominantes de la transferencia, desde las primeras entrevistas, es una tarea en construcción.

Para Ana María Sigal (2001) al trabajar con el sufrimiento humano estamos involucrados en el saber y el no saber, analista y paciente. En clínica con niños, los padres, y en ocasiones «el analista experimenta el sufrimiento que le impone su no saber, que significa reconocer los límites de su intervención, entrando en contacto con la castración» (p. 157).

María Elena Rocha (2004) expresa que es condición fundamental y preliminar para iniciar el análisis con un niño una caída en el saber de los padres, que pasan de concebirse como dueños de un saber absoluto sobre su hijo a demandar que se restituya a este como tal.

Para Schroeder (2001) los padres son soportes a la hora de «sostener la creencia en el saber y el poder del analista. Por supuesto que además va a importar, y mucho, el vínculo personal entre el niño y el analista, pero este debería ser sostenido por los progenitores» (p. 9).

Los sentimientos (in)esperados

En 1917, en la Conferencia 27^a. Freud aclara que desde el psicoanálisis se nombra transferencia a un fenómeno que «a regañadientes admitimos. Creemos que se trata de una transferencia de sentimientos sobre la persona del médico,

pues no nos parece que la situación de la cura avale el nacimiento de estos últimos» ([1917] 1993, p. 402). Describe los reclamos de amor, o el viraje hacia formas de la hostilidad, como parte esencial de la ambivalencia que caracteriza todo vínculo humano.

Dentro de la amplia gama de sentimientos que va desde ese amor que él señala y que toma a veces la forma de la ternura, hasta la franca hostilidad. Si, como se dijo, nos hallamos ante la transferencia de los padres, es de esperar que algunos matices dentro de esta gama de afectos se despliegue en la consultas.

Comenzamos planteando que en el vínculo transferencial con el analista, desde las primeras entrevistas se pueden producir sentimientos intensos en los padres, que responden a la relación que tienen con su hijo y los afectos que circulan en torno de él. Pero, también responden cómo fueron de niños y sus modelos de padres.

La complejidad de la transferencia desde los primeros encuentros incluye entonces aspectos de la historia de los padres con sus propios padres. Los padres, en tanto niños que fueron, pueden expresar sentimientos que son fruto de antiguos vínculos e historias personales. Aquello que causa dolor hoy puede vivirse como el retorno de lo mismo.

Se actualizan, en la consulta por un hijo, aquellas experiencias que antes vivieron en carne propia en tanto pueden sentir al hijo como una extensión de sí mismos, prolongación narcisista.

Con relación a las madres, en quien centra las reflexiones Burlingham, suma a las dificultades de aceptar que el análisis va más lejos que lo puramente sintomático, que es «natural que se sienta herida, criticada y mal interpretada»; señala la envidia por la atención que su hijo recibe y simultáneamente el malestar de que alguien pueda comprender mejor que ella lo que le sucede. La autora parece colocar a la madre en una posición de dependencia similar a la del hijo al señalar que podría rivalizar con el niño por el amor del analista (su atención).

Matilde León (1969) en su trabajo *Interferencias de los padres en el tratamiento de los niños* se interroga acerca de la conducta de padres que manifiestan su preocupación por los síntomas de sus hijos pero que, inconscientemente, actúan evitando que se produzcan cambios en el hijo. Comienza enumerando las dificultades que pueden producirse dado que el niño construye un vínculo con el terapeuta y la madre temerá que otro ocupe un lugar de mayor confianza y afecto que el que ella tiene con su hijo. El temor está en este caso enlazado a los celos anticipados y vividos luego que comienzan los encuentros con el niño.

La humillación de lo visible del síntoma del hijo surge con especial intensidad en aquellos padres cuya profesión se vincula al ámbito psicológico, y sentirse humillado es una manifestación de la herida narcisista. Para Matilde León, las dificultades del hijo son vividas como un fracaso de los padres desencadenando sentimientos persecutorios hacia el analista. Finalmente es interesante su intelección de las trabas que algunos padres oponen al tratamiento de sus hijos como resultado del deseo —inconsciente— de que no cambie la situación debido a su

necesidad de ocuparse del niño; son madres que necesitan ocuparse de otros, sufrir y lamentarse, con lo que presupone una necesidad de castigo presente en ellas. Ya en 1969, luego de su minuciosa descripción, la psicoanalista indicaba: «Un elemento muy importante a tener en cuenta para hacer un buen pronóstico del tratamiento es conocer los motivos profundos que impulsan a los padres a pedir tratamiento para su hijo» (p. 104).

En esas motivaciones ya se podrían dilucidar algunos sentimientos que caracterizarán el proceso luego de iniciado, la decisión de consultar está en el origen de las manifestaciones posteriores y por ello es necesario conocer estos procesos iniciales.

Betty Garma (1992) explica a través de varios ejemplos algunos de los sentimientos y conductas que ella ha encontrado en las madres de sus pacientes. En especial con niños pequeños la intrusión de las madres es esperable, la desconfianza y los celos serían una expresión típica de los sentimientos ante el análisis. Algunas de esas madres manifestaron características realmente paranoides en actitudes como escuchar detrás de la puerta la sesión del niño con el analista. Recién allí la psicoanalista decidió citarlas para darles oportunidad de expresar sus preguntas y quejas.

Schroeder (2001) al conceptualizar el lugar de los padres en el psicoanálisis de niños, luego de describir distintas opciones de inclusión o exclusión de los padres, destaca que es fundamental escuchar a los padres, pues necesitan ser contenidos en las manifestaciones de «dolor, rabia o desilusión» (p. 6) que puedan aparecer.

La culpa es un afecto presente que responde a la confirmación de las fallas presentes en la función como padres, a la sospecha de los propios conflictos en la relación que han establecido con el hijo. Un sentimiento de culpa por temer haber causado daño, también podría estar presente.

Una tarea del analista sería la de «desalentar el circuito culpabilizador [...] invertir a una madre o a un padre en su función [...] descubrir en su relación con su hijo posibilidades insospechadas de afecto y comprensión» (Schroeder, 2001, p. 9). Más que centrarnos en lo que ha fallado y hace sentir culpables a los padres, la tarea es sostenerlos en su función, ampliando sus capacidades respecto del hijo. Capacidades de parentalidad entendidas como la consideración del desamparo del niño y la tolerancia a lo que en él puede ser una dificultad, capacidad de comprender y escuchar.

Que los padres puedan sentirse angustiados o deprimidos, avergonzados o con miedo también ha sido expresado por Beatriz Janin (2005). Incluye el enojo como una reacción esperable cuando los padres son enviados por terceros a consulta. El malestar daría cuenta del uso de la desmentida como mecanismo defensivo que implica, por un lado registrar la idea que es rechazada por ser intolerable, en este caso, que el hijo presenta alguna dificultad. Por otro lado, a esa percepción se le opone una aseveración que la contradice, como podría ser que el niño está bien y el juicio de los terceros involucrados es errado. La insistencia

de quienes sugieren que se consulte provoca enojo, pues los enfrenta a eso una vez percibido pero negado.

Peusner (2006) define tres ideas centrales sobre las manifestaciones y significaciones que pueden presentarse en los padres al consultar por un hijo «lo imposible de educar, la inconsistencia del saber y el sufrimiento narcisista» (p. 149).

Blinder, Knobel y Siquier (2008) advierten cómo la influencia del imaginario social tiñe a la consulta de temor. Este temor estaría relacionado con la herida narcisista, pues la consulta hace efectiva la confrontación entre las imágenes de hijo real y añorado.

Lo temido lo vinculan con la eventualidad de ser culpados por el profesional que haría hincapié en las fallas que ellos puedan haber tenido.

Dolto juzgaba duramente a quienes no respetaban el lugar de los padres:

Es sorprendente oír decir a muchos psicoterapeutas de niños, no psicoanalistas de adultos: ¡Pobre niño, con una madre o un padre así! [...] Expresan una transferencia negativa masiva hacia los padres, lo que traduce su propia angustia de terapeuta, y por lo tanto su imposibilidad de trabajar con esa familia. [...] Las dificultades secundarias, psicológicas o caracteriales producidas en los padres por el tratamiento del niño, le incitarán, por otra parte, a pedir él mismo a su terapeuta que responda a la solicitud de entrevista de sus padres (1984, pp. 33-35).

Relacionaba los juicios apresurados y esas fallas en la conducción de la cura con dificultades del terapeuta, que necesitaría recurrir a otro para que se ocupase de los progenitores.

Dentro de los sentimientos que pueden producirse en los padres como corolario de la consulta y psicoterapia de un hijo, Gómez Arango (2006) enumera: «malestar, inconformidad, temor» (p. 110). En este listado, nuevamente, prima lo negativo.

Quizás, predomina el relato de los sentimientos negativos, dado que los autores se centran en lo que puede constituir un obstáculo al progreso del tratamiento.

Sería interesante interrogarse por la cualidad de otros sentimientos de tinte positivo como: la esperanza, la confianza en las capacidades propias y del hijo de salir adelante, las ansias de ser ayudado y poder apoyarse en alguien que los oriente, y la certeza de haber realizado lo correcto al consultar. Esta gama de sentimientos no ha sido mencionada por los psicoanalistas que nombran este primer tiempo como caracterizado por el malestar.

Varios autores señalan que es estrecha la relación entre transferencia y demanda.

Marie-Cecile y Edmond Ortigués (1987) anticipan: «La calidad de nuestra escucha y el inicio de una transferencia abren a los consultantes la posibilidad de modificar su demanda inicial». Dicho planteo nos impone la intención de deslindar: ¿qué es la demanda?, ¿cuáles serían las demandas que los padres presentan en las entrevistas iniciales?, ¿por qué deben ser modificadas?

El revés de la demanda

Desde distintas perspectivas del psicoanálisis, se anuncia que son varias las demandas presentes en la clínica psicoanalítica con niños (Abu y Zornig, 2001; Dio Bleichmar, 2005, Ortigués, 1987).

Al anunciar la caída de las notas ideales para el inicio de un análisis, Freud advierte las dificultades que pueden presentarse cuando un padre trae a su hijo a consulta. Sus palabras han sido profusamente citadas por los analistas de niños por la actualidad que mantienen:

Unos padres demandan que se cure a su hijo, que es neurótico e indócil. Por hijo sano entienden ellos uno que no ocasione dificultades a sus padres y no les provoque sino contento. El médico puede lograr, sí, el restablecimiento del hijo, pero tras la curación él emprende su propio camino más decididamente, y los padres quedan más insatisfechos que antes. En suma, no es indiferente que un individuo llegue al análisis por anhelo propio o lo haga porque otros lo llevaron; que él mismo desee cambiar o solo quieran ese cambio sus allegados, las personas que lo aman o de quienes debiera esperarse ese amor (Freud, [1920] 1993, p. 144).

Maud Mannoni (1988) asegura que desde la primera entrevista el analista está sometido a la demanda de los padres, y aunque luego de ese primer tiempo se sugiera o no la iniciación de un psicoanálisis, el riesgo es perder la dimensión psicoanalítica de ese primer encuentro. La especificidad de la escucha lleva a evitar responder con la misma urgencia con que los padres llegan demandando y trasponer el rol al de psiquiatra o psicopedagogo.

En las primeras entrevistas explicitarán, lo que han intentado hacer para modificar las dificultades del niño, y lo que esperan que el psicólogo haga durante el tratamiento. Estas expectativas, pueden manifestarse en forma explícita o implícita en el discurso, así se empieza a instalar la demanda. ¿Cómo entendemos la demanda en un proceso analítico con niños y sus padres? ¿La demanda se construye? o ¿está dada desde el inicio de las consultas?

Para Dio Bleichmar (2005) la demanda tiene características comunes, en general se consulta por el hijo, pero recibe con alegría la frecuencia cada vez mayor en que en los padres llegan directamente solicitando ayuda para ellos.

Lejos de ser esta la situación más frecuente, o de hallar una expresión manifiesta en todos los padres sobre su implicación en las problemáticas del hijo, la tarea inicial del analista será una evaluación diagnóstica de la situación en la que ellos serán incluidos. Es necesario deslindar qué función se espera que cumpla el psicoterapeuta. Esto es parte de acercarse a una comprensión de la transferencia parental y especialmente de las características de la demanda.

Para Silvia Abu y Jamra Zornig (2001) la demanda de los padres está atravesada por el registro del narcisismo. La ruptura de la continuidad narcisista entre las aspiraciones paternas y las realizaciones del niño producen sufrimiento psíquico en los padres, que consultan buscando reparar esa imagen ideal dañada. La demanda sería restaurar ese espejo en el cual se miran. Al mismo tiempo,

reparar la idea que ellos tienen respecto a cómo han cumplido la función de padres, las fallas también atañen al narcisismo.

La fusión entre la transferencia y la formulación de la demanda está dada por la actualización de modelos vinculares y de pedidos formulados a otros con anterioridad, los tiempos se funden y se revive como nuevo algo que fue pasado. Sin embargo, la brecha temporal es insalvable, las demandas se dirigen a otro que no es aquel de la infancia y quien demanda ya no es el mismo. «Las “demandas” transferenciales, por importante que sea en ellas la participación de lo infantil, que recuperan y preservan, llevan la marca del tiempo que separa al demandador actual del niño que fue» (Aulagnier, 1986, p. 180).

¿Esta veta de la demanda como renovación de lo infantil está presente en la demanda de los padres? Si aventuramos la hipótesis de que en algunos casos la confluencia del lugar de yo ideal del hijo sostenido en el propio narcisismo conlleva en los padres antiguas desilusiones infantiles, estas desilusiones ¿podrían ser trasladadas al analista en la consulta por un hijo e implicar la búsqueda de una reparación inconsciente de aquello que ellos como niños no tuvieron?

Freud ubicaba las fallas de la realización parental como motor del narcisismo redivivo en el hijo. Cuando el niño fracasa en sostener la ilusión narcisista de los padres, la demanda que estos presentan al psicoterapeuta se sostiene en su propia demanda infantil.

Aulagnier destaca que: «Lacan tenía toda la razón cuando escribía que no hay regresión, si no es la que se expresa por el retorno de demandas pretéritas» (1986, p. 180).

De acuerdo a la formulación de dicha noción de regresión y en la medida en que el narcisismo ubica al hijo —en general— en lugar de mediatizar demandas infantiles de los padres, la consulta por un hijo podría generar una regresión significativa en algunos padres, en quienes retomarían demandas del niño que fueron. La falla del hijo como dador de gratificaciones narcisistas, residuos de viejas aspiraciones infantiles, generaría el desplazamiento hacia el analista de esperanzas de satisfacciones denegadas.

Ortigués (1987) entiende que el tiempo de las entrevistas preliminares es el tiempo de analizar la demanda y por eso sugiere no guiarse por modelos predeterminados sobre la cantidad de entrevistas o a quién entrevistar primero. Explícitamente advierte que las demandas por un niño son las más difíciles para el analista, requieren un tiempo de análisis, ya que «toda demanda, sea de urgencia o no, moviliza las posiciones libidinales o identificatorias, las defensas de uno u otros, así como la dinámica propia del grupo familiar» (p. 17).

Desplegar las demandas implica, para el autor, descubrir las que pueden estar ocultas e interrogarse sobre el deseo de los padres de que el hijo cambie, en ocasiones lo que se demanda es solo que se suprima un síntoma y nada cambie. Escuchar a los padres les permite oír lo que dicen desde otro lugar, esto puede permitir modificar la demanda inicial basada en una supresión de lo sintomático a una demanda que sea apertura a cambios familiares. En algunos casos, los

procesos de apertura facilitados por el terapeuta no pueden ser aprovechados por los padres, no todos están dispuestos a desplegar recuerdos y dar lugar a movilizaciones insospechadas. También esta decisión debe ser respetada.

«Toda demanda de padres relativa a su hijo tiene su “revés”. La vertiente inconsciente de sus anhelos es cómplice de los trastornos del niño, forma parte de las raíces de esos trastornos, pero ellos no lo saben» (Ortigués, 1987, p. 22).

Estar atentos al revés de la demanda, es prestar atención especial al deseo de los padres de que la situación del hijo no cambie.

Para Flesler (2008) demandar es un proceso ligado a la vertiente imaginaria de la transferencia, es demandar un cambio del hijo en tanto este no responde al modelo de hijo ideal soñado. ¿Hay demanda desde una transferencia enmarcada más en lo simbólico? Sí, los padres de acuerdo a lo expuesto por la autora, en esta vertiente transferencial, demandarían saber.

Es aún más complejo preguntarse sobre la vertiente transferencial desde lo real, allí Flesler indica que a los padres no demandan. Cuando los padres vienen enviados desde la institución educativa ¿podemos pensar que la demanda es del orden de lo imaginario y es sostenida por los docentes? Demanda imaginaria, en tanto solicitan que el niño se adapte, ideal de convergencia entre las aspiraciones educacionales y el alumno. Si los padres no demandan al analista, solo cumplen con un mandato, responden a un otro que los constriñe a tomar esa decisión, ese otro es a quien responden. ¿Será que la demanda en ese caso puede ser al otro de la educación o al otro social para que acepte a su hijo en el sistema? El saber ¿se supone a quien lo manda a consultar? O simplemente es sometimiento a la autoridad. Ciertamente, es posible que la demanda de los padres no esté presente, se puede consultar sin demandar.

Tomando en cuenta el sentido etimológico del término consulta, Cristóforo y Kachinovsky (1992) señalan que consultar incluiría una actitud reflexiva y ese pensamiento propio que comienza a desplegarse convierte a alguien en sujeto de la consulta. El proceso comienza con la exposición del motivo de consulta manifiesto, lo verbalizado como dificultad que desencadena la consulta y el despliegue del lado inconsciente del mismo, es decir, el motivo de consulta latente. Para las autoras, la demanda también puede ser descripta como un fenómeno con aspectos conscientes e inconscientes, si bien recuerdan que toda demanda lo que expresa finalmente es una demanda de amor. Para que la demanda surja, será necesario pero no suficiente, la reflexión propia. Esta debe ir acompañada del reconocimiento del propio límite, para que haya demanda, es necesario que esté presente en quien consulta la renuncia a creer que puede modificar por sí mismo aquello que provoca malestar, y la convicción de que puede aceptar y recibir la ayuda efectiva de otro.

Narcisismo y deseo de los padres

Si consideramos la actitud de padres tiernos hacia sus hijos, habremos de discernirla como renacimiento y reproducción del narcisismo propio, ha mucho abandonado (Freud, [1914]1993, p. 87).

Ya en 1909, Freud menciona en *Un recuerdo infantil de Leonardo Da Vinci* y en *El estudio sobre el presidente Schreber*, su idea de un estado primario de repliegue libidinal sobre el yo. En 1914 introduce el concepto en su teoría de la libido a través de su texto clave *Introducción del narcisismo*, donde plantea que el narcisismo es un estado intermedio entre el autoerotismo y la elección de objeto, formulado como un estado original pero también como secundario al repliegue de las investiduras libidinales de los objetos. El concepto de narcisismo implicó un giro notable en la formulación de la teoría de las pulsiones. La libido, energía de las pulsiones sexuales, podría tomar como objeto a los objetos externos pero también al propio yo; postula un equilibrio entre la libido yoica y la libido objetal. Este dato, a relevar en el análisis de los vínculos del yo con los objetos, expresa, desde el aspecto económico de la metapsicología freudiana, las cantidades de carga de la pulsión sexual.

El narcisismo primario es el monto libidinal centrado en el yo, narcisismo no patológico que da origen precisamente al yo, tras la acción específica que aparece luego del autoerotismo, y que para algunos es la función inaugural del estadio del espejo de Lacan ([1949]1990).

Toda vez que la libido volcada a los objetos es replegada nuevamente al yo, hablamos de narcisismo secundario, este movimiento de repliegue libidinal en ocasiones responde a situaciones diarias como el dormir o inclusive el enfermar orgánico, pero también puede ser parte de un proceso psicopatológico dando lugar al delirio megalomaniaco.

Respecto del niño, Freud lo describe como atractivo por la autocomplacencia que proyecta hacia su entorno y que es reflejo de su narcisismo; este no es fácilmente asequible en forma directa, se infiere retrospectivamente, y quizás por la actitud de otros, en especial sus padres.

La sobreestimación, marca inequívoca que apreciamos como estigma narcisista ya en el caso de la elección de objeto, gobierna, como todos saben, este vínculo afectivo. Así prevalece una compulsión de atribuir al niño toda clase de perfecciones (para la cual un observador desapasionado no descubriría motivo alguno) y a encubrir y olvidar todos sus defectos (lo cual mantiene estrecha relación con la desmentida de la sexualidad infantil) (Freud, [1914] 1993, pp. 87-88).

Describir estas atribuciones al modo de una compulsión recuerda lo trascendente que fue a partir de 1920 el desarrollo del concepto de compulsión de repetición; da cuenta de un poder que va más allá del principio de placer y se impone como un latido constante.

Para los padres prácticamente no hay otro camino, que responder a esta compulsión que se les impone de otorgar al hijo las perfecciones que ellos añoran ver en él y ocultar los defectos. Esta puntualización freudiana, permite suponer que esta actitud esté presente en los padres. Ante las conductas del niño que motivan la consulta: «encubrir y olvidar» antes y después del pedido de atención para su niño.

Freud supone que los padres esperan que, ante las equivocaciones que cometa el hijo, se le otorgue el perdón y la indulgencia que en otro tiempo esperaron para sí mismos. «Enfermedad, muerte, renuncia al goce, restricción de la voluntad propia no han de tener vigencia para el niño, las leyes de la naturaleza y de la sociedad han de cesar ante él» (Freud, [1914] 1993, p. 88).

Veludo y Viana (2012) al abordar la correlación entre parentalidad y desarrollo psíquico del niño, suponen que la parentalidad está impregnada del narcisismo de los padres.

Este punto de vista revitaliza la noción de parentalidad que, por sus características, es extranjera a lo psicoanalítico y es utilizada mayoritariamente para describir pautas de crianza y proponer modalidades de asumir las funciones de la paternidad. La idea de dar pautas a los padres está muy lejos de las intenciones de la intervención psicoanalítica.

En esta idea se basan los psicólogos y psiquiatras que cumplen un rol proscriptor al desterrar y prohibir ciertas prácticas familiares, y que dejan en segundo plano la interrogación y el saber de los padres. Esa forma de proceder, oculta por un lado, el no saber del profesional sobre un fenómeno tan complejo como es el vínculo entre padres e hijos y la singularidad de los mismos. Por otro lado, otorga rápidamente respuestas a las preguntas que los padres plantean, y les confirma su no saber con relación a su hijo. Se desconoce precisamente la naturaleza narcisista del vínculo padres hijos y la presencia del deseo de los padres en el discurso que formulan sobre el niño que traen a consulta.

Roudinesco recuerda que:

La palabra parentalidad (*parenthood*) se generalizó a partir de 1970 para definir al padre/madre según su «calidad» de tal o su facultad de acceder a una función calificada de «parental». Con la aparición de una terminología tan técnica, la configuración novelesca y mítica [...] terminó por encallar en un universo funcionalista del que había desaparecido todo sentido de lo trágico (Roudinesco, 2003, p. 169).

La preeminencia de lo narcisista parental en la parentalidad, aporta lo específicamente psicoanalítico a esta noción extranjera, se toma en cuenta las depositaciones libidinales, al modo de investiduras con libido narcisista y objeto sobre el hijo. Veludo y Viana (2012) toman de Algarvio, Leal y Maroco (2008) la idea de función parental como resultado de un equilibrio satisfactorio entre esas cargas pulsionales.

La importancia del desamparo original, para comprender los procesos de parentalidad se fundamenta en que el niño a su llegada al mundo, está expuesto

a un monto de excitaciones internas y externas que aún no puede filtrar; depende de mediadores —en especial de la madre— que se interponen regulando el acumulo de excitaciones.

La confluencia del yo naciente con este baño narcisista de omnipotencia da origen a una instancia ideal: el yo ideal, que está sostenida en un discurso totalizante (Bleichmar, 1983) de perfección y grandiosidad que parte de los padres. Progresivamente ese lugar de idealidad se perderá, ya que se irá gestando una brecha entre ese niño real y la imagen idealizada. El niño desde ese tiempo inaugural se esforzará en colmar y calmar esa brecha que lo distancia de su confluencia con el yo ideal. Al ser confrontado con la castración materna, ya no hay equivalencia entre este niño y el falo, y ciertos atributos son postulados para acceder a una nueva adecuación al ideal. Es el territorio del ideal del yo, producto de las aspiraciones y mandatos paternos, a los que se van agregando las aspiraciones de otros del entorno social. El ideal del yo impone acciones y rasgos que dispersan el discurso sobre lo ideal en varias facetas, ya no hay totalidad que englobe la perfección.

En el Seminario 1, al deslindar las nominaciones para las instancias ideales, Lacan afirma: «Uno está en el plano de lo imaginario, el otro en el plano de lo simbólico, ya que la exigencia del *Ich-Ideal* encuentra su lugar en el conjunto de las exigencias de la ley» ([1954] 1998, p. 204). Ubica el ideal del yo (*Ich-Ideal*) del lado de lo simbólico, quien puede delimitar la cercanía al ideal de perfección desde el lado del lenguaje y al yo ideal del lado de lo imaginario.

En las *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis*, Freud retoma su segunda teoría del aparato psíquico, nombra como una más de las funciones del superyó la de ser quien porta al ideal del yo, parámetro con el cual el yo se medirá. Su concepto de ideal del yo es el: «precipitado de la vieja representación de los progenitores, expresa la admiración por aquella perfección que el niño les atribuía en ese tiempo» ([1932] 1993, p. 60). La dirección aquí señalada es la inversa a la de otorgar al hijo las cualidades admiradas, pues nos encontramos con una atribución de perfección pero que va del niño hacia los padres.

En 1932, Freud afirma:

Por regla general, los padres y autoridades análogas a ellos obedecen en la educación del niño a los preceptos de su propio superyó. [...] Han olvidado las dificultades de su propia infancia, están contentos de poder identificarse ahora plenamente con sus propios padres, que en su tiempo les impusieron a ellos mismos esas gravosas limitaciones. Así el superyó del niño no se edifica en verdad según el modelo de sus progenitores, sino según el superyó de ellos [...] deviene portador de la tradición ([1932] 1993, p. 62).

Pasaron más de ochenta años desde que Freud enunció estas apreciaciones sobre las limitaciones que los padres imponen. Dichas limitaciones han virado radicalmente; el superyó ha tomado predominantemente el cariz de imposición de gozar, e impone la búsqueda frenética de una multiplicidad de objetos que solo satisfacen fugazmente.

El ideal del yo porta estas señales que simbolizan para un grupo social, una cultura y en particular respecto de un grupo familiar las formas de lo valioso.

Aulagnier (1993) afirma: «muy poco podría decirse acerca del efecto de la palabra materna y paterna si no se tuviese en cuenta la ley a la que están sometidas y que el discurso impone» (p. 158). Ella propone la noción de contrato narcisista, supone que el niño se apropiará de los mandatos y consignas sociales y los repetirá. La relación que la pareja parental mantiene con lo social interferirá en los enunciados que el niño podrá tomar y cómo lo hará, para identificarse con lo que se espera como modelo ideal.

Más allá de esta expectativa social, la atribución de perfecciones al niño se corresponde con una espera de satisfacción que en principio está destinada a los padres, quienes han colocado en ese hijo sus deseos irrealizados. Deseos que a modo de novela describía Freud con estas palabras:

El varón será un grande hombre y un héroe en lugar del padre, y la niña se casará con un príncipe como tardía recompensa para la madre, esa inmortalidad del yo que la fuerza de la realidad asedia duramente, ha ganado su seguridad refugiándose en el niño (Freud, [1914] 1993, p. 88).

Desde que el niño nace, o aun antes, en el tiempo de espera de su llegada, produce un cambio en la estructura que lo antecede; precipita una nueva función en aquellos que lo reciben: la función del hijo-niño es estructurante de la función y lugar de madre y padre (Levin, 2000, p. 50). Su presencia establece un doble espejo, necesita mirar para re-conocerse, pero siempre en un doble movimiento, acompasado por la mirada materna que baña con lenguaje esa imagen, y la mirada paterna, que lo ubica en un linaje, le otorga una nominación que es relación a la ley y a la historia de las familias, de la pareja y de lo cultural-social.

No siempre el niño llega a un lugar donde se le otorga valor fálico; ese valor estaría dado por la ilusión imaginaria, de responder al deseo y temporalmente colmar la falta del otro; para que esto ocurra deben darse algunas condiciones.

Para que el niño funcione escénicamente en un lugar fálico, o sea, como hijo deseado y deseante, será necesario que la trilogía (padre-madre-hijo) se anude alrededor de un agujero central, de un operador fálico, que posibilite la circulación del deseo y «sepulte» (reprima), el malentendido originario en función del amor parental (Levin, 2000, p. 54).

El malentendido es la complementariedad (del goce conyugal) de la pareja y luego el suponer, como padres, que con la llegada del hijo finalmente se alcanzará la completud.

En la actualidad, tal como aseveran Daumas y Stiglitz (2009), no siempre el hijo viene a ocupar el lugar fálico. Los autores señalan que se ha revertido el lugar de la pareja conyugal como central en la familia, la presencia del niño convierte los lazos de quienes conviven con él en lazos de familia. «Hoy se trata del niño como objeto a liberado. Liberado de los lazos simbólicos con el otro, objeto causa y condensador de goce» (p. 9).

Veludo y Viana (2012) sugieren que:

o estudo da subjetividade parental pode contribuir para que, em cada caso, o clínico consiga ajudar os pais a conhecer e, talvez, elaborar os objetivos narcísicos que depositam em seus filhos e identificar em que medida esse depósito pode contribuir com a conformação dos conflitos vividos (p. 116).⁹

Al estudiar el trabajo de duelo de los padres cuando una patología de tipo orgánica marca la relación con el hijo, Esteban Levin (2000) despliega algunas ideas acerca de la función del hijo —en tanto portador del ideal— que se ve jaqueada por la presencia de un déficit que desplaza la imagen del hijo ideal añorado anteriormente superpuesta con la imagen real.

Los padres deben realizar un trabajo de duelo, pues siempre estará en juego el niño ideal que no ha llegado o no llegará. Como sabemos es el propio espejo, el propio narcisismo de los padres el que de una u otra forma está cuestionado, cuestionando la función y el funcionamiento escénico parental (p. 224).

En la consulta psicológica no siempre algo de lo orgánico predomina como motivo para solicitar atención para un hijo. Sin embargo, estas ideas de Levin respecto a un duelo a realizar puede corresponderse con procesos que viven los padres al tomar la decisión de consultar.

Duelo en tanto pérdida de la confluencia del hijo ideal y el real. Proceso que puede provocar la atribución paterna de los rasgos rechazados al hijo.

Lo ominoso. No hay duda de que pertenece al orden de lo terrorífico, de lo que excita angustia y horror; y es cierto que esta palabra no siempre se usa en un sentido que se pueda definir de manera tajante. [...] lo ominoso es aquella variedad de lo terrorífico que se remonta a lo consabido de antiguo, a lo familiar desde hace largo tiempo. ¿Cómo es posible que lo familiar devenga ominoso, terrorífico, y en qué condiciones ocurre? ([1919] 1993, pp. 219-220).

Lo ominoso (1919) es un texto donde Freud comienza a formular la conceptualización de la segunda teoría de las pulsiones (pulsiones de vida y pulsiones de muerte).

Abordó allí la temática del doble al desarrollar su concepto de lo siniestro.

Lo ominoso, ¿es el hijo como doble que muestra las fallas de los padres?

El síntoma del niño, tal como es percibido por los padres, convierte al niño mismo en siniestro, en tanto encarna los aspectos temidos y rechazados de las expectativas paternas.

9 «El estudio de la subjetividad parental puede contribuir para que, en cada caso, el clínico consiga ayudar a los padres a conocer y tal vez, elaborar los objetivos narcisísticos que depositan en sus hijos e identificar en qué medida ese depósito puede contribuir con la conformación de los conflictos vividos».

Los síntomas del niño o el niño como síntoma

Avrane (2004), al referirse a la decisión que toma el analista sobre a quién recibir en las primeras entrevistas, afirma que desde esos primeros encuentros se deja entrever una concepción del síntoma. Es por ello que pensar en el tiempo inicial de la consulta requiere al menos describir algunas concepciones teóricas sobre el síntoma en niños, en parte, estas definirán cómo y para qué se escuchará a los padres en los entrevistas iniciales.

Para el autor, el síntoma:

Puede concebirse como estrictamente ligado al discurso familiar o al lugar ocupado por el niño en su lugar de vida. Puede comprenderse como únicamente reactivo y no pertenecer más que al niño, y solo a él, o bien estar inscripto en una historia desplegada a lo largo de varias generaciones (Avrane, 2004, p. 52).

En 1916, en la Conferencia 17.^a, Freud aseveraba que a diferencia del interés que la psiquiatría manifiesta por el contenido del síntoma, el psicoanálisis descubre allí un sentido único, acorde con las vivencias del paciente. En ocasiones, una acción es repetición de otra que en el pasado tuvo significado, y hoy es una conducta inexplicable. La tarea planteada al analista es buscar y recuperar en el pasado del paciente ese nexo entre el síntoma y la acción. Freud define a los síntomas psíquicos como:

Actos perjudiciales o, al menos, inútiles para la vida en su conjunto; a menudo la persona se queja de que los realiza contra su voluntad, y conllevan displacer o sufrimiento para ella. Su principal perjuicio consiste en el gasto anímico que ellos mismos cuestan y, además, en el que se necesita para combatirlos ([1917] 1993, p. 326).

Los síntomas responden a un conflicto e imponen una nueva forma de satisfacción; el síntoma es el resultado de una formación de compromiso entre fuerzas que se oponen: el yo y la conciencia a la libido del lado de lo inconsciente (lo pulsional). Si la libido está insatisfecha en la actualidad puede recurrir a la regresión a etapas anteriores en los que logró la satisfacción y ha quedado fijada. Estas fijaciones son producto de la interrelación de las vivencias de la niñez (sexualidad infantil) y el vivenciar prehistórico (disposiciones innatas). Freud da un lugar significativo a lo hereditario (prehistórico) pero no descuida la importancia del vivenciar infantil, que incluye a los primeros objetos de amor. Es allí donde se sitúa el vínculo con los padres como uno de los factores constitutivos del síntoma.

Bonafé, Grespan y Saboya (2008) reflexionan sobre la relación entre el síntoma del niño y la dinámica familiar, y consideran que debe evaluarse si indicar o no tratamiento individual cuando no hay condiciones de cambio de la patología familiar. Ahondan en la idea de brindar orientación a los padres, como forma de abordar sus angustias.

La relación del síntoma del niño con el discurso de los padres y a través de este, la ligazón con una historia familiar que le ha sido legada, ha sido expresada por varios autores (Gomel, 1996, Abu y Zornig, 2001). El síntoma del niño se apoya en marcas, las que hacen texto para identificarse con lo que otros vivieron y también lo silenciado o enigmático que proviene del inconsciente de los padres y es uno de los elementos que dan lugar a la formación de la neurosis infantil.

Varios autores (Bleichmar, 2001; Rojas, 2008; Mannoni, 1988; Rocha, 2004; Ríos y Gomes, 2011; Frizzera, 2005; Favre, 2005) señalan la influencia o determinación de la dinámica familiar en lo sintomático.

Se le pregunta a Dolto: «Cuando un niño es el síntoma de sus padres ¿se le debe tomar en terapia y enviar a sus padres a otros psicoanalistas o iniciar un tratamiento con cada uno de ellos?» (1984, p. 32). La pregunta deja entrever una posición ya conocida por el interlocutor: el niño puede ser síntoma de sus padres.

La respuesta de Dolto es tajante, los padres deben ser derivados a otro psicoanalista, pues en el inconsciente del psicoanalista, los padres pueden ser ubicados en el mismo lugar que el hijo. La influencia de lo patológico de los padres en la constitución del niño es decisiva, se los responsabiliza por el padecimiento del hijo y lo que ha provocado ese malestar remite a una repetición del pasado de los padres en el hijo.

Dolto sugiere escuchar a los padres (dentro del marco del proceso con el hijo) para conocer qué tipo de proyecciones han depositado en este hijo.

Las diversas concepciones del síntoma en la infancia, se relacionan con el lugar dado a los padres desde el inicio de la intervención psicológica.

Privilegiar el discurso y el deseo de los padres como productor de síntomas en el niño, derivó en prestar a los padres una atención mayor desde la primera entrevista (Mannoni, 1988), para otros psicoanalistas, la postura es cuestionable, no por la intervención con los padres, sino por el descuido de la singularidad del niño, que no es puro producto de sus padres, se desconoció su inconsciente como único (Bleichmar, 2001).

La discusión implícita es si la familia es condición única para la producción del síntoma, o una condición importante pero no suficiente para la emergencia de la patología infantil.

Silvia Bleichmar advierte:

¿Cómo concebir al niño como productor neurótico de síntomas, como plausible de regirse por los movimientos deseantes y defensivos con los cuales a partir de la fundación del psicoanálisis hemos aprendido a deletrear la significación de toda patología, si es posicionado como síntoma de la madre, de la pareja conyugal o de la familia? Un síntoma no es capaz de producir síntomas (2001, pp. 82-83).

La autora considera que se diluye lo específico del síntoma del niño, cuando se remite la producción sintomática al discurso de la madre, lo que atentaría contra las posibilidades de trabajo en el psicoanálisis con niños. Cuestiona las

intervenciones donde se toma directamente a los padres como objetos de la intervención terapéutica.

Suponer que se modifica un síntoma de un niño trabajando con los padres es tan absurdo como suponer que se puede suturar una herida una vez que el tejido ha cicatrizado. Solo removiendo la cicatriz y realizando un implante de tejido ello será posible: el tiempo no vuelve atrás porque se hayan cambiado las condiciones que generaron un fenómeno (Bleichmar, 2001, p. 105).

Si bien coincido en que no se puede modificar el síntoma —solamente— a partir del trabajo con los padres, entiendo que es necesario procesar con ellos lo que el síntoma del hijo les despierta. Quienes trabajan con niños, saben de la urgencia que cobra, en ocasiones, el requerimiento paterno y de otros adultos, de cambio de los síntomas del niño: demandan que algo se detenga, que avance, que sea reprimido.

Avrane (2004) establece la renuncia a curar desde el inicio, sin embargo señala que: «renunciar [...] no signifique desear que nada cambie. Muy por el contrario, es dejar al síntoma la posibilidad de desaparecer sin afrontarlo» (p. 18).

Enumerando algunos síntomas por los que los padres traen al niño a consulta (pis, tos, malas letras, miedos) Rocha (2004) advierte que no son en sí mismos razón para comenzar un análisis. La autora explica que el síntoma como algo del orden de lo descriptivo es lo que se nombra como fallando y no coincide con el síntoma analítico. Al inicio de las entrevistas, solo accederemos al síntoma descriptivo en tanto es definido por el discurso de los padres.

Rocha (2004) define al síntoma como un significante que, acorde con la teoría lacaniana del psiquismo, cumple la función: es la de limitar el goce. En el caso del niño, la neurosis infantil es pensada como límite al goce materno, como freno que opera en ausencia de una función paterna que interponga un tope y libere al niño.

Cuando se piensa la función del síntoma como estructurante (Abu y Zornig, 2001) se lo toma como indicio de corte con las imposiciones del deseo materno.

El trabajo con los padres nos brindaría las condiciones para buscar sentidos que están presentes y pueden manifestarse pero también sería posible en ese espacio, desentrañar la significación inconsciente que otorgan al síntoma del hijo (Montevechio, 1997).

Daumas (2009) plantea que es importante descubrir cómo cada niño responde a lo que desde el otro emerge como determinaciones de lo sintomático. Tal como proponía Lacan, en la carta a Aubry, es necesario distinguir si el síntoma responde a la estructura familiar o es muestra de que el niño ocupa un lugar de objeto en el fantasma de la madre.

Esta diferencia no podrá ser deslindada en las entrevistas preliminares, pero comenzará a desglosarse. En ese tiempo inaugural, el diagnóstico será abierto, por hacerse dentro del marco psicoanalítico, alejado de las clasificaciones nosológicas universalizantes y por ser en clínica con niños, donde no puede ser cerrado, pues los niños son sujetos aún en construcción (Rivera Nogales, 2011).

A la escucha de la palabra de los padres

Los resultados que se expondrán a continuación son producto de la escucha atenta y análisis de las entrevistas en profundidad realizados a padres y madres que gentilmente se prestaron a compartir la preocupación por sus hijos, narrar las peripecias vividas antes de consultar, recordar y compartir hechos dramáticos que los marcaron, y entre otras cosas, recuerdos y reflexiones sobre la relación con ese hijo en particular, por el que consultaron.

Las entrevistas tuvieron una duración máxima de una hora treinta minutos y una duración mínima de veinticinco minutos. Algunos de los entrevistados desplegaron una escasa narrativa, a pesar de haber sido preguntas abiertas respondieron con frases cortas, sin embargo, en general todos se explayaron en las explicaciones sobre las situaciones que vive el niño.

La decisión de consultar

Tal como se comentó en las páginas anteriores, según Freud ([1920] 1993) las notas ideales para un tratamiento serían que quien realice la consulta sea alguien dueño de sí mismo, consciente de que padece por un conflicto intrapsíquico, y con la posibilidad de explicitar su pedido de ayuda. Es muy diferente lo que ocurre, cuando quienes consultan, son los padres.

Estos llegan a la consulta como resultado de su propia decisión y percepción de que es necesario solicitar ayuda psicológica para su hijo. Posición en la cual, por su relación a alguien que no es dueño de sí mismo —el niño— en tanto es aún sujeto en construcción, son quienes lo traen.

La distancia con la situación ideal señalada por Freud se acrecienta aún más al ser otros quienes indican a los padres que es necesario consultar, promueven la realización de la consulta basándose en las conductas y actitudes del niño que les preocupan a ellos, y sugieren las vías de acceso a la atención psicológica. Es una indicación en tanto si bien se recomienda, se deja a los padres la opción de decidir.

En las antípodas de lo ideal puede situarse la tercera condición en la que llegan los padres a la consulta, esta se les impuso. Algún profesional del ámbito de la educación, de la salud o de la justicia, asevera que es necesario que el niño sea atendido psicológicamente y los padres deben cumplir con esa indicación que se transforma en una imposición. Se ejerce cierto poder, al unir el cumplimiento del mandato con ciertas condiciones que quedan en manos de quien impuso la consulta, al modo de consecuencias para los padres o para el niño. Las consecuencias pueden abarcar en lo educativo la reducción del horario escolar a la mitad (a veces aún recibiendo la atención psicológica solicitada), la no promoción de año escolar, y en ocasiones, consecuencias legales.

Si bien los padres pueden consultar por decisión propia, puede anteceder a esta decisión la indicación realizada con anterioridad de parte de algún técnico. En esos casos, los padres se apropian de la idea de consultar y buscan las vías para concretar la atención para el hijo. Esto puede darse, por ejemplo, por un desencadenante que implique el agravamiento de los síntomas. En estas condiciones, puede cuestionarse si se considera igual decisión propia o es una indicación que se cumple tardíamente.

Al desglosar las formas en que se expresa la decisión de consultar, fue necesario incluir los siguientes aspectos: los diálogos previos de los padres con otros profesionales para la concreción de la consulta, tomar en consideración los comentarios que fueron surgiendo sobre el lugar del informe en la consulta.

De acuerdo con lo que se desglosó en la parte teórica de este trabajo, la manera en que los padres llegan a la consulta incidirá en las posibilidades de construir un proyecto de trabajo en conjunto con ellos. Si la alianza de trabajo da lugar

a la alianza terapéutica, esta última se construye a partir de escucharlos en sus inquietudes, aunque la decisión de consultar haya sido tomada por otro, quizás puedan apropiarse de la situación de consulta.

Esto promovería que los padres puedan conectarse con lo que le sucede al hijo, puedan buscar explicaciones y hablar de otras dificultades del niño y de la familia que no necesariamente, son las que conoce y formula quien les sugirió que consultaran inicialmente.

Por otra parte y también siguiendo a Freud, si los padres se tornan en portadores de la resistencia, las modalidades de la resistencia y de la transferencia serán diferentes de acuerdo a cómo han llegado a la consulta.

Si los padres sortean sus propias resistencias inconscientes a exponer el problema de su hijo ante otros, superan el temor a ser juzgado o la herida narcisista que puede implicar confirmar que algo no funciona bien en el niño, ¿qué sucede si al buscar ayuda se les dificulta el acceso desde la institución?

Si, en ocasiones, se privilegia la opinión de los técnicos sobre la de los padres ¿la transferencia de los padres sería al menos inicialmente hacia la maestra o médico que tiene el poder de decir algo sobre el hijo?

De ser así, ¿cuánto se transfiere a quien va a tratar al niño? Ya advertía Dolto (2005), que curar al niño sin sus padres es usurparles a estos su lugar, usurpación que puede darse por la función otorgada al docente o al médico de transmitir la palabra válida sobre lo que le ocurre al niño, a expensas de las de los padres.

Kahansky y otros (2005) proponían que la transferencia al analista estaría precedida por la transferencia al médico o maestra que derivó, y podían superponerse, es decir, establecer con el analista una transferencia médica o docente según cómo y desde dónde se decidió consultar. Más adelante se verá que la idea de algo a curar —reparar más asimilable al médico— y la idea de enseñar —educar más asimilable al rol de la maestra— aparecen en algunos casos como forma de expresar la demanda.

Es cierto que tal como señalaban Blinder, Knobel y Siquier (2008), los padres llegan «después» de fracasos y sinsabores, pero es algo a rescatar que, aun ante los ensayos fallidos para solucionar el problema, busquen ayuda. Consultar es aún confiar que hay un camino válido para revertir la situación que los preocupa.

Dadas las características de los consultantes en este servicio de Salud Mental de ASSE, no sería viable la condición que Ortigués (1987) formula de comenzar un tratamiento con el acuerdo de ambos padres, la constitución familiar no siempre se basa en la pareja conyugal, de hecho, es muy frecuente que mujeres solas —jefas de hogar— o que conviven aún con sus propios padres consulten por un hijo. En varios casos los rastros de los padres se han perdido, en otros se ha huido de ellos o incluso, sabiéndolo cerca (a cuerdas) no hay contacto ni con los niños.

Lo imprevisto: El informe

En las entrevistas surgieron espontáneamente temas que se convirtieron en emergentes, y este es uno de ellos. El informe se convirtió en un analizador respecto de la toma de decisión y de las explicaciones que los padres dieron sobre lo que ocurre al hijo.

Se solicita a los padres un informe o nota donde un profesional de la salud (pediatra, médico de medicina familiar, etc) o docente (maestra, profesor, director) solicite que el niño reciba atención en el centro de salud.

Este informe, en cierta medida, le saca autonomía a los padres en su decisión de consultar pues deben recurrir a un tercero que avale la necesidad de solicitar atención para su hijo. La mayoría de los padres ya llegan con esa nota, pues es sabido en la zona que es necesario llevarlo.

Esto incide en el análisis de la decisión de consultar, ya que aun cuando esta parta de los padres, es necesario una segunda opinión que avale la idea de consultar.

Es también cierto que algunos padres llegaron al comité de recepción sin esa nota o informe, y se les dio hora para una primera consulta, solicitándoles que trajeran un informe escolar para obtener información de cómo es el niño en ese ámbito.

Durante los meses de marzo a diciembre de 2012 en los que concurrí semanalmente a las reuniones del comité, vi muchos de esos informes o notas enviados por terceros.

Algunos padres traían una hoja del block médico para indicación de medicación, donde simplemente el médico escribió: «pase a psicólogo», «pase a psiquiatra». A veces es simplemente un papel donde dice «violencia doméstica», «agresividad», como motivo de consulta, y otros traían un posible diagnóstico «hiperactividad, déficit atencional».

Tal como señala Levin (2000) y fue comentado en otro apartado, prima en la actualidad un interés clasificatorio. Si el niño no responde a lo esperado, de acuerdo a pautas educativas y sociales, es rápidamente nominado acorde a una nosografía que describe pero no busca comprender o singularizar su padecer.

Los informes más extensos eran los de las maestras o directoras de las escuelas, en ellos describían la situación familiar del niño, distintos aspectos del desempeño del niño en el ámbito escolar (rendimiento académico, relacionamiento con pares y docentes, etc.).

En ocasiones, esas notas o informes llegaron avalando la decisión de consultar de los padres, quienes relataron haberlo solicitado al pediatra o a la maestra para poder acceder a una primera entrevista. O, en otros casos, el informe era parte de la indicación a los padres de que debían realizar la consulta, y se aclaraba allí qué intervención esperaban del profesional. Por ejemplo se solicitaba un «estudio de nivel», especificando que el niño debe ser evaluado en sus aspectos intelectuales pues hay riesgo de repetición del año escolar.

Entiendo que el informe puede ser una forma de ordenar las consultas de acuerdo a prioridades o urgencias, pero esa lógica dificulta las posibilidades de los padres de acceder a la consulta.

El acceso es más directo para quienes pueden manejarse con los honorarios de la consulta privada y pueden solicitar atención para su hijo sin pasar previamente por el pediatra, el psiquiatría o la maestra. Quienes deben cumplir con los requisitos que el sistema de salud pública impone deben respaldar su palabra en la palabra de otro. Aquellos que ocupan el lugar de especialistas, son los profesionales que tienen el saber sobre la salud del hijo, y los padres quedan desposeídos del saber. La tarea del analista siempre es volver a resituarlos ante el saber, provocando un interrogarse sin respuestas obturadoras. Pero también valorar lo que tienen para decir, desde el inicio. Tomar en cuenta las explicaciones que los padres puedan expresar es aceptar que aquellas son parte del problema y de la solución.

Una madre habla de su decisión de consultar y del requisito que se torna una traba para consultar: «Yo me fui dando cuenta, pero si no me hace un papel la maestra, como para traer o algo, yo no puedo venir así». (E 16 madre de varón de 7 años).

Para varios padres, la relación con la maestra o el médico queda marcada por esos informes o notas, «papelitos» donde se dicen cosas del niño que muchas veces no logran comprender y que portan de un técnico a otro intentando cumplir con lo que se les solicita.

El informe es, en algunos casos, la palabra sabia de quien quiere ayudar a su hijo. En otros casos, es casi un castigo o la palabra que acusa y denuncia las fallas en el ejercicio de la función paterna. Es así que varios padres manifiestan molestia por los datos que la maestra comenta en esos informes, sienten que son juzgados por ciertas situaciones familiares, o «etiquetado» el niño.

Decisión de consultar en el ámbito familiar

La decisión puede ser tomada en forma individual por el padre o la madre, ambos pueden haber solicitado la opinión de otro miembro de la familia, pero sea como sea es una decisión que en un primer momento hace a un espacio privado que es el ámbito familiar. Es allí donde algo en la conducta del hijo llama la atención de los adultos, quienes no encuentran formas de controlar ciertas actitudes del niño, o ven que el desarrollo del niño no es acorde a lo que ellos consideran esperable para la edad en función de un modelo ideal, o tomando como referencia a otros hijos o niños cercanos.

Implica significados que están unidos a esa decisión y a la vez distintos niveles de acción en busca de que el hijo reciba atención psicológica. A la decisión de consultar le siguen acciones para lograr que la consulta se concrete. Saber a quién y dónde recurrir es un paso necesario para ello. En el camino algunos obstáculos pueden aparecer como la solicitud de un informe o los tiempos de demora para recibir la atención solicitada.

Una vez percibida una conducta o actitud del hijo que les preocupa, los padres pueden dirigirse a algún profesional cercano, buscando, en primer lugar, confirmar que la decisión de consultar es correcta y, en segundo lugar, solicitando orientación sobre el lugar a dónde deben dirigirse. Es bastante frecuente que sea a quien consultan por primera vez —la maestra o el pediatra— la misma persona que los deriva al centro de salud.

Esto se transforma en parte de las acciones que buscan para acceder a la atención de su hijo. Si la persona que los derivó está al tanto de que para que el niño sea recibido por el Comité de recepción del equipo de salud mental se les solicitará a los padres llevar un informe, puede elaborar uno para que los padres vayan a esa instancia con lo necesario.

Si no es así, los padres deberán hablar nuevamente con la maestra o el médico y solicitarle que escriba una nota donde se indique los motivos de la derivación al equipo de salud mental y solicitar número para concurrir al Comité. En ocasiones, se recibe a padres que no portan ninguna nota o informe, pero este es solicitado en esa entrevista de recepción.

Si los padres han consultado en un centro de salud que no les corresponde (por ejemplo por no residir dentro de la zona geográfica de cobertura), pueden ser derivados al centro que sí les corresponde.

Puede ocurrir que tengan derecho a otros servicios de salud (por ejemplo policial o militar) o que hayan consultado a un profesional independiente, y que —por diversos motivos— recurran solo en una segunda instancia a un centro de salud de ASSE.

Cuando los padres consultan y sienten que han tomado ellos la decisión, la vivencia de decisión propia prevalece sobre el hecho de estar respondiendo a una indicación que pueden haber recibido tiempo atrás.

Al decidir consultar se puede suponer que han notado alguna característica o conducta del niño que amerita llevarlo ante un especialista; es necesario que perciban algo como no esperado o fallido para que sea un problema y motive la consulta.

Tener o no el apoyo de otros integrantes de la familia puede incidir en la decisión y la búsqueda de atención para el niño, pero a pesar de que en algunos casos algunas madres mencionan consultar a pesar de la oposición de los padres, esto no parece haber sido un elemento que limitara o frenara una decisión ya tomada. En este sentido, entiendo que se relaciona con las formas en que las madres piensan la maternidad, expresada por varias de las entrevistadas como una tarea de la que se hacen cargo solas, en la cercanía permanente de sus hijos y con la ausencia de los padres, de quienes reclaman no tener ayuda pero a la vez se vanaglorian de poder cumplir —a su entender— ambos roles. Esa presencia permanente en algunos casos permite detectar cuestiones que fallan, especialmente cuando las dificultades se producen en el hogar, en las relaciones familiares.

Siguiendo esta idea, es posible preguntarse si: ¿la decisión de consultar se produce en el ámbito familiar cuando la conducta impacta en ese espacio?

Cuando el motivo de consulta es una conducta que se produce o es visible en un ámbito público (por ejemplo la escuela) ¿predomina la indicación de consultar?

Queda claro que hay categorías que se superponen o combinan, puede haber un motivo privado, del ámbito familiar para consultar al que se suma por ejemplo lo escolar.

Qué entienden los padres por una dificultad que motiva la consulta es un punto a desarrollar en cuanto hace a la decisión de consultar y a los desencadenantes de la misma.

Una madre (E 2) relata que cuando su hija tenía 4 años consultó con una psicóloga que indicó psicoterapia de familia y le dijo que, según como ella la viera, decidiera si era necesario o no hacer un tratamiento con una psicóloga de un centro de salud. La madre comenta que, actualmente, la niña de 6 años llora frecuentemente y la ve nerviosa, le preguntó a la pediatra qué hacer, y esta le dijo que podía volver a consultar. Es así que consultó nuevamente: «capaz que, también, a veces, cuando te dicen que cuando está nerviosa, hay que llevarla al psicólogo para ver qué tiene, es por eso, también que consulté». «Él (su pareja actual) me dijo que probara, que viniera, que capaz que, realmente, podían ayudarla, si ella está muy nerviosa» (E 2, madre niña 6 años). Se produjo así, un nuevo intento de la madre de encontrar apoyo para la niña.

Otra madre (E12) hablaba de su percepción de las dificultades del hijo desde pequeño, y con la oposición dentro del ambiente familiar del lado de los hombres, pero con el apoyo de su madre, decide consultar. Ella relata: «Desde chiquito, él tenía menos de dos años y yo ya veía las diferencias porque era muy tranquilo y no identificaba ni siquiera su nombre [...] lo único que hacía era ponerse frente a la tele y hacía cosas que ahora se le fueron pero... hacía cosas con los ojos, con las manos». «Vas notando que él no es igual [...] Enseguida lo llevé, en realidad la familia era la que no quería [...] decían no, él es normal. En realidad los hombres, mi padre y mi hermano [...] Si mi madre somos de hablar mucho entonces lo que yo notaba ella también lo observaba [...] ellos no se daban cuenta.» «No quieren ver ellos.» Comentó las conductas que le llamaban la atención del hijo, y señalaba como lo que para ella era significativo no es así para el padre y hermanos de ella que lo ven normal, prefiere consultar. Explica que ella insiste en consultar pues «habían quedado ya 2 años», se refería a que habían pasado dos años desde que consultó por primera vez y le dijeron que había que esperar. «Yo lo llevé, fuimos con mi madre [...] lo llevé al X. (hospital) [...] le hicieron jugar con unas cositas, repitió las palabras bien [...] dijo que el habla estaba lo más bien, lo hicieron jugar, que tenía fobia, cerraron la puerta empezó a los gritos. [...] le dieron unos libros, ponía cada cosa en su lugar, los cuadraditos y eso, cada cosa en su lugar eso lo vieron bien y después me dijeron que tenía que esperar porque era muy chiquito [...] porque era dudoso [...] que quizás a los 3, 4 se le iba.» Ella nota las dificultades y los hombres de la familia se sorprenden con actitudes que para ellos son logros: «Si yo le veo la parte de los problemas y los hombres le ven: ¡ay!, mirá lo que hace» (E 12 madre de varón de 4 años).

Otro caso de decisión en el ámbito familiar, en el que también hubo una consulta previa y ahora con el apoyo de la maestra la madre (E 14) vuelve a consultar, dice que ella comenzó a pensar en consultar: «yo empecé, en la escuela, porque el año pasado cuando él hizo cinco¹⁰ [...] en la escuela de X, pero como era un grupo muy grande, muy grande, estaba la psicóloga de la escuela [...] me dijo: yo te sugeriría que tú lo llevaras porque a él le cuesta integrarse». Ella notó algo en el hijo que le preocupaba y a quien primero consultó fue a la psicóloga de la escuela que la tenía como referente. Esta confirmó la necesidad de consultar pero cuando la madre accedió a la consulta los profesionales que vieron al hijo le dijeron que era muy pronto. Sigue contando con el apoyo de la madre y comenta: «Y quiere que consulte porque mi mamá se da cuenta como que él tienen algún problemita» (E 14 madre de varón de 6 años). La primera consulta con el psicólogo se había hecho en el ámbito educativo, la madre fue derivada a un centro de salud y según su relato lo que ocurre es que no se atendió al niño. Dice: «Pero, yo lo traje y dijeron que era muy pronto, que era muy chico». «Inclusive le mostré los papeles a la doctora, que no, que era muy pronto para hacer una evaluación» (E 14 madre de varón de 6 años).

A partir de ahí decidió enviar a sus hijos a un colegio privado accesible y allí la maestra fue quien insistió en que era necesario apoyarlo. A sugerencia de esta consulta en forma particular a una psicopedagoga que le dice: «no señora, yo lo que puedo hacer es orientarla, pero él no está para hacer un tratamiento».

En esta tercera consulta, quien insiste para que se lleve a cabo la consulta es la maestra, quien le dice que a pesar de estar en un grupo pequeño no ha logrado mejorar en los conocimientos. Sin embargo la decisión siempre fue de ella. «Yo permanentemente hablando con la maestra, la maestra me dice: no, estamos en lo mismo [...] no había avances» (E 14 madre de varón de 6 años).

Estos tres casos anteriores donde la decisión fue tomada en el ámbito familiar chocaron en un primer momento con la opinión de algún técnico que negó la pertinencia de consultar, el camino de las acciones para acceder a la atención para el hijo quedó por un tiempo truncado, sin embargo es significativo la insistencia. Esto provoca que la actual decisión de consultar pueda darse porque los padres aún están preocupados por lo que le ocurre al niño e insisten buscando otros lugares donde consultar.

También, cuando ya hubo una consulta previa, en ocasiones es otro profesional que ve al niño en la actualidad e insiste en que es necesario consultar nuevamente.

Tal vez la posición de los padres no es tan clara cuando las opiniones de distintos profesionales los detienen y la consulta no se concreta. O tal vez, la atribución de saber a esos profesionales hace tambalear la decisión de consultar.

10 Los niveles de educación inicial o preescolar se numeran de acuerdo a la edad que tiene el niño cuando los cursa: nivel cinco corresponde a 5 años, lo que también se nombra jardinera, es el último año antes del ingreso al ciclo escolar.

Cuando lo sintomático se expresa en el ambiente familiar y no en el educativo, si genera malestar o preocupación para los padres, son estos quienes deciden consultar, incluso cumpliendo con los pasajes necesarios para poder consultar que implican que de alguna forma otro certifique que es necesario consultar.

Generalmente los padres traen al niño porque el síntoma de este les resulta insoportable. Esto insoportable, a su vez, tiene valor de verdad pues en los padres también hay algo en juego; en ellos se pone en juego lo más íntimo del sujeto que son ellos; su queja en relación con el niño, así la presenten como algo exterior a ellos, da cuenta con frecuencia de un punto de verdad que les es inherente, y que como tal lo ignoran, ya que revela el valor de objeto para cada uno de ellos, puesto que remite a la posición de goce, al fantasma de cada padre, es decir, al punto que los divide (Mesa de Uribe, 2012).

Con mucha claridad una madre (E 17) expresa: «Yo fui a hablar con la maestra y le dije si me podía hacer (se refiere al informe), porque yo veía que él tenía como algo. [...] sobre todo que él tiene ese problema de que se hace pichí» (E 17 madre de varón de 6 años).

Un padre (E 18) que consulta pidiendo ayuda ante lo difícil que le resulta criar a su hijo deja en claro que, dado que el niño presenta enuresis y encopresis en el hogar, la decisión de consultar fue suya «porque él en la escuela, no se hace [...] en la escuela es otro niño» (E 18 padre varón de 5 años). Esta es una de las situaciones en las que queda bien demarcada la diferencia de dónde se produce lo sintomático, y cómo lleva a decidir en el ámbito familiar el pedir ayuda.

Si los padres desarrollan estrategias para concretar la consulta, esto pone en cuestión la magnitud, al menos en algunos casos de las resistencias de las que son portadores y por las que se les adjudica muchas veces el fracaso de los procesos de psicoterapia con los niños. Es importante interrogarse si se facilita a los padres acceder a la ayuda que buscan para los hijos o diferentes obstáculos, como la solicitud de presentar un informe, más que favorecer un proceso de alianza terapéutica desde los primeros encuentros o refuerza los aspectos resistenciales.

Indicación de la necesidad de consultar

Estamos en el nivel de la sugerencia. Es decir, un profesional que conoce al niño (pediatra, maestra, médico de familia, etc.) debido a su formación específica y su contacto con él, nota dificultades que tal vez no son obvias para los padres o incluso dificultades que estos no pueden percibir como tales. Una de las razones de que la solicitud de consultar surja en el ámbito público es que la conducta que genera preocupación al profesional se produce en un ámbito ajeno a los padres, como la escuela.

Si los padres no consultaron por sí mismos, esto puede responder a que no ven ninguna dificultad en el hijo, no saben a quién recurrir (dónde y cómo solicitar ayuda profesional), a que confían en que la situación se resolverá por sí misma o siguen ensayando soluciones ellos como padres.

No arriesgaría a afirmar que a diferencia de los padres que consultan por decisión propia, aquellos a quienes se les indica la consulta, no pueden percibir dificultades o no están atentos a lo que a los hijos les sucede, por supuesto, en este sentido la singularidad de cada caso marca el por qué el movimiento viene de afuera. Una de las razones fundamentales parecería ser que el problema se manifiesta afuera del hogar, y por lo tanto, necesitan que otro se los señale.

La consulta puede haber sido sugerida en la actualidad y desencadenar efectivamente las acciones necesarias para conseguir atención para el niño, o fue sugerida con anterioridad y recién se significa como necesaria en este momento. En este último caso puede suceder que los padres perciben que la conducta o dificultad es mayor, o puede suceder que al ser un nuevo profesional el que pide la consulta, recién ahora se refuerza la idea de que es necesario hacer la consulta.

Una madre (E 6) afirma: «En realidad fue a demanda de la maestra, no fue a demanda mía [...] el año anterior, la maestra anterior había notado». Comenta que el hijo solo quería jugar con una niña —a la que le terminó pegando— y los padres de esta niña consultaron a psicólogo, «bueno la maestra me planteó esa situación. Y ahí, empecé a averiguar yo» (E 6 madre varón 5 años). Consultó con una psicóloga con la que según relata el niño no quería ir, y no habló. Dado que consideró que con una psicóloga el niño se negaba a expresarse, la maestra intervino nuevamente indicando directamente otra especialidad profesional que entendía era la indicada para atender al niño: «Lo que me planteó la maestra es llevarlo a una institución, pero no psicólogo, porque como con la psicóloga él se cerraba, no quería ni hablar ni nada, de repente, hacer tipo psicomotricidad o algo de eso y hacer, a través de la psicomotricidad, alguna orientación con la psicóloga» (E 6 madre de varón de 5 años).

Los recorridos y diálogos con diversos profesionales pueden anteceder la consulta que finalmente se realiza; otros técnicos pueden sugerir, informar o brindar apoyo buscando que la consulta se concrete.

Una madre (E 9) que tuvo que consultar médico porque su hijo sufría desmayos, relata que por un lado el pediatra la empezó: «a mandar, le hizo como una coordinación acá, para que yo no fuera, para no estar gastando en el boleto de ir a pedir la coordinación». Luego lo evaluó la neuropediatra, según la madre: «yo le empecé a contar que había muchos problemas» dentro del ámbito familiar y entonces la profesional le dijo que lo lleve al equipo de salud mental (E 9 madre de varón de 4 años).

Una entrevistada (E 13) que consulta por su hijo de 8 años describe cómo se produjo la indicación de consultar: «Lo mandó la doctora porque él se porta mal en la escuela, y ta. Pero de ahí, la doctora me lo derivó al psiquiatra, porque él a los cinco, seis años, se me intoxicó con pastillas». En ese incidente el hijo y un primo alcanzaron medicación que estaba a una altura considerable y la tomaron. Desde ese momento, ya en la internación del niño, este se tornó agresivo con los médicos. La agresividad, que ahora caracteriza al niño y todas las dificultades parece explicarlas por ese siniestro momento donde el hijo dejó de ser quien

era. Expresa su sorpresa ante las conductas del niño en el ámbito escolar y la idea de consultar en salud mental parece bastante ajena a su iniciativa: «dice la maestra que la insulta y esto que, pero no sé. Yo le digo a la maestra: yo no me, no me..., de nada, porque en mi casa es igual, ¿eh?». Aquí, al decir igual, se refiere a que es igual a sí mismo, a cómo era antes, pero a la vez relata conductas que la preocupan.

Los problemas —de conducta por ejemplo— y de aprendizaje quedan limitados a la escuela: «Si porque la doctora, la maestra me dijo que lo mandara, que pidiera para mandarlo al psicólogo, a alguien. Además, por el problema de aprendizaje de él». «Y tiene eso, que me dijo la maestra, que se olvida de las cosas y ta, y tiene problemas de lenguaje, matemáticas, dice, yo qué sé.» (E 13 madre de varón de 8 años).

«Grita, sale corriendo, dice que si le pego se va a ahorcar, que no sé qué, que no sé cuánto. No sé si lo dice por hacerlo, o más bien, para asustarme.» (E 13) Las amenazas son frecuentes al punto de que la madre reconoce que ella revisa debajo de su cama para descartar que efectivamente no tenga una cuerda para ahorcarse. Estas conductas son explicadas por el padre como actitudes intencionales del niño y les quita importancia, por lo que la madre oscila entre creerle al esposo y calmarse o permanecer atenta a su hijo con temor a que realice algo peligroso para sí mismo.

«Tiene eso, que me dijo la maestra, que se olvida de las cosas y ta, y tiene problemas de lenguaje, matemáticas, dice, yo qué sé» (E 13 madre varón de 8 años).

Ese «yo qué sé», da cuenta de sus dudas ¿hasta dónde le cree a la maestra?, ¿hasta dónde son preocupantes las conductas del hijo? Pero al ir avanzando en su relato comienza a plantear algo que la implica directamente en tanto madre, pues lo sintomático del hijo la involucra dando respuesta a sus temores con su presencia permanente.

«En la cama solo no duerme ni loco porque tiene miedo. [...] No te duerme con la luz apagada, él tiene miedo de estar adentro de una casa sola, porque si yo, estamos yo y él y yo estoy lavando y salgo para el fondo a colgar, él empieza: ¿mamá, mamá?» (E 13 madre varón de 8 años).

Los temores del niño cobran un cariz bastante dramático y a partir del relato de esas fantasías o sueños, los problemas del hijo son tomados en cuenta por otro profesional que no ve solo los problemas escolares sino que puede considerar estas otras conductas con la importancia que tienen. Recibió la indicación de la pediatra: «Por eso la doctora lo mandó, porque él dice que sueña de que lo quieren matar y la doctora le preguntó si él veía quién quería matarlo a él, si era alguno de la familia o... y dice que no» (E 13 madre varón de 8 años).

La oscilación del juicio de la entrevistada sobre la necesidad de consultar, o sobre la gravedad de las conductas del hijo, deja entrever momentos donde parece percibir la preocupación de los profesionales como infundada o hasta ridícula, el niño debe consultar al psicólogo porque no sabe contar y tiene pesadillas.

Tanto sea que la decisión fue tomada en el ámbito familiar o fue una sugerencia de algún técnico, en el camino de elaboración y ejecución de la decisión de consultar se producen diálogos con profesionales que no serán quienes, de ser necesario, finalmente lleven a cabo el tratamiento del niño, pero que incidirán en los tiempos o las formas en que efectivamente puedan concretar la consulta. Esos encuentros son como mojones, que van marcando etapas en el camino hasta que llegan a la consulta con el equipo de salud mental.

Una madre (E 1) a quien la maestra y el director le indicaron que consultara, también reconoce la necesidad de consultar: «Los dos fuimos (el padre del niño y ella) a pediatra y le planteamos que queríamos que consultara A (su hijo) con una psiquiatra o un psicólogo». (E1 madre de varón de 12 años). No se dirigen directamente al equipo de salud mental sino que recurren a otro profesional, que conoce al niño y a ellos, y piden desde allí la orientación para ejecutar los pasos necesarios para concretar la consulta.

El intento de buscar ayuda psicológica en el ámbito privado no es excepcional; los padres conocen los tiempos de demora y buscan otras opciones: «Entonces, ta, consultamos con una psicóloga, lo llevé. [...] tres veces lo llevé. La primera vez, fue con el papá, no habló nada; nada, nada. La segunda vez, las otras veces fue conmigo y tampoco habló ni una palabra en toda la consulta, nada, la psicóloga habló conmigo. No quería él, nunca quiso ir» (E 5 madre de varón de 10 años).

Imposición de la consulta

Son pocos los casos donde directamente se impone a los padres la realización de la consulta como algo obligatorio, donde se expresa algún tipo de presión para que se concrete la asistencia al niño. Esa presión puede ser explícita, la maestra o director/a de la escuela le ordenan a los padres que consulten y, si no lo hacen, su decisión tendrá consecuencias. Sean explicitadas o no cuáles serán las consecuencias, se deja claro a los padres que desde la institución educativa se tomarán medidas.

Pero la imposición de la consulta puede darse de un modo sutil, pero igualmente efectivo, por ejemplo, cuando los docentes insisten de forma persistente pero sin amenazar con consecuencias si la consulta no se realiza.

Se impone la consulta y se hace depender la aprobación del año escolar en función de ella, o se amenaza con la denuncia policial en casos de violencia doméstica. Pero hay formas implícitas de apurar los procesos de concreción de un día y hora para la entrevista. Incluso la maestra o directora llegan a plantear ir personalmente o llamar al equipo de salud para reclamar que se le dé una hora a ese niño en particular. Las docentes proponen llamar o ir personalmente, posiblemente para no arriesgarse a que los padres no consulten, pero entiendo también dejan entrever la creencia en cierto poderío sobre los equipos de profesionales de la salud, como que si el hecho de ser docente o director de

una institución educativa o médico del niño agilizaría el trámite. Es posible que efectivamente esto sea así.

Cuando los padres vienen a la consulta respondiendo a un mandato del otro social —encarnado por la institución educativa—, en general consideran que la percepción de quien les mandó consultar es errónea o desmedida en función del síntoma del niño.

Esta vertiente real de la transferencia según Flesler (2011) es signo de poca disponibilidad de los padres ante lo analítico. Siendo que en las entrevistas iniciales es donde se puede clarificar cuáles fueron los movimientos previos a la consulta, y la transferencia que comienza a manifestarse, aquellas —según la autora— no pueden ser pensadas como un trámite a realizar. Ortigués (1987) desaconseja que los padres queden atrapados en un tratamiento que no han decidido, por la demanda de otros.

En el relato de una madre (E 1) puede verse una imposición directa de la maestra: «Pero como la maestra vio que éramos consecuentes, que éramos ahí, pendientes de él, nos dijo: bueno, yo lo voy a pasar, pero con el fin de que el año que viene, él reciba tratamiento». Y, luego los docentes a cargo del niño el siguiente año, imponen la consulta de una forma más sutil, deslizada al modo de queja contra las demoras en el centro de salud: «Ellos (la maestra y el director) reclaman que A (su hijo) tenga un tratamiento, porque él es un botija que no necesariamente es un problema de aprendizaje». (E 1 madre de varón de 12 años).

A través de la pasantía pude ver cómo la demanda de las maestras está presente a través de llamados o en encuentros donde dejan entrever su preocupación por la demora en las consultas. Se puede suponer que la certeza sobre la necesidad de la consulta y la premura de que ella se realice, deja entrever que quizás la palabra de los padres no sea escuchada en los tiempos que para quien indica la consulta son de urgencia.

La toma de decisión puede ser de tal complejidad que implica distintos niveles, un caso (E 10) fue muy significativo dado que en un primer momento, hay una indicación de consultar de la maestra, que lo sugiere por problemas de aprendizaje de la niña. Luego, esta, pide ayuda para salir de una situación de violencia y convivencia con el padre drogadicto, pide ayuda a quien puede, a sus referentes diarios, es decir en el ámbito escolar. Desde ese momento, ante el pedido de ayuda de la niña, la maestra amenaza a la madre con denunciarla a la policía o a la justicia si no soluciona lo que ocurre en la casa.

Los distintos momentos en la decisión de consultar son narrados del siguiente modo: «El año pasado, que se olvidó de darme el papel¹¹ [...] yo sé, porque yo me daba cuenta que se olvidaba de las tareas, en que no sabía qué era lo que había puesto la maestra [...] Y no entendía y no entendía. Y me acuerdo cuando me llama la maestra, me dice: bueno, mirá, yo lo que le veo a G, que te voy a dar... [...] el pase para psicólogo [...] Ella le vio, ¿cómo es?, que ella, pone-

11 Se refiere al informe o nota que debe presentar la madre al solicitar atención psicológica en el Comité de recepción.

le, ella se equivoca y se sigue equivocando un poco, no tanto, en el tema de las letras». «Ella (la hija) fue la que lo denunció en la escuela por maltrato. Habló la maestra conmigo [...] y me dice: madre, arreglá el problema, porque si no, nosotros tenemos que hacer la denuncia desde la escuela, capaz que te la sacan.» (E 10 madre de niña de 12 años).

Queda a mi modo de ver en duda la afirmación de Finch (citado por Maffei) de que el niño no pide ayuda por sí mismo. Es difícil que el niño acceda directamente al psiquiatra o psicólogo pero el niño pide ayuda a la persona en quien confía y tiene cerca, la maestra.

Una entrevista donde claramente hay una imposición de la consulta es la siguiente: «Ella, la maestra la mandó por problemas se aprendizaje en matemática, y ta, para ver si la pueden evaluar para pasarla de grado». «La maestra está en duda. Ella en realidad este año subió un poco, ahora el mes pasado subió un poco la nota pero está la maestra en duda de si la pasa o no la pasa.» (E 11 madre de niña de 10 años). La madre no entiende por qué tiene que llevar a la niña en noviembre a consulta, ya que no ve los problemas de aprendizaje.

«La mayoría de los cuadernos tiene buena nota, no entiendo el porqué de la maestra.» El día de la entrevista de investigación, era el primer día que la practicante de psicología veía a la niña y la madre se quejó del tiempo que va a tener que disponer para traerla. Se puede suponer que alcanzar una alianza de trabajo será imposible o al menos muy dificultoso, cuando lo que antecedió al encuentro con los padres fue la imposición de la necesidad de consultar por parte de un tercero.

Me pregunto: ¿debe el equipo de salud responder a este tipo de demandas?, la decisión de promoción de año es de la docente, y la idea de diagnosticar, es para apoyar a la niña.

En ámbitos donde la demanda de los usuarios es mayor que los recursos profesionales para brindar asistencia, pueden precipitarse instancias diagnósticas donde los técnicos deben responder a solicitudes de otros ámbitos, en especial del educativo. En estas situaciones es posible deslizarse, como recuerda Muniz (2013), hacia el paradigma del déficit.

Se encuentran algunos desvíos en cuanto a diagnósticos, tratamientos y prevención de la enfermedad. Debido a una demanda inabarcable, los consultorios de policlínicos barriales, hospitalarios u otros privados, se automatizan con diagnósticos rápidos que conllevan a terapéuticas que no siempre son precedidas por el necesario proceso de diagnóstico clínico en todo su amplio sentido: ver al paciente, examinarlo, conocerlo, conocer su forma de vida, orientarlo en la medida de sus necesidades y de sus redes más inmediatas. Los niños no escapan a ello (Muniz, 2013, p. 142).

La escuela, desbordada de niños que llegan con múltiples carencias, recurre al sistema de salud buscando soluciones que en ocasiones son simplemente ayuda para controlar a los niños. Cuando los padres llegan a la consulta solicitando atención para su hijo pues se les ha impuesto, la imposición no es solo para esos

padres, de alguna forma se impone a los profesionales la demanda de una respuesta apresurada. Sería conveniente indagar las necesidades que la institución educativa espera que los profesionales de la salud mental respondan, y dialogar sobre cuáles son los motivos que desde su visión determinan la indicación de la consulta a los padres.

Una indicación de consultar termina siendo una forma sutil de imposición de la consulta. La madre comenta: «Y fue una semana y algo atrás, antes de que yo viniera..., que la directora me dijo: si tu no consigues número, voy yo temprano y pido» (E 16 madre niña de 7 años).

Es interesante ver cómo se articulan la indicación con la imposición de la consulta. Ese tipo de comentarios sugiere una forma sutil de imposición, asegurarse que los padres van a consultar. Pero también, dado el conocimiento que maestras y médicos tienen de los tiempos de demora de las consultas, parece ser un indicador de reclamo hacia los técnicos del centro de salud.

Cuando los padres llegan enviados, es más frecuente notar que no pueden delimitar en forma clara los roles profesionales, no saben qué tarea cumple cada especialista, y al relatar quiénes han visto a su hijo o a qué profesional los derivan, pueden confundir fácilmente por ejemplo fonoaudiólogo con psicólogo, psiquiatra con neurólogo, etc.

Surgió en el relato de algunos padres, el hecho de haber hablado con algún profesional o realizado una primera consulta, los técnicos a los que ellos plantearon su preocupación por el niño, desestimaron la pertinencia de realizar el tratamiento en ese momento.

Esta negativa a asistir al niño en esa primera consulta se fundamentó, según los relatos en argumentos tales como: la edad del niño (hay que esperar para evaluar) o en el funcionamiento del sistema de salud, por ejemplo el centro donde se solicitó atención no le corresponde por la zona donde vive. Se puede pensar que así se reavivaron aspectos resistenciales y la consulta se produjo pues alguien insistió en que es necesario consultar. En algunos casos provocó la minimización de lo que ocurre y fue necesario el recrudecimiento de los síntomas para realizar un segundo intento para consultar.

Al analizar los desencadenantes actuales de la consulta, nos encontramos con que fue necesario que algo hiciera ruido nuevamente para promover un movimiento en los padres, que ya había sido hecho en otro momento.

Desencadenantes actuales

Son las percepciones que los padres o quienes indican la consulta tienen sobre el niño y que los llevan a considerar que es necesario consultar. Es lo que hace molesta en el ámbito privado-familiar o en el público-escolar, en tanto las conductas del niño no coinciden con lo que se espera de él. ¿Qué causas o motivos hacen que las dificultades del hijo se conviertan para los padres en un motivo de consulta?

La idea de que hay motivaciones que desencadenan, es decir empujan a accionar el pedido de consulta responde a la confirmación en varios relatos de que existe una temporalidad que va marcando distintos momentos respecto a la decisión de consultar. Aun habiendo decidido consultar, se posterga o se disuelve la idea, por ejemplo ante el logro de pasaje de año escolar, pero a la vez hay momentos de eclosión donde algo precipita movimientos para conseguir que el hijo sea atendido.

En ese sentido, los motivos que los padres dan de por qué realizar la consulta en este momento habla de los procesos internos de la decisión de consultar.

Podemos intuir que si una conducta era vista como normal o no tan problemática, toma otro cariz y eso puede determinar un cambio de percepción en la gravedad de lo que le ocurre al hijo y por lo tanto, de la necesidad de concretar la consulta.

El motivo de consulta se vincula también con los ideales de cómo debe comportarse un niño, sea para los padres o los maestros, ideales que se relacionarían con los conceptos de salud y enfermedad que ellos tienen o la noción de qué es un niño.

Si bien lo que llega del ámbito escolar es a través del discurso de los padres, es posible entrever parte de lo que en la escuela es considerado problemático y amerita la intervención de un profesional externo al centro educativo. Básicamente lo que hace «ruido» son la serie de conductas de impulsividad y agresividad. Estas son el motivo de consulta preponderante, sea que los padres deciden consultar por sí mismos o hay una indicación del ámbito escolar.

Cuando los problemas escolares son los desencadenantes, promueven, en general, la impotencia por las dificultades para manejar la conducta del hijo.

Pastrana (2007) estudió en Colombia la agresividad como motivo de consulta más frecuente en las consultas por niños en un Servicio de Salud, e identificó factores familiares y socioculturales relacionados.

Se ha visto claramente que el comportamiento agresivo en el escolar está relacionado con diversos factores, entre ellos patrones repetitivos de agresividad asumidos por los niños de acuerdo a lo que viven al interior de su familia, la falta de criterios claros de los padres para la formación de sus hijos, la influencia de los contextos sociales y comunitarios cercanos al niño, los cuales están llenos de acciones violentas y retaliaciones asociadas a un significado profundo de la lucha «por el poder, la defensa y el contraataque» (Pastrana, 2007, p. 59).

De acuerdo a su afirmación, sería interesante indagar en nuestro país las características familiares, culturales y sociales que inciden en la aparición de estas conductas en los niños. A la vez, evaluar, de acuerdo a lo que he venido afirmando en la tesis, cuál es el parámetro de medida que los padres y docentes utilizan para definir la agresividad, y solicitar una intervención psicológica para el niño.

El otro motivo desencadenante de la consulta que aparece con frecuencia son las dificultades de aprendizaje. Para Alejandro Jaglin, psicoanalista uruguayo, las dificultades de aprendizaje son el síntoma omnipresente que se pide suprimir

rápidamente: «en bien de todos: de la institución educativa que no resulta cuestionada, de la estructura familiar, evitando culpas y angustias, y finalmente del niño que debe ser devuelto al camino correcto» (Jaglin, 2008, p. 134).

En los casos donde hay una indicación de consultar, y más aún, cuando se trata de una imposición de la consulta, es claro que los padres quedan colocados en el espacio intermedio entre dos instituciones: la educativa y la de la salud, donde su función parece ser transportar al niño para que otros se hagan cargo. Como dice el autor, estos procesos suceden sin interrogarse por el funcionamiento de la institución educativa, también ¿sin cuestionamientos sobre las respuestas que el sistema de salud brinda a la demanda del sistema educativo?

Las dificultades en la atención fueron señaladas como parte de las problemáticas a partir de las que las maestras indican la necesidad de consultar. El problema queda centrado en lo que el niño no puede lograr —atender— como si la función de atención fuera independiente del contexto de pobreza en que ese niño se está formando como sujeto pensante. Al respecto, son fundamentales los aportes al tema en el marco de la investigación «La función atencional en la generación Milenium. Interrogando el diagnóstico de ADD/ADHD» (2010-2012). Las autoras destacan la importancia del impacto que puede tener la pobreza sobre la disponibilidad de la madre en la crianza de su hijo, al estar abocada a lidiar con necesidades básicas insatisfechas. Señalan: «Sus producciones gráficas mostraron fallas en la constitución subjetiva (en la diferenciación yo-no yo), ausencia de escena y de otro personaje, dando cuenta de la dificultad para significar al mundo y a los otros, necesarios en el proceso de atender» (Cristóforo, Delgado, Valazza y Pou, 2013).

Desde la escuela se demanda que el niño pueda atender, que pueda regular una función que parecería escapar a toda la complejidad de condicionantes entre las que se incluye el contexto de pobreza en el que el niño vive y en el que la escuela se inserta.

Respecto del fracaso en la adquisición de los conocimientos, la escuela es el lugar privilegiado donde lo académico es evaluado y al no seguir los ritmos esperados para la edad y contenidos curriculares programados para el año que cursa justificarían la recomendación de consultar.

En el relato de los padres dan cuenta de cómo algunos docentes manifiestan su propia impotencia ante la conducta del niño (por ejemplo ante la agresividad), sus dudas ante lo enigmático y las barreras para acercarse al niño (por ejemplo cuando no habla), y también su compromiso ante situaciones donde el niño está en riesgo por un contexto familiar de violencia. Se confirma la idea de Maffei de que para definir lo que no funciona dentro del grupo social, la cuota de malestar que ocasiona a los adultos es la guía que decide.

Es excepcional que los padres decidan consultar por sí mismos, cuando la dificultad se da en el ámbito educativo.

El desencadenante, al definir la necesidad de consultar, tira abajo teorías de cura espontánea, de madurez del niño (aún es pequeño y hay que esperar)

y elimina la teoría de cambio mágico de la conducta del niño ante un cambio exterior (de escuela, mudanza, etc.).

Realizar la consulta por decisión propia, deja caer la idea de poder hacer algo con lo que le ocurre al hijo, deja en evidencia, en aquellos que lo intentaron, que no han podido modificar lo que les preocupaba.

Algunos padres tienen la convicción de que es necesario ayudar al niño con problemas que ellos entienden como de índole psicológico. En general, estos adultos han atravesado situaciones límite o están pudiendo darle un nuevo sentido a un hecho o vivencias que tuvieron connotaciones traumáticas para la familia. Pueden pedir ayuda para sus hijos, y tal vez, a través de estos, para sí mismos.

Otra situación donde toman la iniciativa, es cuando surgen conductas consideradas peligrosas para el niño o para otros (fugas, hetero y autoagresividad), se produzcan en el ámbito familiar o escolar.

La misma conducta puede estar presente en ambos ámbitos, o en caso de sugerir la consulta desde un espacio extrafamiliar pueden sumarse dificultades que son propias del ámbito familiar. ¿Qué es lo que falla en un niño para desencadenar en el ámbito familiar o en el escolar la necesidad de consultar?

Los discursos sobre lo que falla, se centran en lo que resuena en lo social: la agresividad en tiempos de violencia generalizada o las dificultades de aprendizaje, cuando el éxito es uno de los valores supremos de la cultura actual. Discursos portados por los padres, ideas propias, de docentes, médicos e incluso tomadas de los medios de comunicación. Esos discursos están entrelazados, se fusionan y responden a un orden cultural y social que ha construido para cada época la idea de qué es un niño. Concepto de niño que integra el lado normativo, en tanto sirve de medida para diagramar lo patológico.

Conductas en lo público

El espacio privilegiado donde el niño es observado por otros que no son de su familia es la escuela. Allí si son detectadas dificultades, por ejemplo en el manejo de la agresividad, puede producirse la indicación de la consulta.

«Ha tenido conductas como que muy..., un poco agresivas, un poco inestables, y lo mantiene como muy hiperactivo en la clase, y no logra concentrarse.» «A él se le ha hecho difícil la participación con los compañeritos [...] porque se está poniendo agresivo.» (E 1 madre de varón de 12 años).

«Mi hijo está siendo agresivo, en la escuela [...] repitió segundo año.» «Lo de agresividad estuvo siempre. Primero era contra él solo, se pegaba, con puño, o la cabeza contra la pared.» (E 5 madre de varón de 10 años).

«Me decía es que notaba que se frustraba mucho cuando no se hacía lo que él quería, o sea, no sabía aceptar tiempos, límites, nada.» (E 6 madre de varón de 5 años).

«Tiene problemas de conducta en la escuela [...] muy inquieto, no se concentra para trabajar, rompe los cuadernos, rompe lápiz, rompe gomas, rompe

mochila [...] el tema de que rompe y esa conducta así, es en la escuela.» [...] (E 3 madre de varón de 7 años).

El otro desencadenante privilegiado es alguna dificultad en el aprendizaje.

«Bueno, es difícil porque son cuatro varones. [...] porque ellos pasaron de clase sin saber nada.» «El estudio, están yendo sin saber nada [...] los tuvieron que pasar por edad, está en tercero.» (E 8 madre de varón de 9 años).

La maestra: «dice que ta, que ahora no está como para pasarlo a segundo, pero como él está muy grande y como que él es el que manda ahí en el salón.» «Él no, por ejemplo, no sabe, todavía, contar hasta 100» «y tiene problemas de lenguaje, matemáticas, dice, yo qué sé.» (E 13 madre de varón de 8 años).

«Después en primero me di cuenta con la maestra, porque la maestra me contó que él no sabía escribir el nombre.» «Que le costaba mucho aprender, que terminaba muy lento.» (E 17 madre de varón de 6 años).

Conductas en lo privado

Uno de los desencadenantes en los padres de la decisión de consultar, son las dificultades para controlar la conducta del niño que les molesta. No logran poner límites a lo pulsional del hijo, que emerge descontrolado, o los comportamientos afectan a otros miembros de la familia.

«Su padre ha perdido autoridad para con él [...] Ha perdido autoridad cuando lo corrige, el niño como que le habla demasiado fuerte.» (E 1 madre de varón de 12 años).

«Se pone nerviosa, de repente, o le decís algo y llora, o se la agarra con las hermanas, le quiere pegar.» «Le estás hablando y le decís algo, y le das una orden y de repente, vos la ponés en penitencia y se levanta y se va y vuelve a hacer lo mismo.» (E 2 madre de niña de 6 años).

«Siempre fue un niño que fue caprichoso, bastante, sí fue de rabietas, de patear cuando no se hace lo que, bueno, cuando no se hace lo que él quiere.» (E 6 madre de varón de 5 años).

«Está medio agresivo, se desahoga pegando, entonces uno ve esas cosas y a uno le interesa también.» «Se ponía como a pegar, viste, como a, seguro, se ve que era la manera de desahogarse de él viste [...] Incluso con los hermanos también.» (E 7 padre de varón de 7 años).

«Él, a veces, está bien, y de repente, como que se enoja y empieza a los gritos y a veces, le dice a la hermana: ta, basta, no me toques, no me pegues, no me mires [...] se pone como enojado, como que tiene momentos depresivos. Porque él es muy... de llorar muy fácil. [...] como que se enoja y se aísla.» (E 14 madre de varón de 6 años).

Otros desencadenantes son la enuresis y encopresis, los trastornos del sueño o trastornos del habla, conductas que generan mucho malestar e inquietud en los padres, pues los afecta directamente, alterando sus tiempos de descanso o teniendo que ocuparse de la higiene de los hijos.

«Una de ellas es que se me sigue haciendo encima, tiene cinco años y duerme de pañales.» (E 18 padre de varón de 5 años).

«Porque él no habla [...] No te dice una frase entera... las palabras que puede identificar, esas son las que dice [...] No es que no las pueda pronunciar porque cuando le decís él la repite. No sabe lo que quiere decir no te las dice.» «Tiene ataques de pánico [...] se me da contra las paredes [...] con los fuegos artificiales, el ruido [...] se tapa los oídos y empieza a gritar.» (E 12 madre de varón de 4 años).

«Problema de que se hace pichí [...] también que se despierta, a veces o le cuesta irse a dormir, se pasa para nuestra cama, de noche tiene miedo.» (E 17 madre de varón de 6 años).

«Tenemos otro gran problema [...] él duerme con nosotros, que ese es el problema más grave.» (E 15 madre de varón de 9 años).

También las situaciones de violencia, maltrato vividas en el hogar, impulsan —a veces luego de mucho tiempo de sufrimiento— la decisión de pedir ayuda y consultar por el hijo para sanar lo dañado.

«Me escapé con él (su hijo), de casa por violencia domestica. La violencia psicológica y física hacia los dos era insoportable, estuvimos cuatro años encerrados en casa.» «Y bueno, y ese es el problema, digamos que nos trajo.» (E 5 madre de varón de 10 años).

Rojas (2005), señala que con frecuencia la consulta por un hijo se produce en relación con el estallido de una crisis familiar, a partir del trabajo en estas entrevistas con los padres, no podría aseverar que esto sea así. La crisis familiar parece haber ocurrido en un tiempo anterior y en todo caso, piden medir las consecuencias que ha ocasionado en el niño.

Aspectos positivos del hijo

Algunos padres expresaron aspectos positivos de los hijos, tal vez, como contraposición a lo que del niño es motivo de preocupación, hablaron espontáneamente de las cualidades que definen a sus hijos. Aun en un contexto donde se pone en jaque la coincidencia del hijo real con la imagen ideal del hijo, expresar la permanencia en sus niños de atributos valorados es tal vez un intento de recuperar la imagen idealizada del hijo. Es también rescatarse a sí mismos, en tanto algunas cosas buenas de las transmitidas al hijo sobreviven a los embates al narcisismo que el motivo de consulta ocasiona. No podría afirmar que en el tiempo de las entrevistas iniciales aún subsista la sobreestimación narcisista del hijo, pero sí que está presente en algunos entrevistados la necesidad de contraponer lo positivo a lo negativo que emerge en el síntoma. Veludo y Viana (2012) proponían estudiar la subjetividad parental para indagar qué objetos narcisistas depositan los padres en los hijos.

Freud hablaba de encubrir, algo de eso puede suponerse, o al menos, la necesidad de compensar ante otro lo fallido, con lo que sí es adecuado del hijo.

Se sienten implicados como padres. Si un niño no dice malas palabras aseguran que es porque en casa se los castiga si usan ese lenguaje. Si el hijo es colaborador, afirman que es porque así se lo ha enseñado.

Los padres mencionaron los siguientes aspectos valorados:

«Es un niño muy inteligente y muy capaz, y eso lo destaca en la escuela.» (E 1 madre de varón de 12 años).

«Se comporta como todo chiquilín, medio pillo, pero de repente, la abuela lo distrae con algo, la ayuda a cocinar o la ayuda a colgar la ropa, cosas así, porque aparte, colabora, es muy colaborador.» «Que es muy capaz, porque es un chiquilín que no tiene problema de aprendizaje [...] razona bien, no tiene problemas para razonar.» (E 3 madre de varón de 7 años).

«Igual es sociable, no, él no tiene necesidad, bah, si va a un lugar y ve otros niños, él se acerca, directamente, a jugar con los niños, no tiene problema, no es cerrado, no es tímido ni nada.» (E 6 madre de varón de 5 años).

«Así problema de amistad no tiene ninguno, llevan todos los chiquilines a casa si es necesario.» «Ella no tiene ningún problema con el aprendizaje, el que más tiene es B (el hermano menor por el que también consulta) en conducta y todo eso.» (E 11 madre de niña de 10 años).

«Y él es muy bueno con el hermano, porque mire que él lo agarra, me lo quiere cuidar, y eso, lo que pasa que yo no se lo dejo porque él me lo agarra de acá y lo deja en la espalda, capaz que se le cae.» (E 13 madre de varón de 8 años).

«Él no es un niño boca sucia [...] no es atrevido, el ponele, él está todo el tiempo ahí donde yo ando. Él no sale a jugar, ponele, él saldrá a jugar un ratito en la canchita, pero está continuamente allí. Él no va a cumpleaños si yo no lo llevo.» (E 15 madre de varón de 9 años).

Lo esperado y valorado ronda en tres aspectos básicos. En primer lugar, señalaré la inteligencia o capacidad de resolver problemas y aprender, referido en esta etapa a lo escolar, pero que seguramente anida la esperanza de adaptación efectiva a la sociedad competitiva en la que vivimos. Hijos que puedan responder a los requerimientos de capacidades intelectuales que la sociedad le demande.

En segundo lugar, la capacidad de relacionamiento, la sociabilidad es uno de los aspectos que destacan como positivo, es evaluado como una característica deseable en los hijos en tanto habilita al hijo a construir nuevos vínculos por fuera del hogar, y en cierta medida, también prepara para la salida exogámica.

En tercer lugar, surgen conductas valoradas pues hacen a la familia como grupo donde unos se apoyan a otros, es decir se valoran las actitudes que refuerzan la idea de familia unida, como ser la colaboración con las tareas domésticas o el cuidado de los más pequeños.

Expectativas ante el tratamiento

Las expectativas ante el tratamiento son las formas que los padres imaginan que toma un tratamiento psicológico para abordar la problemática por la que consultan, qué tipo ayuda esperan para el hijo por quien consultan y las ideas de cómo esperan ser ayudados ellos como padres.

Desde el inicio los padres formulan demandas que se expresan como demandas de atención (Rivera Nogales, 2011) y que fueron indagadas a nivel de lo que los padres expresan respecto de lo que esperan obtener con la consulta. Estas expectativas son un aspecto de la transferencia que establecen, y según Ortigués (1987) no hay entrevista sin transferencia.

La mayoría no están atravesados por las ideas que la psicología ha popularizado sobre las formas en que un especialista aborda a un niño y su familia, pero suponer que no tienen claro qué respuesta van a recibir no es suponer que ellos no tienen claro lo que esperan.

En general, si bien algunos entrevistados plantean más de una expectativa, es bastante visible que para ciertos padres estas se centran en la ayuda que esperan para el hijo: «qué siente», «apoyarlo», «es cerrado», y el cambio en lo sintomático, que se revierta las conductas.

El otro eje central es cuando lo que queda en falso es su función como padres por no saber cómo responder a las conductas del hijo, no entender qué es lo que le ocurre. Las expectativas se relacionan con la percepción que tienen del problema, si lo viven como tal o solo responden a una indicación de un tercero, también dependerá de si creen necesitar ayuda ellos o centran la dificultad en el hijo. Hubo una sola situación evidente de imposición de consulta, en la que la expectativa quedó puesta fuera de la intervención del psicólogo, pues la madre espera que su hija pase de año y alude al esfuerzo que hacen (en términos económicos) para que puedan estudiar sus hijos; la imposición de la consulta provoca un viraje donde la demanda queda descentrada y es vuelta a quien la manda (la maestra).

Las ideas que tienen los padres respecto a la ayuda que pueden recibir sus hijos o ellos mismos al iniciar un tratamiento psicológico se agrupan en unas cuatro ideas centrales: que el hijo tenga un espacio para expresarse; que cambien los síntomas; que se analice y repare lo dañado y la expectativa de ser orientados ellos como padres y ayudados a entender qué tiene el hijo.

Si bien no pueden expresar con claridad lo que hace un psicólogo —posiblemente por desconocimiento—, hablaron de lo que otra persona podría hacer por el hijo y lo formularon según lo que ellos creen que el hijo necesita.

En el caso más claro de imposición de la consulta a modo de chantaje, la expectativa de mejoría en el aprendizaje no aparece como tal sino que es formulada así: «Que pase de año. Y claro porque si uno la lucha para que ellos salgan adelante» (E 11 madre niña de 10 años). Evidentemente no se corresponde con

algo que la psicóloga pueda cumplir, pero en tanto viene con una orden de la maestra, cumplir con ella evitaría la pérdida del año que es con lo que la amenaza. En tanto no hay demanda propia, no hay una expectativa propia, pues incluso niega que tenga dificultades de aprendizaje, podemos poner este caso como la excepción en la que en realidad no espera nada o lo que espera es la respuesta de otro espacio (el escolar).

En distintos momentos de las entrevistas, surgieron espontáneamente comentarios sobre la temática de la medicación al hablar de qué tipo de intervenciones esperan del equipo de salud, punto que no fue indagado específicamente, pero emerge en tanto es algo solicitado o es rechazado como parte del tratamiento que se espera para el hijo.

Lo presencia de múltiples transferencias es en varios casos visible a partir de que en el pedido de ayuda incluyen el discurso de otros que también esperan cierto proceder del profesional que atenderá al niño. Las palabras de una abuela que pide medicación serán transmitidas por su hija en la consulta. ¿Demanda aunque no esté presente en la entrevista? ¿Es demanda de la hija en la medida en que lo comenta? También a través del discurso de otra madre, la maestra y el director de una escuela se hacen presentes reclamando un tratamiento para el niño al que no pueden dominar. Esta es una de las formulaciones donde la demanda cobra el tono de una intervención psicoeducativa con el niño, solicitud de pautas de crianza o puesta de límites que los adultos cercanos al niño no pueden sostener.

Incluso cuando la consulta fue impuesta, hay un pedido de cambio en lo sintomático que no sé si formularlo así pues es que pase de año escolar ¿es más un pedido de interceder ante la escuela?

Este sería uno de los casos donde no habría demanda de los padres. ¿Es distinto pensar que no establecen transferencia a que no demandan? Entiendo, siguiendo a Freud en tanto todo vínculo implica su lado transferencial y a Flesler quien describe específicamente la vertiente real de la transferencia en los padres, que cuando se da la imposición de la consulta, efectivamente hay una transferencia teñida de aspectos resistenciales, con contenidos emocionales como el enojo y no habría demanda. La consulta es un trámite a realizar para cumplir con lo que otro le demanda, el otro encarnado en lo escolar le reclama adaptación del hijo para no expulsarlo del sistema. Y en esa amenaza, también se incluye la expulsión de lo social para los padres. La productividad se sitúa tanto en lo escolar como en lo laboral (Jaglin, 2008), un niño que no produce y sigue los ritmos del sistema no es apto para continuar en él, y en tanto falla, es devuelto a los padres.

Si en ese contexto, los padres esperan algo de la consulta, las expectativas solo pueden estar centradas en el logro de la adaptación escolar del hijo.

La necesidad de ahondar en las expectativas de los padres para comenzar un proceso de trabajo con ellos —como lo señalaba Dio Bleichmar— y tener claro la presentación transferencial de los mismos, implica trasponer lo manifiesto del pedido de ayuda para entender qué función se espera que ejerza el terapeuta. Sin duda en una primera entrevista de investigación se puede acceder a los primeras

vetas de ese movimiento transferencial que comienza a desplegarse y la demanda se confunde fácilmente con lo que los padres formulan a nivel consciente. Estas afirmaciones son de todas formas plausibles de analizar y ir delineando posibles roles adjudicados al analista. Se confirmaron así algunos de los planteos que distintos psicoanalistas hacen respecto de esas funciones que los padres atribuyen.

Abu Jamra, que señalaba la ruptura de la continuidad narcisista en los padres por la pérdida de la imagen del niño ideal, veía demandas de los padres en tanto niños que ellos fueron. ¿Demanda de ser reparados ellos a través de los hijos?, ¿demanda de ser cuidados o contenidos cuando ellos no lo fueron?

Es posible suponer una niña sufriendo en las madres que hablaron de la pobreza brutal y la búsqueda de comida, o de la violencia doméstica permanente durante años y años. ¿Cuánto ellas mismas intentan reparar a través del cuidado y dedicación a sus hijos? La insistencia de la primera en que a su hijo no le falta comida e incluso tiene galletitas y alfajores (signo de abundancia para ella) intenta confirmar que no hay dolor por lo básico que falta, certeza de haber logrado salvar al niño de la pobreza, ¿a ella misma? Esta insistencia recuerda los planteos freudianos respecto a que hay en los padres un pedido ante la sociedad de que cesen los pesares para su hijo, sostenidos en su propio narcisismo y en algunos casos, como este, en las penurias vividas por ellos mismos. La idea de reparación a través de los hijos está presente en múltiples formas. Demandas pretéritas, de la propia infancia, actualizadas en lo que hoy se reclama para los hijos.

Un alto contenido de expectativas denotaría un perfil idealizado del analista según Flesler (2011), donde lo que predomina no son las preguntas sobre el síntoma del niño sino que es acentuada la búsqueda de alivio, la demanda de amor al terapeuta. Esta es la vertiente imaginaria de la transferencia. Los pedidos al analista pueden ser la nota relevante en la entrevista y guiar la relación que comienza a establecerse; ante tantas expectativas el riesgo mayor es la vuelta del amor al analista en odio ante el fracaso o la negativa de satisfacer las demandas.

Es bueno aclarar que según la autora cada modalidad transferencial tendrá su manifestación resistencial. Incluso en el caso de aquellos padres que llegan buscando entender, la resistencia emergerá y será el choque contra lo no nombrable, el límite de lo simbólico que frena todo ejercicio de búsqueda de sentidos. Donde los significantes se detienen y el saber queda en jaque.

Ante un terreno lleno de obstáculos, la opción sería apostar al acto analítico como posible, así sea en la intervención puntual de las entrevistas iniciales.

Laurente Cornaz (2005, p. 134) afirma: «Tampoco resulta obvio, por consiguiente, proponerle psicoanálisis a quien no lo demanda», a lo cual el traductor aclara que debemos tener presente el sentido de la palabra demanda en tanto pedido o reclamo. Claramente no todos piden un análisis. ¿No lo piden porque desconocen lo que es?, ¿no lo piden porque lo que quieren es una rápida respuesta?

Con los padres que consultan por un hijo: ¿cómo saber si podrán finalmente demandarlo si no es en el camino de las primeras entrevistas? En el contexto

institucional no siempre están dadas las condiciones para que pueda realizarse un proceso psicoanalítico con un niño, sin embargo, para que este sea posible en algunos casos, será necesario escuchar otro tipo de demandas para que quizás, en algunos casos, esas demandas tomen forma de demanda analítica.

Al igual que espontáneamente los entrevistados hablaron del informe, comentaron sobre el tiempo de demora de las consultas.

«Para mayo me dio la psiquiatra, y le digo: (al padre) dales tiempo, porque es un tema, gracias a dios que nos tocó ahora, le digo porque yo tenía conocimiento que la frecuencia era muy distante.» (E 1 madre de varón de 12 años).

«No, como dijeron que la iban a llamar, que demoraba para la entrevista, me dijeron que si yo la notaba bien, que ta, que no era necesario consultar.» (E 2 madre de niña de 6 años).

El tiempo de demora en la consulta puede generar la idea de que el problema se va desarticulando solo, o en el propio ámbito familiar, cuestión que en ocasiones ocurre que si se producen movimientos en la familia, lo sintomático se desarma o se desplaza a otros miembros o a otros aspectos de la conducta del niño.

«Todo me demora. Entonces le hacían lo más urgente de acá. Como a los tres meses, me llamaron.» (E 9 madre de varón de 4 años). La contradicción entre «urgente» y una demora de tres meses da cuenta del nivel de saturación de demandas donde realmente no se puede responder a todos los pedidos de iniciar una atención con el equipo de salud mental.

«Estaba en el coso de espera en X (centro de salud) [...] lista de espera, que hace como tres años y hasta el día de hoy.» «Nunca me llamaron.» (E 15 madre varón de 9 años). Esta es la peor de las circunstancias imaginadas, una madre que queda esperando, se ampara en esa espera, no realiza por un buen tiempo ninguna nueva acción ¿Confusión de la madre?, ¿no era el centro que le correspondía?, ¿exceso de consultas y pérdida de información de los solicitantes de atención?

Que el hijo tenga un espacio para expresarse

Los padres manifestaron la idea de que hay sentimientos en el hijo que sería bueno que pueda expresar ante otro adulto, pues muchas veces ellos mismos no encuentran la forma de acceder.

Se preguntan sobre lo no dicho de parte del niño respecto de las situaciones difíciles vividas y plantean la necesidad de «sacarlas», como desenvolverse de las cosas que causaron dolor.

La idea de algo que debe ser sacado se corresponde con la concepción de parte de ellos de cierta interioridad emocional, dicen también: «exteriorizar».

Una madre (E 1), que consulta por el hijo que se fuga de la casa, no obedece al padre que es con quien vive el niño, plantea —entre otras— la expectativa ante el inicio del tratamiento en los siguientes términos: «yo pienso, desde acá, como siempre pensé, consultar con él, qué siente él». «Qué es lo que él siente que le puede estar pasando en su entorno, que lo tiene molesto o inquieto, o por

qué no logra contener su cuerpo y sus inquietudes.» «Que, tal vez, que él pueda, que tenga su espacio, que tenga su espacio me es importantísimo.» (E 1 madre varón de 12 años).

La madre de un niño que rompe los útiles en la escuela y se pelea con los compañeros expresa que lo que espera es que el hijo: «Y de repente, ver, que se soltara y hablara a ver qué le pasa, porque es algo que uno no sabe por qué llega a eso». «No sé, a ver por qué se siente así, o no sé qué [...] claro porque es un chiquilín que ya te digo, no te dice nada.» «Claro que se suelte de alguna manera.» (E 3 madre de varón de 7 años). Deja entrever este no saber con relación a la interioridad del hijo, algo del desconocimiento, de lo extraño de su conducta.

Que el niño tenga su espacio, que pueda hablar con alguien, da cuenta de la atribución al niño de una interioridad que explicaría sus problemas, y a la cual los padres no pueden acceder. Esta es una visión psicologizada del hijo, o al menos una noción sobre la consulta psicológica como entrada en el mundo interno, en las emociones.

Otra madre refiere al comentar que tuvo una consulta anterior con una psicóloga y que el hijo no se comunicó con ella relata: «Claro, no, yo pensaba que eso es, o sea, si en realidad, se abre con, si puede, si tiene que abrirse, si tiene que decir y se abre con una psicóloga, listo. O sea, ya está. Pero, el tema es que no se había logrado. [...] No sé, me imagino que será una cuestión de *feeling*, también. Porque, en realidad, nunca, se le dijo que era lo que iba; o sea, se le dijo que íbamos a ir a hablar con una señora, a contarle unas cosas». Parte de contar lo que no funcionó con la esperanza de que esta vez pueda darse un vínculo con la psicóloga y las características del hijo que generaría dificultades en una posible intervención psicológica: «No se abre. No, no, tenés que sacarle, preguntarle; vos tratar de llegar a, si no, no es de él contar, abrirse. Es, más bien, no, sí, todo bien, y hasta ahí, no preguntes más». «Claro, si de repente, tiene algo que contar y no me cuenta. O sea, si tiene algún sentimiento que exteriorizara, y no lo logra exteriorizar, que lo puede exteriorizar y sacarlo a la luz y bueno» (E 6 madre varón de 5 años). La forma de exteriorizar ese mundo interior es a través de la palabra; los padres esperan que el hijo hable, ya que imaginan o conocen que es uno de los medios privilegiados de acceso a la interioridad.

Una madre (E 16) que consulta pues la dificultad de la hija es hablar en la escuela, no así en el ámbito familiar expresa como expectativa ante un tratamiento por un lado el cambio sintomático aunado a la idea de que pueda expresar lo que siente, dado justamente el motivo de consulta son paralelos: «Yo pienso que hablar, bueno, hablando a ella le va a costar; a no ser que enseguida la timidez de ella, porque a no ser que..., es tímida, también». «Pero no sé, a través de que ella traiga un cuadernito y haga las cosas; ella se va soltando más.» «Y ella tendrá que trabajar con la psicóloga la forma de, ta, como primero, ahora, como que ella se abra un poquito con la psicóloga. [...] Y después que en los cuadernos que ella vaya expresando; ella va expresando, después va a ir hablando.» (E 16 madre de niña de 7 años). Precisamente la consulta puede fallar en la medida

en que la dificultad de la niña es hablar, y es así como se imagina básicamente el proceso de consulta psicológica, aunque propone medidas alternativas como escribir, especula con la posibilidad de hallar otras vías de comunicación.

El niño si es concebido con una interioridad a la que no se puede acceder, entiendo que es concebirlo como un ser psíquico con pensamientos y sentimientos propios. En algunos casos ven que el no acceder a esa interioridad responde a características del niño: «cerrado» (E 9), «reservada» (E 10), «no me dejan, no me dicen» (E 8), «no nos cuenta a nosotros, tampoco» (E 18).

El psicólogo tendría las herramientas para favorecer que el niño abra ese mundo interno.

El psicólogo sería un descifrador de signos, se lo imagina pudiendo decodificar, por ejemplo, los dibujos, o buscar vías alternativas de expresión cómo hacer que el niño escriba en cuadernos y desde allí comprender. Se piensa en el psicólogo como alguien que sabe escuchar o favorecer que el hijo se exprese. La idea de que el hijo se exprese es la que predomina, sea que la decisión de consultar haya sido tomada en el ámbito familiar como si fue una indicación de otros.

Por otro lado, esta interioridad percibida en el niño puede permitirles suponer que hay algo del niño que no necesariamente tiene que estar dirigido hacia ellos, y es el reconocimiento del niño como ser independiente en lo psíquico.

Que se modifique lo sintomático

Se espera que la intervención psicológica implique un ajuste de las conductas sintomáticas que son las que ocasionan dificultades en el hogar o en la escuela, los desencadenantes de la decisión de consultar. Esto puede darse respecto de conductas que implican agresividad hacia otros, o toma de riesgos por parte del niño, donde puede acompañarse de la idea de que alguien externo ponga límites. La demanda sería al psicólogo pero también en algunos casos hacia el otro social representado en el sistema social que acepte al hijo.

El síntoma es en general vivido como algo molesto, tanto en lo interno familiar como si hace ruido en lo social. La propuesta de Avrane (2004) de que el síntoma pueda ir desapareciendo sin afrontarlo directamente, posición eminentemente analítica, chocaría de entrada con una demanda de cambio en lo sintomático. Allí justamente, en el trabajo con los padres habría que sostener la contradicción flagrante entre lo que se le demanda al analista y la forma en que este pretende llevar a cabo la dirección de la cura con el niño.

Piden el cese de las actitudes auto o heteroagresivas, la idea de solicitar o rechazar la medicación queda ligada especialmente a la irrupción de conductas riesgosas o agresivas para el niño o para otros. El cambio en los síntomas comprende la gama diversa de manifestaciones que se producen en lo público y lo privado, detenciones en los tiempos de la constitución subjetiva —donde se evidencia la dependencia— como ser el control de esfínteres o trastornos del sueño; pero también los fracasos en lo escolar, esperando que esto pueda ser revertido.

Tal como describíamos el cambio en lo sintomático refiere a esperar una mejoría o superación de una dificultad —como el no hablar o los problemas en el aprendizaje—, y esa expectativa da cuenta de cierta percepción del psicólogo como alguien que más que controlar, reprimir, poner orden, es quien puede reparar en este caso una función que está dañada en el habla, en lo intelectual, etc. El psicólogo que desarma lo sintomático y ajusta la conducta cuando es necesario, o da una solución a dificultades con las que los padres no saben lidiar.

Si el niño no habla la expectativa es la cesación del problema, que cambie eso que molesta o no se puede modificar en este caso en el hogar, así lo expresa una madre: «O sea yo lo que espero es que hable [...] que hable esa es la urgencia [...] mismo para el jardín, que si le pasa algo él no sabe decirme, pasó tal cosa, me pegaron, el no sabe.» (E 12 madre de varón de 4 años).

Ante los problemas de aprendizaje que generan retraso en el ámbito escolar por los pocos conocimientos que el niño manejó respecto de sus compañeros de clase, la madre comenta: «La doctora quería que ustedes le hicieran toda una evaluación, porque sí, la doctora piensa lo mismo, de que es muy poco para la edad de él». «Yo lo que quiero es que lo ayuden, que él aprenda, porque para mí lo importante es que ellos estudien [...] si él tiene problemitas, yo quiero que lo apoyen y que lo ayuden.» (E 14 madre varón de 6 años). Hay a la vez un pedido de evaluación trasladado al equipo de salud mental. Es frecuente que lleguen niños con una indicación específica de «estudio de nivel» cuando aparecen dificultades en el aprendizaje.

Esta madre había comentado otras dificultades del hijo que le preocupaban: «Él, a veces, está bien, y de repente, como que se enoja y empieza a los gritos y a veces, le dice a la hermana: ta, basta, no me toques, no me pegues, no me mires [...] se pone como enojado, como que tiene momentos depresivos. Porque él es muy, de llorar muy fácil. [...] como que se enoja y se aísla». Sin embargo, al responder sobre lo que espera de la atención que va a recibir el hijo, no incluye estas problemáticas como algo a solucionar. Tampoco incluye la timidez que la menciona como algo que le preocupa a la psicóloga de la escuela, relata que la psicóloga le dijo: «a él le cuesta integrarse, todo. Pero como él es muy tímido, es solo conmigo, con la hermana, con la abuela, así, con lo familiar, con el resto, como que él no es muy dado». (E 14 madre de varón de 6 años).

Puede ser que los padres, a la hora de pedir ayuda, privilegien uno de los espacios de expresión de lo sintomático, es decir piden una modificación por ejemplo de las conductas que se manifiestan en lo público o tal vez en lo privado. Posiblemente la demanda se centre en uno de esos ámbitos en función de cuál fue el desencadenante de la consulta y por lo tanto desde dónde provino la idea de consultar.

Ante la dificultad que vive como más preocupante que es lo escolar se centra en ello y ve lo importante que sería ayudarlo con estos cambios de ánimo que ella misma menciona o es que desconoce que pueden ayudarlo en lo emocional e imagina el apoyo psicológico limitado a reforzar lo escolar. El primer contacto

que tuvo con una psicóloga fue en ese ámbito, ¿será que imagina la función ligada a lo escolar?

La confusión de funciones profesionales, que en algunos casos podemos suponer, queda evidenciada en el comentario de una madre que pidiendo apoyo en lo escolar. Ella expresa sus expectativas de este modo: «O por ejemplo, también con el problema que él tiene de escribir o de leer, todo eso, que alguien específico lo ayude, también [...] o sea, alguna foniatra o una cosa de esas». (E 17 madre de varón de 6 años).

Que se analice y repare lo dañado

A partir del relato de situaciones que para los padres han afectado al niño, se repite la idea de ruptura de cierta inocencia, algo de la niñez que se perdió y piden recuperar.

Tal como lo señalaban algunos autores surge la atribución de un rol donde el analista debería reparar lo fallido y completar aspectos de la educación de los hijos.

Hablan de «dejar atrás», de algo que marca para toda la vida. A la vez que se reconoce el hecho o los hechos dolorosos se pretende casi mágicamente, a modo de demanda imaginaria, el retorno al tiempo anterior donde se supone la inocencia preservada y el daño no ocurrido; por tanto es como negar que el hecho ocurrió y recuperar al niño idéntico al que fue, imagen añorada de antes de haber sufrido la situación que según ellos lo marcó. Podemos suponer que en algún punto es desasirse ellos también de la responsabilidad o culpa que a veces sienten por no haberlo protegido.

Burlingham (1973) afirmaba que la madre pedía ayuda para reparar los daños que la propia madre produjo. En la posición de esta psicoanalista, la tendencia a culpabilizar a la madre estaba muy presente. Sin embargo, se verá que ante situaciones límites, los padres hablan de su propia impotencia y sufrimiento. Acaso por ser el adulto que consulta por un niño el que expresa su dolor, ¿este es menos auténtico o puede ser minimizado? Si se trata de juzgar si los padres por acción o por omisión efectivamente causaron daño, ¿es cumplir con la fantasía de posicionarnos en lugar de juez?

Un madre que cuenta haber vivido encerrada con su hijo durante años, condición en la que la mantenía su exesposo como parte de la violencia doméstica que ejercía sobre ella y luego sobre el niño, manifiesta su preocupación y expectativa: «para que él pueda sacar todo, porque él no ha sacado todo lo que él pasó [...] por lo menos, esa mochila dejarla atrás. Porque digo, ta, olvidarse, no se va a poder olvidar, o sea, digo, no se olvida del todo, pero que pueda dejarla para que no esté pendiente de que el padre pueda aparecerse, como hace poco se apareció otra vez, se volvió otra denuncia y él otra vez, los nervios». «Que él pueda estar más tranquilo, que él pueda sentirse seguro, más tranquilo.» (E 5 madre varón de 10 años). El psicólogo es pensado como juez, en especial cuando se supone

que el niño está dañado por acciones del otro progenitor, es a quien se imagina evaluando qué tan terrible fue el daño que causó otro o una situación externa. Pero también es el psicólogo reparando lo que fue dañado.

Un padre que en varios momentos de la entrevista expresa su dolor por situaciones límites vividas por él y por toda su familia, parte siempre de sus propias heridas, físicas producto de un grave accidente y emocionales por la pérdida de gente querida en circunstancias donde reina el horror, desde su dolor supone el dolor de su hijo y espera que puedan ayudarlo a sanar. Habla incluso de la necesidad que él tuvo de consultar psicólogo y psiquiatra para hacer frente a los hechos que dice lo marcaron hasta hoy. Expresa: «Queremos que él sea un niño como siempre. Yo incluso, así, como estoy con la pierna, a veces, me pongo a jugar igual con él, porque trato de buscar un diálogo, él se acerca, por ejemplo a mí, me abraza, duerme al lado mío». «Nosotros estaremos preocupados, pero más nos interesan ellos, porque ellos tienen toda una vida por delante [...] mientras uno viva, que ellos se sientan contentos y felices». (E 7 padre de varón).

La idea de reparar, de buscar su felicidad y de un retorno a aquel niño «como siempre» previo al accidente y a la cercanía de la muerte.

La madre de una niña de 12 años —que denunció en la escuela la situación familiar que estaban viviendo— no sabe cómo expresar su temor de que el padre pueda haber dañado (¿abusado tal vez?) de su hija. Temor justificado de acuerdo a lo que narró sobre la adicción del padre, las peleas callejeras y su retorno al hogar alcoholizado y herido; ante su negativa la niña comienza a hacerse cargo de curarlo cuando llegaba lastimado y aun después de la separación mantienen contacto con el padre, con quien van a quedarse a la casa de la abuela materna. Esta entrevistada responde al preguntarle cómo espera que la ayuden: «No sé, si es que pasó algo, porque yo no sé, de verdad, no sé [...] que ella te pueda contar, porque yo tenía que darles las gurisas al padre, ¿me entendés? Y ella era muy pegada al papá, también. No sé, no es que tenga desconfianza sino que se sabe que capaz tenga algo para decir». «Ella es muy reservada, me da hasta cosita de investigar, porque capaz que ella se siente mal [...] Que se desahogue.» (E 10 madre niña de 12 años).

Ser ayudados ellos como padres

Expectativas que remiten específicamente no al accionar del psicólogo sobre el hijo sino sobre ellos como padres, si bien se articulan en tanto la mayoría apelan a la mejoría del hijo y que este pueda expresarse con el psicólogo, otros directamente piden orientación para ellos como padres. En algún caso se sorprenden con la posibilidad de ser escuchados.

El psicólogo como un padre sabio en tanto sabría la mejor forma de ser padre, o lo que se espera de un padre o una madre, y en otro sentido el psicólogo como el profesional que sabe lo que está bien o no en un niño, que tiene el saber sobre la salud del hijo y puede darle un nombre, nombrar lo que le pasa a la vez que explicar parecen estar incluidos en la demanda del «qué tiene».

Si bien no sucede en todos los casos pero hay cierta coincidencia en que aquellos padres que piden ser orientados en su función, expresan como una de las explicaciones a lo que le sucede al niño, las fallas propias o manifiestan impotencia ante la situación.

Ser orientados en su tarea como padres

Piden orientación sobre qué tratamientos debe recibir el hijo, si deben llevarlo a una escuela especial, pero más ampliamente orientación en cómo actuar ellos como padres. ¿Cómo educarlo? ¿Cómo cumplir con la función de padres en su situación concreta?

Una madre (E 1) que consulta por su hijo que vive con su padre al que desautoriza y se escapa de la escuela, pide que el padre sea entrevistado también, que este «ha tenido que pegarle». Pide que lo ayuden al padre «porque a veces los hijos piensan que somos los padres los que ponemos puntos y límites, pero está difícil la vida, en todos los aspectos y entonces, nosotros queremos que ellos vean de otra parte, otras personas, también, que observen y vean eso». «Que vea él que no es todo, que no solo los papás piensan así.» (E1 madre de varón de 12 años).

Otra entrevistada (E 17) que confunde los roles profesionales se sorprendió gratamente al haber sido citada para una primera entrevista por la practicante de psicología para hablar del hijo por quien consulta. La entrevista de investigación fue un rato más tarde y allí comentó: «Claro, yo, en realidad, espero también, no una ayuda, pero, yo le decía a ella (a la practicante) que a mí me gusta que, por ejemplo, yo esto no sabía, que habían psicólogas que hablaban con la mamá, yo pensé que era solo tratarlo a él. Entonces a mí me ayuda, porque yo digo lo que él tiene y ustedes me ayudan a mí a ayudarlo a él». «Y ayudándolo yo con alguna cosa y el padre.» (E 17 madre de varón de 6 años).

A partir de este comentario me pregunto sobre el imaginario del rol del psicólogo, esta idea de que era «solo tratarlo a él», el problema ubicado en el niño y a la vez los padres sin participación en el tratamiento. Esta madre se sorprende gratamente de la recuperación de la palabra, de la posibilidad de que lo que tiene que decir sea importante para tratar al hijo, incluso hay algo como de recuperar el valor narcisista de que ese hijo en algo los implica. Desde la sorpresa de recuperar la palabra, de que al escucharla lo que dice es importante para el otro, puede plantearse que lo que necesita es que la ayuden a ayudarlo, desde allí comienza la posibilidad de una alianza terapéutica y sostener el tratamiento al respetar y validar la palabra de esta madre.

En la misma línea, un padre (E 18) que lo primero que dice al iniciar la entrevista es que la madre abandonó a su hijo y desde que era bebé, internado en CRTI, él debió hacerse cargo, habla en varios momentos de sus dificultades para manejarse con el hijo, de la falta de la madre (que prácticamente no ve al niño) y de su agotamiento. Expresa como pedido de ayuda: «En parte a mí, en educarlo, más que nada. [...] Esa parte, cómo hacer esa parte de madre, que no me sale». «Por eso quería buscar ayuda, cómo hago [...] Porque incluso él me pide para ir

con la madre y yo le digo que, de repente, la madre no está y él se enoja conmigo.» (E 18 padre de varón de 5 años).

En el mismo pedido hay una solicitud de orientación para cumplir con funciones que de acuerdo a cómo entiende que deben ser los roles de padre o madre, se relaciona con las expresiones respecto de lo que hace cada uno de los miembros de la familia, incluso llega a relatar cómo eran las cosas en su hogar en la infancia: la madre ocupándose de los hijos y el padre trabajando hasta tarde. Se pregunta ¿cómo hacer?, ¿cómo cubrir esas funciones?

Que les expliquen qué le pasa al hijo

Es una expectativa que de algún modo implica una solicitud de diagnóstico; se espera que el profesional sepa decir si hay o no un problema, cuál es, a qué responde e indicar cómo proceder. Es expresado en términos de querer saber «qué tiene», en ocasiones es un pedido de ayuda para entender al hijo. Se articula con la categoría que el hijo se exprese, en tanto el rol del psicólogo estaría situado en descifrar lo inexplicable del hijo y ayudar a los padres a entender.

Básicamente lo que piden al psicólogo es una ayuda para comprender al hijo, que alguien nombre qué tiene el hijo, y explique. En este punto aparece la impotencia, el no saber cómo ayudar a los hijos y pedir ayuda en ese punto.

La suposición de que el psicólogo va a saber explicar qué sucede, qué tiene el hijo queda en evidencia en los comentarios de una entrevistada que expresa: «capaz que, también, a veces, cuando te dicen que cuando está nerviosa, hay que llevarla al psicólogo para ver qué tiene, es por eso, también que consulté». (E 2 madre de niña de 6 años). Los nervios remite a lo emocional, algo que no parece saber por qué se ha producido pero que un especialista puede descifrar.

El interés de saber de la entrevistada se articula con la suposición de un saber al especialista, quien puede diagnosticar y acceder a la interioridad misteriosa de las emociones de la hija. Quizás en forma no explícita es el reconocimiento del límite al propio saber sobre el hijo.

Estos padres que se interrogan por lo que sucede al hijo pidiendo lo que sería un diagnóstico, son quienes piden respuestas del tipo de una explicación causal o «etiqueta» que nombre.

Otra madre solicita saber: «A ver qué le pasa, porque es algo que uno no sabe por qué llega a eso». (E 3 madre de varón de 7 años), el por qué llega a eso parece ir en la línea de una búsqueda de lo causal y la expresión de cierta extrañeza ante lo que el hijo hace.

Una entrevistada manifiesta: «Igual, quiero la opinión de un, o tuya o de alguien que me diga: no, sí, mirá, yo lo veo bien; para yo estar tranquila de que bueno, ta, no sentirme yo, tampoco». (E 6 madre de varón de 5 años).

Finalmente en otro ejemplo (E 14) el saber queda totalmente colocado del lado de los médicos, que son quienes pueden decidir sobre la salud mental —en este caso— de su hijo, una madre afirma: «como que él tiene un problemita, pero claro, eso lo tienen que decidir los doctores, como me dijo ella (la maestra)». En

tanto se deja guiar, pasa de una atribución de saber a la maestra a la atribución a otro especialista y concluye: «Entonces las doctoras me van a decir». (E 14 madre de varón de 6 años).

Al consultar a un equipo de salud mental, aunque no sé si los padres conocen los técnicos que lo integran, creo interesante preguntarse si ¿ para los consultantes todos los profesionales que atenderán al hijo son asimilados a la función del médico?

En varios padres no están claras las delimitaciones profesionales, parte de la atención a recibir pasará necesariamente, desde el ingreso al centro de salud, por la evaluación de un psiquiatra infantil. Esto, posiblemente hace que surja el tema de si el niño recibirá o no medicación.

La medicación

Quienes hablan de la medicación son todas madres de varones con conductas de riesgo o agresividad, que parecen requerir o poder recibir la sugerencia de medicar.

Este punto surge al hablar de las expectativas ante el tratamiento o en otros momentos de la entrevista. Los comentarios espontáneos pueden nombrar la necesidad de frenar ciertas conductas del niño.

En ocasiones son otros miembros de la familia o del ámbito escolar, quienes refuerzan la idea de que aquel debe ser medicado.

«Ahora, con el tema de que él está tomando esta medicación, Risperidona, una cosa así, ¿no? [...] Yo le pregunté a la maestra, que tenía una entrevista con ustedes, le digo: ¿y cómo lo ve a A, con esto de la medicación? Me dice, ella me dijo, ya, yo tengo alumnos que toman esta medicación, y los pone, así, perfectos. Y bueno ella me dijo que A (su hijo) está trabajando muy bien...» (E 1 madre de varón de 12 años). Recurre al docente para evaluar los cambios del niño. Toda la complejidad de los vínculos familiares parece diluirse en ese «perfecto» en tanto el niño comienza a adaptarse en el espacio público.

La sugerencia de medicar al niño puede ser formulada por una persona cercana a este. La madre relata que la abuela dijo: «Algo les pasa, o algo les tienen que dar para que tomen, para que se, para que se queden un poco quietos, porque vos te vas a volver loca con cuatro». (E 8 madre de varón de 9 años). La impotencia de la hija, afirmada en varios momentos de la entrevista, deja como solución la medicación de los niños en un intento de sosegar sus conductas.

Una madre (abuela) ve el desborde de su hija y nombra cual futuro posible la locura por intentar poner límites y controlar a cuatro varones, que pelean continuamente y no la respetan. La medicación sería un velo a la impotencia materna, un suplemento a su función, una garantía a la efectividad del límite a lo pulsional que no puede demarcar con firmeza.

Ante conductas que implican riesgos para el niño, la medicación siempre es una alternativa, que el psiquiatra decidirá si es la pertinente.

Lo autoagresivo o heteroagresivo puede escapar al control que se supone la medicación provee: «Y como no le di bola, porque no era eso, empezó a escarbarse, así, la muela [...] se sacó sangre en serio [...] entonces, por eso, es que él está medicado».

La madre percibe una intencionalidad del hijo que termina lastimándose, y explica que recibe medicación: «Gotitas, no me acuerdo el nombre, son cinco de mañana y cinco de noche [...] sí para que quede más tranquilo». (E 13 madre de varón de 9 años).

Otra entrevistada comenta respecto de su hijo: «Muy agresivo está. Y a mí no me gusta que me lo estén dopando [...] La pediatra le mandó para dormir, porque él durante la noche, no dormía». (E 9 madre de varón de 4 años).

Respecto de los efectos de la medicación para dormir comenta: «Estoy alerta. Cuando le empecé a dar, por primera vez, el remedio que es, el primer frasco, me durmió, pero estaba atenta a él, ponerle la mano, a ver si respiraba, porque no lo podía creer que estuviera durmiendo como un niño normal [...] Ahora ronca de una manera [...] al otro día, como que no quiere ir a la escuela [...] que está muy cansado». (E 9 madre de varón de 4 años).

Esta es al menos una posición ambigua ante la medicación; el niño duerme pero la madre aún se preocupa por los efectos (cansancio) y explícitamente habla de no querer que lo dopen. Junto a la ambigüedad, lo que expresan es el temor de que algo malo le ocurra al niño.

Una madre (E 9) controla la respiración del niño. Otra madre (E 17) comenta que quiere que su hijo sea ayudado: «de la mejor manera, ta, yo, por ejemplo, conozco a una amiga que al nene de él lo medican, porque es muy, también, muy [...] muy inquieto, y le dice cosas feas a la mamá y todo eso, pega. Por ejemplo, el nene mío no lo hace». Ayudarlo de la mejor manera excluiría la medicación, la preocupación por esa posibilidad está dada por el término «también» al referirse a la inquietud del hijo de su amiga, pero inmediatamente lo distingue, su hijo no la insulta. Continúa: «Yo quiero ayudarlo a él, y si puedo tratar de no medicarlo, ayudándolo de otra manera [...] de que no lo mediquen [...] porque yo comentando me han dicho que les mandan gotitas de esas que le mandan pastillas, pero ta, si hay otra manera». (E 17 madre de varón de 6 años).

Cuando la entrevista había terminando, se estaba yendo y se acercó, dijo que hay algo que quiere contar: «No me gusta mucho el tema de la medicación, yo tengo un hermano que es autista» «yo no quiero que él tampoco quede como una cosa así, quietita, o sea, que él sea un niño normal, pero que o sea, tratando de calmar eso de dormir y todo eso, que él demora, todo eso, sí, pero tampoco quiero que él quede como un...». (E 17 madre de varón de 6 años).

¿Que quede como un autista?, ¿cómo su hermano? Dopado parece significar «una cosa así, quietita», efectos de la despersonalización, un objeto que queda allí inerte, sin movimiento ¿sin vida? El temor al cese del movimiento también puede ser temor a la muerte —al menos la muerte psíquica— y es similar a la necesidad de confirmar que el hijo respiraba ante tanta quietud en la noche, ejemplo comentado anteriormente.

El temor a la medicación es también temor a la locura que está presente en lo familiar, y de alguna forma a congelar al niño en la posición de enfermo que quedará como una «cosa», es decir perderá su subjetividad.

Parte del proceso de las primeras entrevistas, puede ser que cambien las expectativas de los padres y vaya modificándose la vertiente transferencial. Es necesario escuchar a los padres y permitir el despliegue de los matices diversos de la transferencia parental. Es sabido que los padres piden «recetas» para operar suprimiendo el síntoma, sea una receta médica o de pautas de comportamiento, responder satisfaciendo esa solicitud atentaría con la apertura a la reflexión que se requiere de los padres.

Respecto del pedido de recetas por parte de los padres para el cambio del síntoma, sea una receta médica o de pautas de comportamiento, responder satisfaciendo esa solicitud atentaría con la apertura a la reflexión que se requiere de los padres.

Explicaciones de los padres

La gama de explicaciones que los entrevistados desplegaron para intentar comprender qué le ocurre al niño fue organizada de acuerdo a una escala —tal vez arbitraria— que va graduando desde la menor a la mayor implicación de lo familiar y de la propia relación con el niño en los argumentos causales que desarrollan los entrevistados respecto de lo que motiva la consulta.

En primer lugar corresponde señalar que si bien se organizaron categorías explicativas estas no se excluyen mutuamente; en general, un mismo entrevistado recurre a varias explicaciones en distintos momentos de la entrevista.

Este apartado es fundamental en tanto parto de la idea de que las significaciones que los padres dan importan o deberían ser tenidas en cuenta en tanto moldean «la información que aportan» y que es utilizada a la hora de diagnosticar. Si los padres llegan enviados por un tercero y traen informe, son meros portadores del saber de otro, y si tienen algo que decir, ¿qué pasa con las explicaciones y el saber que sí tienen sobre lo que pasa?

Tal como se planteó en el apartado teórico, las significaciones que los padres dan al motivo de consulta son precisamente las explicaciones, en un nivel racional y se vinculan a los sentimientos que surgen al hablar del tema.

El enojo hacia el niño por el síntoma será mayor si el adulto cree que hay intencionalidad, la impotencia también estará presente. Si hay historias de dolor compartidas podrá primar la idea —¿esperanza?— de reparar, y el temor sobre las consecuencias de lo vivido.

Confirmamos que si se producen «movimientos libidinales y depositaciones identificatorias» tal como plantea Ortigués (1987) se producen en la consulta por un hijo: sentimientos que emergen, padres que pueden relatar situaciones de su propia infancia colocándose en el lugar del hijo. Quizás desde la advertencia de Mordock (1999) de que esos cambios pueden significar riesgos para el niño. Riesgos justamente si no son tenidos en cuenta y albergados dentro del espacio de consulta desde las primeras entrevistas; tomar en cuenta esos movimientos que se producen podría ser preservar al niño por los efectos que puedan tener sobre él pero también en los padres en tanto personas que sufren, y cuyo dolor no es menos válido.

Si para Sigal (2001) un psicoanálisis de niños comienza por la transferencia parental en la modalidad de transmisión de saber a quién escucha, el reconocimiento de lo enigmático que resulta la conducta del hijo, y que es esa transferencia simbólica la que posibilita el análisis, ¿si la transferencia —al menos la de las primeras entrevistas— toma otra forma, el análisis no sería posible?

Si los padres dan explicaciones a lo que sucede, ¿eso implica no otorgar saber al otro? Producir hipótesis sobre lo que sucede ¿es no sostener el enigma? No adscribo a esta posición pues creo que pueden coincidir la búsqueda propia

de respuestas, que como se verá tomará distintos matices con la suposición de saber a otro que confirmará o refutará esas explicaciones.

Coincido con Kahansky que si los padres realmente sienten que son escuchados, pueden comenzar a conectarse con lo que le sucede al niño y con sus propios sentimientos. Esto permite tal como lo proponen abrir la puerta a la formulación de nuevos significados desde el inicio, y en esto se centraría el manejo de la transferencia. Lograr que desde una posición de transferencia real o lo que más precisamente podemos formular como padre que no demandan, que consultan pues se les impuso la consulta es posible que puedan comenzar a demandar por ejemplo un cambio en lo sintomático, que el niño vuelva a ser quien era, desde una transferencia más imaginaria. A la vez desde una postura de demandar que reparen al hijo y con las explicaciones ya formuladas (en ocasiones bastante cerradas en sí mismas) abrir a nuevos interrogantes.

Para Rocha (2004) es necesaria la caída de saber de los padres para iniciar un proceso psicoanalítico, sin embargo, entiendo que es muy importante poder escuchar cuáles son las explicaciones que los padres formulan desde su saber incluso para anticipar efectos posteriores en el tratamiento. Siempre hay discurso aunque sea desde lo más básico —remitir a lo genético por ejemplo—. Tal vez lo decisivo no sea el vacío total de respuestas de parte de los padres, sino la apertura a pensar o construir con el terapeuta nuevas respuestas.

Para Flesler (2007) la transferencia a modo simbólico en los padres se da cuando hay búsqueda de saber. Entiendo que la formulación de explicaciones por parte de los padres puede ser parte de esa búsqueda; siempre y cuando esas explicaciones no cierren el camino a la búsqueda de nuevos sentidos y al acceso a una posición donde siempre permanezca un resto incomprensible, no abarcable, no explicable. En ese resto puede apoyarse la no fusión con el hijo, el soporte de la separación.

La categorización en distintos tipos de explicaciones no lo pienso como categorías jerárquicas, pero tal vez, el recurso a cierto tipo de explicaciones predominantes da cuenta de distintos niveles de implicación y apertura a un proceso psicoanalítico que los implique. No fue una constante hallar recuerdos de su infancia en todos los entrevistados, por lo que no siempre se dan procesos donde los padres recurren a su propia historia para explicar o entender lo que le sucede al hijo. Sin embargo, en los relatos de algunos padres, las situaciones vividas por ellos como niños aparecen relacionadas a lo que actualmente vive el niño.

La presencia de su propia infancia a veces aparece expresada de forma más sutil al hablar de los modelos de padre y madre que ellos tuvieron, como el padre (E 18) que al pensarse como padre a cargo de su hijo (al que la madre abandonó) comenta que su padre trabajaba todo el día y la que se ocupaba de los niños era solo la madre.

El esfuerzo de hallar explicaciones puede ser acorde a la necesidad de comprender y la capacidad de percibir el sufrimiento del niño, tal vez es proporcional a la capacidad de sentirse parte del problema.

Sin embargo, cuando la explicación se centra en hechos que afectaron al niño o en las fallas del padre, para algunos padres es posible que sea suficiente para explicar lo que ocurre y eso descarta, al menos en parte, la reflexión sobre la propia implicación en lo que motiva la consulta.

Intencionalidad del niño

Se atribuye al niño características propias que los padres no saben explicar o incluso la intención del hijo de molestar o de llamar la atención. Lo significativo es que la causa estaría ubicada en algo propio del niño, circuito de la causalidad replegado sobre el niño, factores en los que en tanto padres quedarían excluidos. Es el nivel de explicación donde lo que ocurre al hijo queda más alejado de la implicación de los padres y de otros en lo que le sucede. Este punto se diferencia de la categoría en que se explica la conducta en función de características similares a otro miembro de la familia, en este caso lo que predomina es la percepción de las conductas del niño como ajenas a lo que se le ha transmitido. En esta misma categoría incluimos la suposición de intencionalidad del niño en lo que realiza y que molesta a los adultos, sea que esta hipótesis es propuesta por el entrevistado o por otro miembro de la familia. Entiendo que con una explicación de este tipo se reduce drásticamente la complejidad de la situación que motivó la consulta, permanecen los adultos por fuera de las causalidades que podrían explicar al menos algunos aspectos de lo que sucede.

A la vez, la idea de una intención del niño podría dejar entrever cierta noción de maldad en el accionar del niño, con lo cual es potencialmente peligroso para el vínculo con el hijo, pues coloca al adulto en posición de castigar y no de intentar comprender y buscar la ayuda necesaria para abordar la situación problemática.

Parecería que efectivamente algunos padres buscan confirmar tal como proponía Peusner (2006) la intención del hijo de molestarlos. Nuevamente la posición atribuida al psicólogo sería la de juez que en este caso, certificaría la culpabilidad del hijo.

Este tipo de explicaciones no abundan en describir o argumentar demasiado, son expresadas más a modo de juicio, son explicaciones de fácil acceso, a las que se recurre negando la implicación como padres en lo que ocurre.

En ocasiones hablar de las características del hijo toma el cariz de diferenciarlo de la familia, y los mandatos que esta ha transmitido, momento de extrañeza, de emergencia de lo ajeno, en general aparece en este nivel el enojo por lo que molesta del hijo, haciendo ruido afuera o dentro del hogar.

Una madre (E 11), a quien se le impuso la consulta desde el ámbito escolar como condición para el pasaje de año de su hija, pone las fallas en lo escolar, pero también en características propias de la niña: «Es haragana para aprender». «Y no le gusta estudiar.» «Lo que pasa es que es difícil ponerla a estudiar ella no quiere, no quiere nada, quiere todo el día jugar y es una haragana.» «Sí, no ella es muy

inquieta.» (E 11 madre de niña de 10 años). Pero a partir de esta explicación inicial, comenzó a buscar otras explicaciones que remitían a cuestiones familiares y a una situación de precariedad de la vivienda. Me interesa señalar que aun partiendo de una imposición de la consulta, y de explicaciones alejadas de la implicación como madre, es posible en una entrevista comenzar a interrogarse sobre situaciones que pueden estar condicionando el comportamiento de la hija.

Las palabras de una entrevistada (E 13) toman la explicación en esta línea formulada por otro: «El padre porque dice que él no aprende porque se hace el vivo. Pero no es que no se acuerda, porque en la escuela pasa lo mismo». «La doctora, yo le digo que él, dos por tres, para hacerme, no sé si es para que yo preste atención o qué, por ejemplo, le estaba arreglando la boca, yo, le sacaron la muela y empezó a gritar y a gritar porque se quería ir con mi hermana y ya está [...] yo tenía desinfectante rojo, me agarró la toalla y lo llenó y miró qué me hiciste, que me rompiste la cabeza.» (E 13 madre de varón de 8 años).

«Es que yo no sé si él es que tiene algún problema o que lo hace de sinvergüenza. No creo que lo haga de sinvergüenza, pero...» Antes las amenazas del hijo de lastimarse el padre le dice: «no le hagas caso porque es mentira de él, pero uno nunca sabe». «Que es más de sinvergüenza.» (E 13 madre de varón de 8 años). Esta madre en otros momentos de la entrevista relata situaciones que nos permiten suponer la gravedad de los síntomas: amenazas que el hijo profiere a la madre, le dice que va a ahorcarse y que tiene una cuerda debajo de la cama. Si prevalecen este tipo de explicaciones desde los padres, donde todo queda reducido a la intencionalidad del niño, posiblemente sea difícil mostrarles que hay sufrimiento psíquico en el niño (Aulagnier, 1986).

Entiendo que pensar en la causalidad del síntoma expresando una intencionalidad es de mayor lejanía con percibir la complejidad de lo emocional, lo diverso de las causalidades que pueden estar sosteniendo esas conductas que lo que muestran es un gran sufrimiento psíquico del niño, y que si ese pedido de ayuda —a través de amenazas o de manifestar su miedo en la noche— son desoídos el riesgo para el niño es enorme.

Crear en intenciones que motivan los comportamientos; es pensar no tanto desde una lógica de efectos en función de una red causal que involucra a todos sino que es pensar la conducta del hijo hacia adelante, con un objetivo. Algo mueve al niño en busca de lograr por ejemplo una reacción de los padres, u otros miembros de la familia creen que hace lo que hace por llamar la atención, molestar o incluso por mantener el lugar que tiene en la familia. Aunque pueda haber en el niño cierta intención consciente de que el otro responda ante sus actos, o generar malestar es precisamente un llamado al otro en tanto reconocimiento de que es un ser de deseos, y demanda intentando saber qué lugar tiene en la vida del otro.

Llamar la atención es una explicación que es frecuente escuchar en distintos ámbitos a las conductas de los niños, quizás desacreditando la necesidad de alguien de ser oído, más allá de los caminos sinuosos por los que logra capturar la atención de quien a él le resulta importante.

Una entrevistada comenta: «Es un chiquilín que no habla, como que algo le falta, que algo, no sé, como que quiere llamar la atención o qué». (E 3 madre de varón de 7 años).

Un padre que ha solicitado la consulta por la enuresis y encopresis del niño, comenta: «Es un niño normal, de cinco años, a diferencia de que se hace en la ropa y hemos tratado de observar, nosotros, si es distracción, si es a propósito, pero tiene etapas». (E 18 padre de varón de 5 años). A pesar de estar centrado en narrar lo que entiende como causa central (el abandono de la madre) recurre al menos en forma oscilante a la idea de que el hijo pueda tener cierta intencionalidad al no controlar esfínteres, «a propósito».

Tal como sostenía Aulagnier (1986), en las primeras entrevistas será necesario poner énfasis en el sufrimiento psíquico del niño para promover en los padres una comprensión de lo que sucede que se corra del eje de la intencionalidad del hijo o incluso de la vivencia de una agresividad directa hacia ellos como núcleo explicativo del síntoma.

Lo escolar como explicación de los problemas del niño

Lo escolar es otro de los recursos explicativos a los que los padres recurren y que, en general, alejan la implicación de los padres en lo que ocurre al niño. Las dificultades están puestas en otro lado, ya no es la característica o intención del niño sino su relación con otro (la maestra o los compañeros de clase), sus vivencias en otro espacio (la escuela) y hasta el sistema educativo (Educación primaria) donde surgen y se reproducen las causas por las que su hijo fracasa.

Las explicaciones bajo este eje de lo escolar ponen las dificultades en un espacio fuera del ámbito familiar, lugar no controlable e inundado de fantasías en tanto el adulto queda por fuera de lo que sucede allí con su hijo.

Sin desconocer la importancia del vínculo maestra-alumno para pensar las problemáticas de aprendizaje y comportamiento que se producen en el aula, lo que sorprende es la magnitud de anhelos que los padres colocan sobre esa relación.

La relación del adulto (padre, madre) con la maestra está atravesado por ese conjunto de suposiciones, juicios, temores y esperanzas que son depositadas en otro adulto, a quien se confía la educación del hijo. Para los padres, la causa de los problemas por los que se consulta pueden ser incluso unilateralmente provocados por una actitud de la maestra, su no sapiencia en el oficio, o la poca paciencia con los niños. Y a la vez, ese vínculo privilegiado no solo agravaría o causaría el problema sino que para algunos entrevistados, justamente un cambio en ese trato marcado por mayor comprensión y ayuda personalizada constituiría la solución a los problemas.

En algunas situaciones solo se espera una guía en los aprendizajes curriculares, pero es lo excepcional. Varios entrevistados buscan que el maestro pueda responder a otras necesidades afectivas y de formación como persona que el niño requiere: levantar su inhibición en el aula y lograr que hable fluidamente

con compañeros y adultos; que supere las dificultades con las letras y los números; lograr un relacionamiento adecuado con los pares sin que medie la violencia como respuesta inmediata a los conflictos; entre otros.

Algunos de esos anhelos resultan excesivos. Expectativas a veces muy intensas colocadas en un docente que está a cargo de grupos numerosos, a veces en escuelas de «contexto», con carencias locativas, de materiales y recibiendo una población infantil con una serie de necesidades básicas no satisfechas, parece al menos excesivo y mágico.

Ante el fracaso del niño —o del sistema que no logra albergarlo— las culpas suelen recaer sobre aquella de quien se esperó demasiado.

Así como se le atribuye saber y se la consulta sobre el bienestar del niño, si este fracasa en la adquisición de aprendizajes o no logra relacionarse adecuadamente con ella, es la maestra a quien se responsabiliza, en gran parte de la dificultad del niño.

En general el recurso no es solo un intento de explicación sino más bien una queja hacia las fallas del otro, en este caso el que falla no es el otro progenitor (argumento explicativo que será desarrollado más adelante en otra categoría) sino la maestra en quien se depositan los errores en el trato con el niño, o en la dificultad en enseñar los contenidos curriculares o en manejar al grupo de alumnos.

Considero necesario destacar que en las narraciones sobre el ámbito escolar, fueron bastante frecuentes los relatos de discusiones de las madres con las maestras y directoras, a quienes increpan por distintas razones. En general el enojo y discusiones son transmitidos al niño y se lo desvincula —en forma explícita o implícita— de los problemas que pueda tener en la escuela, pues han descalificado a la maestra ante él.

Una madre (E 4) transmite las siguientes apreciaciones al hijo —confirmando que el problema está en la maestra— le dice: «le preguntás a la maestra, te levantás [...] que te explique un poquito mejor. Me dice: no, porque yo le pregunto y la maestra me grita, me dice que yo tengo que hacer lo mismo que hacen los otros chiquilines. Y le digo: no, la maestra está para eso. Y él dice: yo a la escuela no quiero ir más [...] Cuando más estudies, vas a pasar y te vas a pasar y te vas a sacar esa maestra de encima». (E 4 madre de varón de 11 años). La idea de sacarse la maestra «de encima» parece confirmar al niño que es ella quien está en el error, que es un problema y más vale no estar con ella. Seguramente, la valoración que los padres hacen de la maestra, pesa en el vínculo que el niño puede establecer con ella, en especial, si se expresan comentarios que la descalifican.

«Y él dice que está contento con esta maestra. [...] Dice que lo ayuda mucho y le explica, y todo.» (E 4 madre de varón de 11 años). Dejar entrever distintos modelos de maestras, «la maestra mala» que grita y exige, y «la maestra buena» que explica las tareas escolares y está atenta a las necesidades del niño.

Son frecuentes las comparaciones entre maestras, a través de las cuales quedan en evidencia las expectativas acerca del rol adjudicado en la educación de su hijo y la queja por la no eficiencia.

La expectativa de «cura» o de mejoría puede estar puesta en la relación que el niño tenga con cada una de las maestras, mostrando a unas más aptas que otras.

Una madre (E 16) que consultó, pues su hija a la que describe como tímida no habla en clase, hace permanentemente un paralelismo entre el vínculo que la hija tenía con la maestra del año anterior y la del año en que fue entrevistada. Dice: «Y la maestra que ella tiene ahora, la agarró de la mano y le dijo: vamos, N (nombre de la niña). Dice, vamos a ver, escribís y hacemos números. Y pasó lo más bien [...] El año pasado la directora que había, como que no, no ayudaba mucho». «Porque con la maestra del año pasado de primero, ella no era nada, ella, la abrazaba, la besaba [...] pero con esta maestra es muy distinto, porque ella la hace pasar al pizarrón y ella va, como que se suelta más. No sé que forma tiene la maestra de hablarle cuando la hace pasar, no sé, pero como que se suelta más. [...] La maestra del año pasado me hizo el papel, todo, pero como que no ayudó que ella fuera avanzando.» (E 16 madre de niña de 7 años). Lo que motiva la consulta en este caso es que la niña no habla en clase y en especial no habla con adultos, es desde ese mismo lugar que la entrevistada espera que surja la solución.

Comentando que sus hijos han pasado de año sin aprender, una madre (E 8), visiblemente molesta, dice respecto de las maestras: «No les importa. Yo discutí con las maestras. [...] Y me dijo que así tuviera 15 años, lo dejaría en primero. [...] Y me hizo llorar y no le falté el respeto, no le pegué; si fuera otra madre, la mata a palos». «Tenés que tener paciencia, si sos maestra, para algo estudiaste, digo yo. Si yo soy mamá, y nunca estudié, tengo 27 años y me pude ser como pude ser, no tengo pareja, no tengo nada.» (E 8 madre de varón de 9 años).

Este relato pone en escena la violencia que frecuentemente se expresa en el ámbito escolar hacia los docentes, ya no se trata de desconocer la autoridad en el aula sino que se plantea la posibilidad de pegar a la maestra, falla el diálogo y la opción es lo físico. Parece reforzar la idea de que ella es una buena madre porque no agrede físicamente a la maestra, pero niega dos veces: «no le pegué», otra «la mata a palos», cual si hubiera tenido que frenar el impulso al acto agresivo.

Esta entrevistada exige paciencia y reclama que si la maestra está preparada, formada como docente, debería actuar de otra forma. Se compara con la maestra, en tanto ella en toda la entrevista se muestra orgullosa de haber salido adelante con 4 hijos varones sin la ayuda del padre y siendo muy joven. Parece exigir que la maestra también sea una madre que pueda con todos sus alumnos-hijos.

Los comentarios acerca de la escuela como espacio de conflictividad conforman una imagen que se reitera en las entrevistas.

Para algunos padres, la escuela es un territorio donde son otros los que ejercen violencia y esto justifica la propia o la de los hijos, incluso pueden pretender trasladar lo que han sido problemas entre niños a enfrentamientos entre padres. «Fui a hablar con ella (con la maestra) y le pregunté y le dije, porque viste cómo tiene el ojo, me dice, me había dicho que se había pegado contra la mesa de la escuela. Me dijo la maestra: no, no se pegó con la mesa de la escuela, a él le pegaron

[...] fui a hablar con la directora y la directora te dice cualquier cosa menos... [...] decime quién fue, cuál es el niño, porque yo quiero hablar con el niño y quiero hablar con la madre.» (E 13 madre de varón de 8 años).

En el caso de esta consulta, habiendo problemáticas que exceden lo escolar, la madre de todas forma centraliza la queja en la escuela y no logra ver las dificultades propias del hijo y del funcionamiento familiar.

Lo causal es situado en la escuela o en el niño que «se hace el vivo», también en una incidente en el que su hijo y el primo de este tomaron pastillas y se intoxicaron. Ese hecho constituye un mojón donde se alinea la causalidad, desde allí todo lo extraño, lo diferente, queda anudado a la «intoxicación con las pastillas». Pero la posición de queja hacia lo escolar persiste.

A partir de las dificultades de los niños en el aprendizaje surge el malestar contra la institución educativa y sus integrantes, la falta de confianza en la gestión de quienes tienen a cargo el centro educativo y falta de confianza en la maestra que tiene a cargo la clase.

Es así que una madre comenta: «Me parece también que ya le tienen idea, porque la directora también, la directora pasa viendo lo que él hace y no ve lo que hacen los demás. Y los otros días fui a discutir con ella». (E 13 madre de varón de 8 años).

El enojo con la maestra es visible; prefiere creer que han puesto la atención sobre el hijo y que hay otros con las mismas conductas, que preguntarse qué sucede con su hijo. Parece tomar la vía de la negación de los problemas por la herida que puede causarle. Es el dolor ante el niño que fracasa en lo escolar, es el dolor de la humillación por la afrenta sufrida por quienes ocupan el lugar del saber, pero a la vez también herida narcisista por no saber controlar la conducta del hijo que hace ruido en lo social.

Al abordar el efecto de las heridas narcisistas en el trauma temprano, Eduardo Braier (2003), retoma la definición que W. Baranger da: «se denomina herida narcisista todo lo que viene a disminuir la autoestima del yo o su sentimiento de ser amado por los objetos valorados» (p. 21). Cuando los hijos son considerados como parte de las posesiones narcisistas del yo, si disminuye la valoración que otros significativos expresan sobre el niño (por ejemplo, los docentes) pueden sentirse ellos mismos disminuidos en su sentimiento de ser amados. A la vez, recibir del niño la decepción de no cumplir con el ideal, es ver disminuido la ofrenda de amor que podía esperar de él (éxito escolar, social, etc.). Los fracasos del hijo producen una herida narcisista por la ruptura de la adecuación de la imagen del hijo a lo ideal y la ruptura de la imagen de sí mismos como padres eficientes en su tarea.

La madre cuyo enojo con la directora expone, relata respecto del hijo: «Me dijo: mamá me estoy portando bien, porque sabés que mi maestra se cambió de cara [...] si me dijo que me portara bien porque si no ella no iba a tener que faltar de nuevo [...] agarró estrés, la maestra». (E 13 madre de varón de 8 años).

El malestar docente queda evidenciado en el relato de esta madre, maestra que «cambia de caras» y tiene que abandonar el aula, desborde donde la maestra que habla de sus estados emocionales y que pide piedad de alguna manera, salud docente fragilizada por tantas demandas.

Otros padres, al cuestionar a todo el sistema educativo o incluir en las problemáticas del aula no solo el vínculo con la maestra sino la presencia de otros niños, las dificultades particulares de cada escuela, etc., logran formular una queja o explicación que es más amplia y un poco más compleja, descentrando la problemática del eje de la maestra-niño. Las críticas que pueden centrarse en la actitud de los docentes, en otros casos se extienden a todo el sistema escolar, al funcionamiento de las aulas o por ejemplo a la organización de actividades en escuelas de tiempo completo.

La entrevistada que cito a continuación sitúa directamente el comienzo de las dificultades del hijo en el ámbito escolar y su relato se centra básicamente en la narración de las situaciones y cambios vividos en torno al pasaje de su hijo por distintas clases e instituciones educativas.

Ella comenta: «Empezó el tiempo completo, porque yo los quise poner a los tres en la escuela, juntos, porque yo quería trabajar [...] ¿qué pasa?: el cambio, a él le hizo mal, yo noté que le hizo mal, porque él venía mal de la escuela, venía raro». «Venía enojón, por ejemplo, como que cansado, obviamente, porque son 8 horas. Y después no tuvo mucho, con la maestra, como que no tenía mucho, no se llevaba bien. Y siempre llegó a casa y siempre quería volver a la otra escuela, siempre quiso volver a la otra escuela.» (E 17 madre de varón de 6 años). En un primer momento uno podría suponer que la no adaptación de su hijo a un horario de tiempo completo hace a características de él, a lo difícil que fue el desprendimiento de las personas queridas de la escuela anterior (maestra, compañeros) y no habría responsabilidad de los docentes en eso. Sin embargo, prontamente comienza a relatar dificultades que hacen al cuestionamiento de cómo actúa la maestra respecto de su hijo y a todo el funcionamiento de la escuela pública.

«Después yo tuve un problema con la maestra [...] él llegó a casa y me dijo que la maestra le había dicho que, si fuera la madre, le daría una cachetada [...] tuvo mucho cambio de maestra, fueron cinco maestras, o seis, si no me equivoco [...] En primer año, después nos dimos cuenta de que él no escribía el nombre y todo, con la maestra, que, obviamente la maestra esa le prestaba atención.» (E 17 madre de varón de 6 años).

Cuando las explicaciones se sitúan en un ámbito externo al familiar, hay cierto pedido de que se otorgue indulgencia al hijo (tal como lo formulaba Freud) y quedan en evidencia algunas de las cláusulas del contrato narcisista que el niño firmará o no con lo social. La propuesta de Aulagnier de que la relación que los padres tienen con lo social interferirá sobre la forma en que el niño establezca este contrato con lo social se adecua claramente a las situaciones donde desde los adultos hay un cuestionamiento fuerte hacia lo escolar y se promueve o toleran pautas de violencia para manejarse ante los conflictos.

Con tanta queja frecuente acerca de niños que no prestan atención, Knobel Freud propone interrogarse sobre lo que sucede en la educación y la medicalización de la infancia, y señala que la atención sería un don a otorgar, algo que se presta. Luego coloca la falla en un escenario, que como se vio es frecuente, con ironía asevera: «Con ese padre beligerante que llamó inepto al profesor... ¿le podemos pedir al niño que esté atento en clase? Los niños que van a escuelas respetadas por sus padres tienen menos problemas para prestar atención.» (2013, entrevista realizada por Carola Fominaya). Quizás es una afirmación demasiado general pero concuerdo que hay mucho de verdad en ella.

Características similares a otros miembros de la familia

En el intento de explicar las conductas del hijo por las que se consulta, los padres apelan a recordar características del niño que pueden relacionar con otros miembros de la familia.

En algunos casos hay cierta historización, hay un recorrido de la vida del hijo y se evocan relaciones con familiares a quienes lo asemejan, incluso algunos pueden recordar su propia infancia, buceando en busca de similitudes o sorprendiéndose ante el hallazgo de una coincidencia.

En otros casos, la similitud con otro miembro de la familia, cobra una tonalidad de mayor lejanía, el hijo «es igual» a alguien a quien pueden cargarle todo lo negativo que el niño ha incorporado.

Si el parecido a otro es tomado casi como destino, estas formulaciones cierran la posibilidad de reflexionar sobre lo que sucede con el hijo. Dichas características pueden remitirse a cuestiones hereditarias o transmitidas mágicamente, un proceso donde uno no podría incidir voluntariamente.

Hablan de características comunes, pero no se aborda cómo ese rasgo similar llega al hijo, me pregunto: ¿la transmisión no es pensada desde el vínculo?

El lugar del niño en una cadena de parecidos puede incluir el temor a la repetición de lo patológico o de la transgresión a las normas. La historia familiar puede tornarse una causa etiológica efectiva para la enfermedad mental y la causalidad es pensada más desde el contagio o lo puramente genético, que por los efectos de la convivencia con la locura del otro. Lo genealógico puede ser desde la narración de formas de ser o desde una herencia que se presupone biológica.

A pedido de la maestra, una madre (E 3) consulta por su hijo ya que se le informa que tiene problemas de conducta en la escuela, problemas de inquietud y concentración, además de tener una conducta que es especialmente inquietante y produce enojo en la madre: el niño rompe sistemáticamente todos los útiles, los suyos y los que le prestan para que pueda realizar las tareas de clase. «M (el hermano mayor), en sí, M Era muy inquieto. [...] También M. Fue a psicóloga de chico [...] porque era muy hiperactivo, muy hiperactivo [...] El problema de M. No era de romper cosas, era del carácter de él [...] No rompía las cosas, trabajaba, también, mucho, jugaba con los chiquilines, todo bárbaro, pero M pegaba,

M pegaba mucho.» La entrevistada al esbozar explicaciones respecto de lo que motiva la consulta, comenzó a relacionarlo con el efecto que produjo en la familia y en el niño la internación de su hijo adolescente por consumo problemático de drogas y rapiña. Paralelamente plantea, sondeando, la similitud entre un hijo y otro, intentando marcar diferencias, uno rompe, el otro pegaba. En esa cadena de similitudes toma las características del padre de sus hijos y finalmente comienza a reflexionar sobre su propia inquietud. «El padre es más de carácter.» «El padre era muy inquieto, también, una persona muy inquieta.» «Inquieta, soy media inquieta [...] tipo nerviosa, no sé cómo explicar, así, como hiperactiva.» (E 3 madre de varón de 7 años).

Una madre (E 8) de un niño de 9 años, que consulta por dificultades de aprendizaje, fue construyendo explicaciones que abarcan varias categorías: el desinterés de sus hijos por estudiar, el abandono del padre, comenta que recientemente por peleas con familiares debieron mudarse. Pero a la vez, me cuenta que le expresó a la practicante de psicología su inquietud, ella quiere saber: «si esto es, como se dice, hereditario, porque mi madre es analfabeta y la familia, toda, de mi madre, casi todos, no saben leer ni escribir y a mi papá le enseñé yo a leer y escribir». «Yo pienso que debe ser por eso, también, lo que ellos traen de atrás.» (E 8 madre de varón de 9 años). Lo similar esta puesto en algo que se hereda, «que ellos traen de atrás» y que pone a nivel de lo biológico una dificultad en la lecto-escritura.

Una entrevistada que trae a su hijo a consulta porque no habla, relata que hablando con la abuela paterna sobre las dificultades del niño, esta le dijo respecto al padre: «el padre de él era igual [...] nunca fue atendido fijate que él nació y el padre de él no tenía cédula [...] Ella dice que lo mira a él (al nieto) y que era igual». La entrevistada, que no mantiene contacto con el padre del hijo, comienza a recordar características de él, dice es: «algo frío, no habla [...] conmigo no habla nada [...] ahí la pediatra cuando le dije le quería hacer un examen genético para ver si era genético». (E 12 madre de 4 años). La idea de lo genético, lo hereditario, vuelve a aparecer para justificar la similitud en este caso con el padre; según el relato de la madre incluso la médica que lo atiende quiere descartar que una dificultad del habla sea herencia del padre y pueda detectarse en un estudio. Otros médicos al ver al niño recurrieron a una explicación que involucra el estado de ánimo de la madre ante la muerte de otro hijo.

Una madre que consulta por la hija de 7 años que no habla en el aula, al buscar explicaciones para la conducta de la hija, expresa en forma bastante contradictoria que la hija puede parecerse a ella: «Yo era tímida [...] yo de vez en cuando, sí, me llamaban a mi madre, porque yo, a veces, era tímida también. [...] no era de levantar la mano [...] algo de eso ella agarró, sacó de mí, pero no de que me hayan llevado al psicólogo, así. Eso no. [...] Porque yo hablaba con la maestra, yo hablaba con la maestra, pero era tímida y cerrada como para estudiar, me daba vergüenza leer en la clase, no hablaba. Cuando la maestra me preguntaba algo, yo a veces, no lo decía, me quedaba». «Y soy tímida» « hay algunas cosas que

sí, todavía sigo siendo, a veces, soy muy cerrada [...] los hermanos, no [...] nosotras dos, nomás.» (E 16 madre de niña de 7 años).

La timidez queda limitada a las mujeres de la casa; los varones no son tímidos y el padre —que en este momento está en prisión— que dice que no es así. Sí reconoce un parecido en lo emocional de la hija con ella, en la timidez. La diferencia está puesta en que si bien desde la escuela le decían a su madre, sus dificultades, no consultaron a psicólogo. ¿Ir al psicólogo marca la gravedad del problema y anula la similitud en el comportamiento? Esta entrevistada ha basado la explicación de lo que le ocurre a la niña en el hecho de que el padre está en prisión; el arresto se produjo de forma inesperada en la madrugada y el tiempo que vino después fue muy difícil para ella como madre y esposa, termina aunando lo del padre con la timidez de la niña como explicación final.

La relación con el otro progenitor

En este punto lo que fácilmente se detectaba en las entrevistas eran los comentarios sobre las fallas del otro progenitor en su función; hay explicaciones donde lo que surge es la ausencia del padre o madre, en algunos casos por ejemplo la ausencia puede ser no voluntaria (por ejemplo un padre preso) donde no hay intención de abandonar o fallar. En otros casos la relación con uno de los padres está marcada por la violencia o el abuso de drogas.

Cuando los padres recurren a pensar en cómo es o ha sido la relación con el otro progenitor como explicación despliegan una gama de tonalidades afectivas al respecto, desde simplemente nombrar necesidades del niño que no se cumplen con relación a ese que no está, pasando por enunciar la tristeza del niño ante el que abandona, hasta recrear en la memoria el dolor de la violencia vivida y culpar casi exclusivamente al otro por lo que no anda bien en el niño.

Es relativamente sencillo atribuir la culpa del que no está o la insuficiencia del que queda a cargo para cumplir funciones que a veces remiten a una supuesta duplicidad: ser padre y madre a la vez. La posición que muchas veces es ofertada al analista es la de colocarse como juez que certifique el daño que el otro ha producido, sus errores y lo terrible en general de su accionar.

Las madres en general señalan estar agotadas o desbordadas en esa supuesta «doble función»; los padres dan por obvio que no pueden sustituir a quien «naturalmente» debería hacerse cargo del niño. Uno de los entrevistados centra su pedido de ayuda en orientación para suplir a la madre.

En general al hablar de fallas del otro en tanto padre o madre, lo que señalan es el tipo de vínculo con el hijo (diálogo), la presencia o ausencia, y las conductas que desde el descontrol del adulto afectan al hijo. Fue muy frecuente el relato de padres que se drogan o alcoholizan.

Lo que el padre o madre entienden como causa central en algunos casos son las fallas que atribuyen al otro progenitor en su función. Estas fallas pueden estar dadas por una conducta intencional, pero también la sola ausencia es traída como problema con consecuencias que determinan las dificultades del niño.

La percepción de la complejidad de lo causal, hace que en algunos casos ver o situar las fallas en la relación con el otro progenitor no necesariamente implica no ver las propias fallas, como ya se ha dicho las explicaciones pueden ser varias y superponerse.

Cuando emergen en el relato situaciones de violencia vividas por las madres y sus hijos como argumento explicativo de las dificultades que el niño presenta, o de la necesidad de que sea atendido para superar lo sufrido, se superpone la categoría relación con el otro progenitor con la incidencia de situaciones que afectan o afectaron al niño.

Una entrevistada que consulta por las dificultades del hijo en el ámbito educativo y además agrega la preocupación de que no acata límites, se escapa de la casa y de la escuela, comenta: «Vive con su papá [...] ha perdido autoridad cuando lo corrige, el niño como que le habla demasiado fuerte, como que lo plantea el padre, disgustado, con lágrimas [...] se ve que el nene le ha agarrado la mano a él, le ha agarrado los puntos débiles, entonces lo desautoriza; se ha ido de la casa, se sale para la calle. O sea, no se le ha ido en la noche». Da cuenta de lo que ella entiende como impotencia del padre ante el hijo, va dibujando la imagen de un padre angustiado, paralizado ante el embate de su hijo ya adolescente.

Respecto del vínculo entre ellos y la pérdida de autoridad menciona: «El papá está hablando y él está reclamando continuamente, y sigue y el padre le dice A (nombre del niño) te estoy hablando. ¡sí pero!, entonces conmigo no». La madre se desmarca inmediatamente del proceso de desautorización pues dice que con ella el hijo no hace eso, sin embargo a la vez relata que el niño si está unos días de visita en la casa materna comienza a extrañar al padre y pide para irse.

Al pensar en qué espera del tratamiento agrega: «Vive solo con su papá, su papá no tiene pareja, me parece que es muy importante (que tenga un espacio con psicólogo) porque, seguramente, el diálogo entre ellos ha faltado porque el papá es mayor y no le tiene paciencia». Nuevamente insiste en lo que falla entre ellos, recalca la edad del padre que es cierto podría ser un abuelo (más de 60 años), diferencia no tan grande pero que también tiene con ella (la madre tiene más de 45 años).

«Ellos se extrañan mutuamente [...] nosotros vemos que es así, que él como que se pone muy sensible a las cosas o caprichoso.» «Nosotros somos grandes, pero es muy difícil para el papá, de pronto, hacerle más, porque ya es más grande que yo, él está con otra etapa de los hijos y no crió sus hijos tampoco.» (E 1 madre de varón de 12 años).

Aquí en este caso el padre no solo está presente sino que es efectivamente quien se ha hecho cargo de la crianza del niño pues la madre, con unos cuantos hijos más, expresó que ella se había agotado. Sin embargo para ella es justamente la relación con el padre lo que no está funcionando, en ningún momento se pregunta o plantea que algo de la relación de ella con su hijo pueda estarle afectando a este, siendo que a la vez reconoce que cuando el niño está en su casa al poco tiempo extraña al padre y se quiere ir.

A pesar de las dificultades que se producen en la relación padre-hijo según esta entrevistada, podríamos definir a ese padre como presente y responsable. Esta no es la situación narrada por la mayoría de las madres que consultan, ante la ruptura del vínculo de pareja, los padres desaparecen de la vida de los hijos, muchos no se hacen cargo de los niños (a quienes visitan pocas veces o nunca), ni siquiera de apoyar económicamente.

En el siguiente ejemplo una entrevistada explica las dificultades del hijo (por el que consulta y de los problemas con todos los hijos) por la ausencia del padre. Dice: «No sé lo que es, no sé si el problema es que no tienen al papá [...] Está ausente [...] No, no, él no los quiere ver, yo insistí para que los pueda ver, lo fui a visitar, quise hablar con él, él no quiso medir palabras conmigo [...] F (el hijo por el que consulta) es el padre de todos».

Esta madre insiste, lo busca, entiende que los niños necesitan verlo, y según su relato el padre se niega, hasta que accede a verlos pero no pasan bien. «Traté de llevarlos a los tres más grandes, que son, más o menos, que se acuerdan de él, el más chico, no, pero no quiere, no quiere. Estuvo como dos días con él y por lo que ellos me cuentan, no lo trató bien. [...] yo no lo quise llevar más.» (E 8 madre de varón de 9 años).

Sigue con el mismo argumento: «Por todo el tema de que el papá se fue y todas esas cosas». «Y después los vio a los niños, porque lo pinchábamos para ver si los quería ver, si tenía interés y todas esas cosas. Él no me preocupaba, me preocupaba la situación de ellos, ya me la veía venir. Entonces, siempre necesitás, el varón siempre necesita al padre, no es lo mismo que la nena.» Realmente anticipa como destino ese desenlace, estos hijos —varones— pelean todo el tiempo, se pegan, el mayor intenta poner orden también pegando, ella se descontrola y grita. Las causas del caos están puestas en el que no está, el padre que abandonó y que además la dejó en una situación precaria económicamente del cual pudo salir por la ayuda de sus padres. La escalada de enojo hacia ese padre, figura vivida como terrible en tanto abandona, comienza a preocupar a la madre pues el hijo comienza a amenazar con una venganza fantaseada pero posible.

«F (hijo) habla mucho del padre.» «Él me dice que cuando sea grande [...] voy a ser policía [...] porque lo voy a buscar a mi papá y lo voy a matar, me dijo. Y yo quedé toda roja, con ganas de llorar. Porque, ¿sabés qué?, te abandonó con mis tres hermanos y a mí.» «Él me las va a pagar, me dijo, a mí y mis hermanos, porque no nos quiso ver nunca.» «Y se desbordan, se desbordan, porque ellos no tienen, físicamente, un papá, un hombre.» (E 8 madre de varón de 9 años).

Deja clara su concepción de que en la educación del varón es necesaria la presencia de un hombre, del padre, incluso sus fallas como madre, cuando las plantea, en realidad tienen que ver con no saber cómo manejar a estos varones, cómo jugar con ellos al fútbol y cómo sostener su autoridad ante quienes se gobiernan por sí mismos. En tanto varones es que ella entiende se hace necesaria la presencia del padre como figura identificatoria y de puesta de límites.

Para una niña la ausencia involuntaria del padre se ha convertido —según su madre— en causa del malestar. La entrevistada consulta porque su hija de 7 años no habla en el ámbito escolar: «Y más bien con los mayores, como que se cierra [...] como que el problema al no ver al padre, como que ella tiene un problema con los adultos, que se aisló con los más grandes [...] El padre hace cuatro años que está preso». Esta madre explica que fue preso injustamente por ser amigo que quien en realidad cometió una rapiña. «Para ella se levantó un día y ya no estaba más [...] Fue de mañana que lo fueron a buscar, como a las siete de la mañana. Después ella se levantó y empezó a preguntar, a preguntar, y no lo veía, y no lo veía, y como que empezó a cerrarse más. [...] Ahí hablaba.» «Ella habla por teléfono con el papá, ella le cuenta todo.» «Ella cuando habla con el padre, le pregunta cuándo va a venir [...] Ella era muy pegada a él cuando era chica.» «Incluso nosotros lo hemos hablado con el padre y el padre se da cuenta que es por él.» Durante la entrevista la madre pudo ir recordando su propia niñez y la timidez que la caracterizaba, esto la acerca en parte a la problemática de la hija y aún entonces las causalidades: «Entre la timidez y lo del padre [...] se juntaron las dos cosas de ella». (E 16 madre de niña de 7 años).

La ausencia ya no involuntaria es central en la explicación que un padre da de lo que le ocurre a su hijo: «El abandono de la madre [...] lo abandonó en el hospital cuando tenía un año [...] estaba internado [...] y me tuve que hacer cargo en el hospital yo, de él». «Me avisó la mamá que estaba enfermo y bueno, ta, me hice cargo yo.» (E 18 padre de varón de 5 años). En una situación límite en las que este hombre debió hacerse cargo de su hijo y desde allí él ha criado al niño.

«Ha tenido contacto cada tres, cuatro meses, que se lo llevo yo, cuando él extraña mucho, mucho, lo llevo [...] seguimos viviendo a dos cuadras [...] incluso va a la casa de al lado, que son unos vecinos, que va la madre, y no pasa ni a saludarlo al niño.» «Y yo pienso que más que nada es el tema de la mamá.» (E 18 padre de varón de 5 años). Su familia le propone deslindarse del problema y entregar el niño a una madre que explícitamente no quiere cuidarlo, tiene otros hijos y ejerce la prostitución como medio de recibir ingresos, los que muchas veces —según relata el padre— malgasta en drogas. «Para ellos, la solución es llevárselo a la madre [...] Yo incluso intenté hace poco [...] tengo una denuncia hecha acá en la 18, que también, se lo llevé para que la visitara y me lo mandó a un supermercado a pedir monedas con el hermano.» «Él me pide que lo lleve, más que nada, no tanto por la madre sino por los hermanos.» «Me lo trajo ella y me dijo: no puedo más con la vida de tu hijo, hacete cargo. Y bueno, dejámelo. [...] Como que no es hijo de ella. Y sin embargo, no me da la tenencia porque dice que yo no se lo dejo ver, que si ella me da la tenencia no le ve más al niño. Y si no lo ve.» «Le dice: ahora mamá te pasa a buscar y él horas apoyado en la ventana mirando.» «Lo último que me dijeron los vecinos que le habían hecho denuncia para llevarle los niños, que ahí fue que yo también abrí un poco los ojos y me entré a mover con el tema del juzgado.» «Ahora dice que con la mamá no quiere ir a vivir más.»

Me planteo que cuando la relación con el padre es el problema es porque creen que es importante para el hijo el vínculo que tenga, es decir les hace falta el padre.

Así una madre (E 3) comentó al pasar: «Un día me dijo: sí, yo ya sé qué pasó con mi papá; a ver, ¿qué pasó, B (niño por quien consulta)?; se murió, no me vino a ver más, no me llamó, nada, se murió. Bueno, ni sí, ni no [...] Lo dejé por eso, no le dije más nada». (E 3 madre de varón de 7 años). Esta madre argumentó que ya que el padre no ve al hijo, la relación con el padre no ayuda a entender lo que le pasa a B.

Situaciones que afectan al niño

El recurso de explicar la conducta o dificultades del niño respecto de situaciones que para los padres afectan o afectaron al hijo en algún momento de su vida es bastante frecuente. La gravedad de los hechos relatados es variable pero la carga emocional que le es atribuida da cuenta por momentos de una casi monocausalidad, donde el hecho —en ocasiones traumático para los propios padres— explica todo. Este es el tiempo de las consecuencias de lo traumático como causa eficiente, para algunos es momento de resignificación.

La gama de hechos que pueden tener efectos sobre el niño incluye situaciones de violencia o muerte, pero también menciones al contexto familiar disfuncional y problemas económicos importantes. En ocasiones, esta categoría se combina —como ya se mencionó— con las fallas del padre, que puede ser por ejemplo quien ejerce la violencia. Los entrevistados mencionaron con frecuencia el consumo problemático de drogas, mudanzas reiteradas y violencia (intrafamiliar o con vecinos).

La explicación para muchos padres incluye dar cuenta del dolor supuesto en el hijo por un hecho vivido por aquellos como traumático. No implica que puedan nominarlo así, pero la magnitud que le dan al hecho y la causalidad central que ocupa en la comprensión del hijo permite ubicar su posición al respecto. Algunos entrevistados perciben la caída en su función como padres ante estas situaciones límites, y se preocupan no solo por las consecuencias del hecho disruptivo en sí, sino también por los efectos en los adultos referentes. Teniendo en cuenta la distinta complejidad de los hechos tomados como causales, el riesgo es que reduzcan toda la explicación en torno a ellos, simplificando lo complejo del psiquismo del hijo y dejándolo muchas veces como víctima.

Laplanche recuerda que: «el traumatismo, para ser un traumatismo psíquico, debe ser un “auto-traumatismo”. Incluso los traumatismos más «externos», no pueden tener efectos psíquicos si no se ligan por un aflujo de excitación interna». (Bleichmar, 2010, p. 143).

Aun coincidiendo con Laplanche, entiendo que lo traumático o al menos lo desestabilizador de la economía psíquica del niño puede ser la captación del dolor de los adultos de quien requiere los cuidados necesarios para vivir; cuando algo

impacta en la familia y en los padres, el niño aún sin ser directamente afectado posiblemente quede anclado en cierto desamparo, dado el decaimiento en las funciones parentales. La consistencia del otro, que es esencial para la constitución psíquica, para el despliegue de los tiempos lógicos que esta promueve quedaría al menos tambaleante. El catedrático español Echeburúa (2009) sostiene que: «La traumatización de los padres y la ausencia de una atmósfera de apoyo y comunicación tienden a agravar el desarrollo psicológico del niño» (p. 51).

Myrta Casas (2007) argumenta que: «Lo traumático no es necesariamente un acontecimiento vivido por el sujeto sino transmitido a través del discurso familiar» (p. 219). Justamente, del lugar que ocupa el hijo para los padres, del discurso que estos construyan frente al suceso sufrido, y lógicamente de los recursos con que cuente el hijo dependerán los efectos de lo ocurrido.

Es claro que el hecho traumático no se define con anterioridad a las vivencias que lo catalogan como tal, algunos hechos recordados con mucho dolor desde la actualidad pueden maximizarse o minimizarse en la serie causal. No se decidirá si fue traumático para los niños algún hecho, interesa tomarlos como tales en el discurso de los padres, entendiendo que traumático sería aquel hecho o serie de hechos que ellos mencionan como significativos para la vida del niño y de la familia, fenómenos que por su intensidad emocional suponen que marcaron negativamente la historia del niño.

«Nosotros nos mudamos hace una semana para el terreno, pero, donde vivimos, yo tengo un hermano esquizofrénico [...] la saqué de eso, porque mi pareja me decía que capaz que era eso, también la influencia; porque él habla solo.» «Cuando él habla solo, alrededor de mi casa, las chiquilinas, como que se ponen más nerviosas y A (la hija por quien consulta) mira por la ventana y se pone nerviosa y no sé, como que ella también se pone nerviosa cuando escucha, así, o cuando tira piedras, que se asustan, lloran. Claro, capaz que todo eso, también...» (E 2 madre de niña de 6 años). Esta madre comienza a nombrar los efectos sobre las hijas: nerviosismo, llanto, temor; percibe directamente en las niñas lo que sucede con ese tío esquizofrénico. Paralelamente habla de la repercusión en sí misma, lo que refuerza el argumento de la afectación en las hijas: «Todas esas cosas las afectan, también a las niñas. Me afecta a mí, que soy la hermana; llegó un momento que no aguanté más, porque dejé de estar cómoda [...] mi padre a mi hermano no quería internarlo [...] mi pareja dijo: vamos a sacarlas de acá a las tres [...] yo no quiero que A siga pasando por..., que M (la hija menor) siga pasando por esto». (E 2 madre de niña de 6 años).

Otra entrevistada (E 3) a tientas va buscando causas para explicar las conductas del hijo que son enigmáticas para ella: «No hay un detonante, así, no, no hay algo específico. [...] capaz que por el hermano; el hermano estuvo con problemas». «Y, empezó con el tema de las drogas, todo ese tipo de cosas, pasta base [...] empezó a robar [...] B. Empezó también con el tema de comerse las uñas [...] se come todo, vos le ves los deditos y tiene la uña por la mitad del dedo; tipo nervioso, así como, de repente expresaba, lo que estaba sufriendo él, lo expresaba de

esa manera, capaz.» (E 3 madre de varón 7 años). Desde la idea de que no habría un motivo específico termina relacionando directamente una conducta —que se coma las uñas— con lo que sucedió con el hermano; percibe el dolor del hijo y entiende que este busca maneras de expresar lo que le ocurre. «No es que hable, no es un chiquilín que se siente y hable contigo, así no se sienta [...] como que se angustia, como que le cuesta.» «Ponerse agresivo. No, que lo extrañaba».

«Fue pocas veces, porque ahí te revisaban todo; te revisaban todo, entonces, era muy violento para el chiquilín, entonces, no. Y él se sentía incómodo, también, entonces, extrañaba al hermano, todo, pero le mandaba dibujitos, cartitas.» (E 3 madre de varón 7 años). Esta madre también habla del efecto en todo el grupo familiar: «Nosotros nos pasamos fiestas, pasó él encerrado, todo ese tipo de cosas, que fue bravo para todos». «Las drogas es un tema que está siempre ahí.» «Yo decía, ta, cuando esté el hermano se va a tranquilizar, yo lo asociaba todo a eso.» (E 3 madre de varón de 7 años).

Una madre, desde el inicio de la entrevista, comienza a relatar las situaciones límites vividas junto al hijo por quien consulta: «En esos cuatro años, yo no tuve contacto con mi familia ni nada, ni D (el hijo) conoció a mi familia: madre, padre, a mis hermanos, a los tíos, obviamente, los primos». «Destratos, al principio, psicológicos, después cuando el nene ya tenía dos años [...] empezó lo físico conmigo [...] primero cuando el nene no estaba, pero ya mismo, al mismo tiempo, estaba el nene y no le importaba. El nene vio mucho.» (E 5 madre de varón de 10 años).

«El nene todo lo veía, todo lo escuchaba, todo, o sea era...Yo no le podía hacer un mimo, yo no podía jugar con mi hijo, eso desde que nació. [...] Y no podía salir, y no tenía como ni me, o sea, no tenía como escaparme.» A la violencia se suma también la ausencia de la madre: «Yo ya había estado internada tres veces, en X, por golpes y forenses me sacaron fotos. Yo hice denuncias. [...] Él era policía [...] nos vivían mudando, esa era otra, cuando mi familia se enteraba, más o menos donde estábamos, ahí, tácate.» (E 5 madre de varón de 10 años).

Logró escapar con ayuda de la maestra del niño, y relata sorprendida el diálogo que se produjo en el viaje de huida: «Cuando veníamos en el ómnibus, y D me pregunta: ¿mamá, vamos para lo de la tía, no? Sí, le digo. Y el dice: ¿vamos a volver? Le digo: mirá, creo que no, mi amor. Y se paró en el asiento y me abrazó y me dijo: gracias, mamá, no quiero volver nunca más. No me lo esperaba. Yo venía pensando bueno, ahora tengo que..., lo va a extrañar».

Al igual que las entrevistadas citadas con anterioridad, esta madre recurre a la referencia al propio dolor como medida para suponer los efectos en el hijo: «Es algo que pesa, me pesa a mí, que soy grande, que ya estoy con medicamentos por el psiquiatra, viendo al psicólogo. Este niño, que no entiende, que todavía él no entiende por qué [...] si es que estaba enfermo, si es que estaba, y el padre no tomaba, no fumaba, no se drogaba, no [...] Y él, como no entendía. Obviamente, era chico, y después, no entendió. Es que no teníamos una discusión y después venía la agresión. [...] cuando yo quería acordar, sentía un manotazo en la nuca,

en la cabeza o en la espalda y ya caía al piso y al diablo». Ante tanto sufrimiento las pérdidas del niño son las de sus pequeños objetos, que regulan lo libidinal y son soportes del deseo y de los procesos de separación y alienación en el otro. «Él me pregunta, me preguntaba que cuándo le iba a traer los juguetes y la ropa de él, [...] un peluche que tenía arriba de la cama [...] Entonces, ta, eso lo sufrió, eso fue lo que más le dolió; los juguetes.» (E 5 madre de varón de 10 años).

Un padre (E 7) no duda en centrar la explicación de lo que sucede con su hijo en hechos que él vive particularmente con mucho dolor (físico y psíquico): «Él quedó así, más allá, cuando yo tuve el accidente. Porque yo tuve un accidente de tránsito con mi hija más grande, la hermana. [...] yo quedé con la pierna derecha, viste (se remanga el pantalón para mostrar las heridas). Tengo 16 tornillos, tengo placas, todo [...] hice tres comas, de las cuatro operaciones [...] yo estuve internado casi un año. [...] E (el hijo por quien consulta) empezó a cambiar, desde ese momento, porque ¿cómo te explico?, yo jugaba a la pelota con él, ahora, ya que me tengo que limitar muchas cosas.» (E 7 padre de varón de 7 años). El accidente que está presente en su cuerpo como marca indeleble de lo ocurrido, lo lleva a tener una andar pausado y por momentos tambaleante, con dificultad se sienta en la silla y hace de esa pierna herida un objeto a ser mirado por el otro. Este padre se explica ampliamente en el relato de lo vivido en esos momentos, necesita hablar de su dolor; recién desde ahí puede empezar a preguntarse y a entender el dolor del hijo. El niño estaría afectado por los cambios impuestos —por la dificultad física— en los modos lúdicos de vincularse. Cual novela dramática, a ese primer intento explicativo, anuda rápidamente el relato de un hecho terrible que se superpuso en el tiempo al accidente: «Y después incluso, ¿viste la familia esa que murió carbonizada?, fue en mi casa, también. [...] compartíamos un mate, muchas veces, uno no tenía, el otro tenía, y así íbamos, éramos muy unidos en ese sentido... salimos, la desperté volando, pero ya no había más nada para hacer, ya se había consumido todo, fue una tragedia [...] un momento muy triste.» (E 7 padre de varón de 7 años). «Mi señora incluso, se levantó y dice: ¡E, E!, y se pensó que mi hijo estaba abajo, porque siempre se quedaban ahí a dormir. [...] Y bueno, ta, después de ahí, todo lo que pasamos, nosotros nos volvimos a separar [...] fue todo una tragedia».

«Ellos al otro día vieron todo [...] los cuerpos no, porque se sacaron de ahí. [...] uno queda shockeado [...] incluso, yo después estuve, tuve que ir al psicólogo y todo.» (E 7 padre de varón de 7 años). El relato de los hechos vividos con la referencia a su propio padecimiento, y al hecho de haber tenido que buscar apoyo y consultar a un psicólogo precisamente por estos hechos, se fusiona con la expectativa de reparación del daño supuesto en el niño.

Respecto del hijo dice: «Ya empezó con más agresividad, con, ya no era lo mismo, ya te dabas cuenta de que él estaba cambiando. Incluso, ta, es entendible, porque le afecta a uno grande, cuanto más a uno chiquito, es la verdad». Esta idea de la afectación de los niños por algo que afecta a los padres vuelve a estar presente, el hecho de que afecte a alguien grande (adulto) y que se supone un impacto mayor en un niño.

«Porque eso le va a quedar el resto de la vida, le queda a uno, grande, cuánto más a ellos, que son chiquitos. Incluso lo vivís día a día, todos los días, porque subís y bajás por el mismo lado.¹²» «Cuando salí del hospital, ¡fá!, mirá: tuvimos que vender las motos que teníamos [...] ya el estilo de vida me cambió.» «Porque eso marcó a todos. A uno que es grande, lo marcó.» (E 7 padre de varón de 7 años).

Otras situaciones de la vida, sin tener el impacto de la «tragedia» provocan cambios, en ocasiones drásticos en la vida cotidiana de una familia, y los padres pueden mencionarlos como sucesos que de alguna forma afectaron la conducta de los niños.

El cambio en la conducta de un padre por el consumo de drogas trastoca profundamente la vida familiar, y no desde el hecho puntual que impacta, sino desde un goteo permanente de temor, violencia, horror va generando el desmoronamiento de la madre. Esta narra así lo vivido: «Sí, de drogas, maltrato, porque él no era así, no era así cuando nos conocimos, no era así para nada, era muy educado; se mostraba muy bien educado, entonces, me atrajo obviamente y después del embrazo de G (la hija por la que consulta) ya... [...] pude hacer la denuncia, lo agarraron, justo, con un arma, cinchando a la chiquilina, mal, una situación fea. Y ahí, ta, se lo llevan preso, estuvo siete meses». «Cuando él salió, vuelvo otra vez [...] empezó, bueno, quemaba casas, si alguno me ayudaba, a quemar casas, ya tiene denuncias.»

Durante el tiempo que permaneció con ellas, volvía drogado y herido de noche: «Y eso, mis hijas veían cuando yo lo bañaba, ¿me entendés? [...] y ellas (las hijas) tuvieron todo eso». (E 10 madre de niña de 12 años).

«Y cuando él venía de la timba [...] abrimos la puerta, estaba todo rajado, no sé, bien lastimado, bien lastimado [...] yo no lo quería curar, me daba asco, tantas veces, tanta bronca [...] Mami por favor curalo. Le digo: No. Me pudrí de curar a tu padre [...] fue mi hija, le sacó la ropa, lo metió ella.» Relata que esta situación ocurrió cuando la hija por la que consulta tenía 7 u 8 años.

La niña, ya más grande pidió ayuda en la escuela, y desde allí le indicaron que consultara al equipo de salud mental; a la vez, según la madre, ella misma tuvo un momento de lucidez en que luego de encerrarse por un tiempo con las niñas en la casa, sintió que algo debía cambiar. «Entonces, un día, yo empecé con esto de la claustrofobia, así, no sé qué era, de primero, era algo como que me sofocaba mal [...] no dormía ni de día ni de noche [...] con el miedo de que no venía, a ver si le pasaba algo, preocupada.» «Me encerraba, ¿no?, no hacía ni los mandados, la mandaba a ella, para no tener problemas con el padre.» «Un día: mamá, vamos para afuera, dale que te apronto el mate [...] estaba en desgano, me acostaba todo el día, no quería ni despertarme, así, y veo que las gurisas estaban haciendo lo mismo. [...] Iban y se acostaban conmigo todo el día.»

«Y digo: ¿qué estoy haciendo?, ahí me avispé, están haciendo lo mismo que yo. [...] Ahí ya dije: ya bastó, ahí fue que agarré garra y dije: bueno, hasta lo

12 Se refiere a que tienen que acceder a su casa pasando por la parte del terreno donde se produjo el incendio de la otra casa y muerte de la familia amiga.

último, yo no paro, porque no es que me esté perjudicando tan solo yo, se están perjudicando las chiquilinas.» «Además vieron situación, también, cuando un día lo ahorqué, porque me tenía harta.» (E 10 madre de niña de 12 años).

La complejidad de la situación suma a lo provocado por el padre, la propia violencia de la madre y su caída en una fobia que le impidió salir de su hogar por un tiempo; dejó a las niñas a merced de sus propias rutinas de sueño, dormir de día y estar alerta de noche por la llegada del marido.

La caída del adulto referente parece ser secundariamente causa de mayor malestar.

Silvia Bleichmar (2010) aporta al respecto:

En gran cantidad de casos, la caída precoz de las funciones paterna o materna idealizadas, efecto de la impotencia a la cual los adultos se vieron sometidos, se refractó de manera específica en los diversos tiempos de constitución por la relación a la historia previa de cada niño [...] Duelos, ansiedad de muerte, impotencia se conjugaron para producir en los niños nuevos traumatismos como consecuencia de las acciones de los adultos mismos (p. 139).

La autora plantea una postura con la que coincide: la confluencia de las vivencias respecto al hecho en sí (traumático o no) con la percepción de la posición —de impotencia— en que queda el adulto produciría nuevos traumatismos.

Al relatar lo ocurrido, esta entrevistada (E 10) pudo claramente relacionar el fracaso escolar de la hija con la suma de experiencias límites a las cuales se vio sometida: «Se que G (la niña por quien consulta) era para haber pasado el año pero es tanta las dificultades que ha pasado...». El tormento padecido está muy presente; insiste en señalar lo que presenciaron sus hijas: «El fin de semana era cuando más se drogaba, entonces, quiere decir que hubo situaciones que, de repente, las muchachas vieron». (E 10 madre de niña de 12 años).

La idea de que a los niños los afecta ver situaciones que no deberían ver, ya había sido manifestada por otra entrevistada (E 5) que dijo «el nene vio mucho». Se puede suponer que en los adultos, esa idea de lo visto por los niños, se asocia con escenas de dolor u horror que no podrían procesar o de las que habría que protegerlos. El niño sería un espectador pasivo ante una escena que no puede dejar de ver y que lo afecta.

Sin tomar este matiz del horror, o de lo que podrían vivir como con la magnitud de lo traumático, algunas experiencias son mencionadas por otros entrevistados como generadoras de una afectación en los hijos, de menor intensidad, pero que se suma a otras causalidades que despliegan a la hora de explicar lo que motivó la consulta.

Una entrevistada (E 8) relata: «Y antes vivía en una casa, pero nos echaron de esa, los familiares no son buena gente. [...] para no tener problemas decidimos irnos. Y más que los niños estaban encerrados, porque ellos no querían que fueran para allá. Y todo era, todo, para ellos, es complicado, parece que absorben todo, ellos». (E 8 madre de varón de 9 años).

La idea de absorber todo da cuenta de la imagen del niño como esponja que es permeable a todo lo que ocurre, al ver todo, absorbe todo. La idea de niño sería la de alguien sin barreras que puedan protegerlo ante lo que ve y escucha.

Otra madre (E 16) relata cómo fue la madrugada en que la policía vino a buscar al padre, nadie se lo imaginaba, según ella, ni él: «Un compañero de él hizo una rapiña y estaba justo él, con el compañero [...] él estaba durmiendo en casa, de pronto siento que golpean y miro y digo: C, digo yo, es la Policía. Dice pero si yo..., claro no había hecho nada, estábamos durmiendo». «Se lo llevaron y ya, de ahí, no vino más.» «Para ella se levantó un día y ya no estaba más, el padre. [...] Fue de mañana que lo fueron a buscar, como a las siete de la mañana. Después ella se levantó y empezó a preguntar, a preguntar, y no lo veía, y no lo veía, y como que empezó a cerrarse más. [...] Ahí hablaba.» «Una vez al mes yo voy [...] pero no, a ellos no los llevo.» (E 16 madre de niña de 7 años). Si bien centra la explicación en la ausencia del padre y como al no verlo se ha cerrado ante los adultos a los que no habla, el momento en sí en que el padre desaparece también lo recuerda como particularmente significativo para la hija.

Como se mostró, aquello que —según los padres— afecta la subjetividad del hijo por el cual consultan puede tener muy diversa fuente: las acciones violentas de un ser querido, un accidente de tránsito, la muerte de alguien cercano, el abandono del hogar, o incluso un acto del propio niño que es visto como ajeno a sí.

Pese a la diversidad de situaciones narradas por los padres para explicar lo que le sucede al hijo por el que consultan, lo que se hace presente de una u otra forma es el dolor por lo vivido que toma distintas caras. Nasio (2009) sentencia que cuando se trata del dolor, el inconsciente no olvida. Los padres al tomar la palabra, hacen presente el dolor, ocasión donde el ayer y el hoy se encadenan, y las heridas se muestran siempre abiertas. Ese intersticio es puerta al dolor, que según la noción de Pontalis (1978) es: «acoplamiento del afuera del adentro, de la realidad y del fantasma, del pasado y del presente» (p. 266).

En las entrevistas preliminares, donde el eje podría estar centrado en las dificultades del hijo, cuando comienzan a formularse explicaciones sobre lo que sucede, inevitablemente, si estas remiten a hechos que involucran a los padres en tanto sujetos, se asiste a la emergencia de su dolor. El relato cobra un tono y un valor testimonial.

¿Cuánto horror puede ser dicho recién en la consulta por un hijo? ¿Cuánto de lo no dicho empieza a circular en un espacio de palabra?

Cuando se ha podido anudar el dolor a algunos sentidos, y puede nombrarse, se produce una mutación del dolor, convirtiéndose en sufrimiento. Cuando el dolor aún es silencio, dolor desanudado de la cadena asociativa, desligado de significaciones, no ha tomado la forma del sufrimiento. Desde la apertura a la escucha, la presencia de un otro es requerida en transferencia para retomar el entramado simbólico y dar nuevos sentidos al dolor.

Los sucesos que pueden producir dolor son los siguientes para Nasio (2009): «El duelo, el abandono, la humillación y la mutilación son las cuatro

circunstancias que, de ser súbitas, desencadenan el dolor psíquico o el dolor de amar» (p. 46).

Los entrevistados hablaron del dolor: de la muerte y la pérdida de seres queridos; del abandono que ellos y sus hijos padecieron de quien era querido; hablaron del dolor físico y de pérdidas de viviendas, cuando por disputas familiares o razones económicas el hogar debió ser abandonado. Hablaron también de la humillación vivida ante quien detenta un saber académico, y los enfrenta a las dificultades del hijo, fallas que en ocasiones son vividas como propias en tanto los hijos son como lo expone Hugo Bleichmar (1983): una posesión narcisista que los compete en tanto padres, como responsables en algún punto de esas fallas y por lo tanto también fallidos en su función.

Al narrar situaciones que afectaron a los hijos, varias veces emerge el dolor propio del padre o la madre, dolor descarnado al relatar a algún hecho que los marcó intensamente, y es dicho tal vez sin mucha relación con la reflexión de la cadena de explicaciones sobre lo que ocurre al hijo. Sin embargo, en general, parten de sus propias vivencias para comprender al hijo, al reconocer su propio dolor reclaman que sea tenido por cierto el dolor que su hijo puede haber vivido. No se trata de mostrar cual exhibición el dolor propio sino de articularlo con lo sintomático del hijo.

Conciben lo vivido como traumático, sin nominarlo así, pero con la certeza de que lo visto y oído por el niño fue demasiado, por lo que fue difícil o imposible de procesar, el daño como consecuencia es para ellos una certeza. En estos casos, generalmente se expresa una demanda de reparación que devuelva al hijo inocente, previo al impacto de lo trágico. El riesgo, tal vez defensivo, es reducir la complejidad de lo causal a un hecho, desde el cual se reconstruye toda la historia del niño y al cual se remite mucho de su ser.

René Diatkine (1995) advierte sobre la facilidad con que los padres explican lo que le ocurre al hijo con recuerdos de situaciones que para ellos fueron traumáticas para el niño. Asevera que: «La biografía de un niño contada por sus padres o por un tercero, parece algunas veces marcada por un suceso de fuerte coloración emocional para los testigos, sin que por ello haya sido forzado el sistema para excitación del niño» (pp. 110-111).

Centrar la explicación solamente en este punto evitaría conectarse con otras cuestiones que los toman íntegramente como personas y como padres, en tanto portadores de deseos para sus hijos y ejecutores de acciones cotidianas sobre la vida de los mismos, dadores de significaciones que el niño no absorbe totalmente pero que, cual cartas repartidas en una partida (Ortigués, 1987), dan ciertas posibilidades de construirse como sujetos.

Al entrevistar a los padres no es posible anticipar si los hechos narrados habrán tenido un efecto traumático en los niños pues la vivencia ante un mismo hecho es singular, seguramente diferente entre el niño y sus padres. Parte de las consecuencias tendrán más relación con las oportunidades de significación que los adultos ofrecieron al niño, si incluyeron el relato dentro de la historia

familiar, si aportaron palabras o si el hecho o su secuencia fue silenciado sepultado como si no hubiera ocurrido.

No habría respuesta a la pregunta sobre: ¿Cuáles serán las consecuencias para un niño de que aquellos con quienes se halla en relación de dependencia vivan un hecho como traumático? Indudablemente aquí no rige una fórmula universal.

Sí se puede aseverar que el desfallecimiento del otro encarnado en los padres, no será sin consecuencias, dado que:

En la presencia primitiva del deseo del otro como opaco, oscuro, el sujeto, punto sobre el cual Lacan insiste incansablemente, está sin recursos, híflos. En este desamparo del sujeto y no en no sé que creencia en la omnipotencia del pensamiento, reside el fundamento de lo que en psicoanálisis fue explorado como la experiencia traumática. El deseo se produce en el mismo lugar en que se origina, se experimenta, el desamparo (Safouan, 2003, p. 106).

Una entrevistada (E 12) que consulta por su hijo de 4 años, comenta la explicación que los médicos le ofrecieron para dar cuenta de las dificultades del niño, aquellos recurrieron a confrontarla a un hecho traumático que ella no terminaba de reconocer como tal.

Los médicos le dijeron que lo que le ocurría al hijo era porque: «yo perdí un bebé». Cuando el hijo por el que consulta tenía apenas 6 meses, nació un prematuro de 6 meses de embarazo y a los tres días murió. «Yo quedé... (gesto de impotencia) por eso ellos (los médicos que lo vieron) lo relacionaron con eso, ellos presienten que lo que le pasa es que lo de él era por eso [...] yo sé que él estaba siempre conmigo.»

A diferencia de lo que se viene planteando, este es un ejemplo del no reconocimiento de un evento que afecta al hijo por el que consulta. Los que buscan y señalan lo traumático son los médicos. Respecto de lo que estos dicen, la madre afirma: «al principio dije puede ser, bueno porque al ser chico [...] yo tenía que trabajar [...] para mí era normal, tenía depresión pero no pasaba acostada ni..., no sé de qué manera... entonces yo no lo asocié con eso».

En este caso, la percepción de una situación afectando al niño es negada, pero la magnitud de lo ocurrido, y que haya sido señalado por los médicos, me pareció relevante para incluirlo en este apartado. Un dolor mudo está presente y era un estruendo en la entrevista. A esta, la madre concurrió con su hijo que permanecía —mudo, emitiendo sonidos confusos— abrochado a su cuerpo. Pañuelo de lágrimas, objeto que taponea el dolor de la pérdida y que a la vez lo hace siempre presente, el silencio del niño redobla el silencio de la madre sobre ese hijo que murió.

Lacan (2007) sostiene que:

Cuando la distancia entre la identificación con el ideal del yo y la parte tomada del deseo de la madre no tiene mediación (la que asegura normalmente la función del padre), el niño queda expuesto a todas las capturas fantasmáticas. Se convierte en el «objeto» de la madre y su única función es entonces revelar la

verdad de este objeto. [...] El niño aliena en él todo acceso posible de la madre a su propia verdad (pp. 55-56).

A través de las explicaciones que los padres dan y de las expectativas que expresan manifiestan, en algunos casos, su dolor, en entrevistas preliminares donde el punto de encuentro está inicialmente dado por la consulta por un hijo, ¿qué hacer con el dolor de los padres?

En tiempos donde, al decir de Ana Hounie (2012) existen múltiples ofertas para evitar el dolor, este no es el camino que toma la clínica psicoanalítica.

Tampoco significa que se deba realizar una suerte de apología del dolor (que además no debe confundirse con el sufrimiento), ni nada que conduzca a alguna clase de personaje del héroe trágico en el drama para el que el neurótico está siempre presto a encarnar. Por el contrario, la clínica psicoanalítica en su orientación a lo real, no deja chance para esta ilusión, puesto que convoca al sujeto de la contingencia, al ejercicio de la responsabilidad en el corpus ético-político-social que lo determina. Es decir, a inventarse qué hacer con las heridas, jugándose en su deseo fuera de todo determinismo patético (Hounie, 2012, pp. 268-269).

¿Qué hacer con las heridas que los padres exponen? Una posición sería retomar la referencia al hijo y obligar a cerrar ese camino de elaboración personal. Otra postura sería la de proponer hablar del dolor y habilitar la simbolización.

Y cuando el dolor no es dicho, ¿será adecuado nombrarlo?, ¿ofrecer palabras? Cualquiera sea el camino a tomar, esa opción deja en evidencia la complejidad de la presencia de los padres desde las primeras entrevistas previas al tratamiento psicoanalítico con niños.

Fallas o inquietudes respecto al ejercicio de la función parental

Esta categoría implica la reflexión personal sobre las propias acciones hacia el hijo, sobre la función que se cumple o su decaimiento. Hay que suponer un ideal de cómo debería ser como madre o padre, el cual puede surgir en el relato con referencias a sus propios padres, aprobando o censurando sus formas de ser padres o construyendo su propio modelo de paternidad.

Crean haber fallado por carencias propias, por no haber tenido buenos modelos previos. Crean haber fallado por estar centrados en problemáticas diversas por ejemplo económicas, violencia, etc. Dicen no haber sabido amparar, entender, poner límites, etc.; funciones que entienden corresponden a su función en tanto padres.

Los padres que se quedaron solos criando a los hijos creen haber fallado por no poder cubrir las funciones que creen corresponden al otro progenitor y ellos deberían realizar.

«No sé, capaz que ahora yo, como estoy más ocupada con esto de la mudanza, o de, a veces, no le presto mucha atención, capaz que mucho más a S (hija discapacitada) porque como ella tiene su problema, capaz que dejo un poquito más de lado, capaz que ella (la hija por la que consulta) necesita que yo esté más tiempo con ella, les hable.» «Y llego a casa y cocino y limpio y que, claro... Estoy

todo el tiempo, como que, a veces, no le presto mucha atención, y capaz que, también, digo que puede ser, también, eso, ¿no?» (E 2 madre de niña de 6 años).

«Después, capaz que de repente, los límites, que uno, a veces, es más permisivo y después, cuesta, de repente...» (E 6 madre de varón de 5 años).

Una madre (E 8) dice: «Tranquilo, andá a agarrar un libro, ponete a estudiar, a escribir, yo los enseño, también; pero cuesta, porque yo soy la mamá; como que ya me agarraron un poquito del pelo». «O sea les digo que no y les termino comprando. Capaz que soy yo la que esté haciendo mal, también. [...] porque no, porque son chicos, bueno, y soy yo la única que estoy con ellos, ya me agarraron de punto. [...] Y a veces, los pongo en penitencia. [...] porque yo no les puedo andar pegando por gusto, a cada rato; te pego, y ellos se matan de la risa, si les pegás.» (E 8 madre varón 9 años). Llama la atención en el relato, los comentarios de burlas de los hijos y la impotencia que genera en ella, realmente parece que los hijos tuvieran el control de la situación.

No saber poner límites, no poder controlar las conductas de los hijos es una idea que aparece con frecuencia. Hay cierta percepción de que es parte de las tareas como madre mantener el orden, regular lo prohibido y lo permitido; aunque la función sea asumida por la ausencia del padre.

«No, yo capaz que también soy yo que no lo ayudo mucho, porque yo ando continuamente atrás de él, porque ahí en X hay muchos pozos de aljibes y eso, y como él me dice esas cosas, yo tengo miedo. Entonces, ando, viste, que...» (E 13 madre de varón de 8 años).

«O sea nosotros, en realidad sabemos que gran parte, o sea, culpa fue nuestra, no de él. Ta, como él había nacido con todos esos problemitas y eso, siempre, durmió, la almohada de él, digamos, que son los brazos de ella (la madre).» (E 15 padre varón de 9 años).

«Como él nació con problemas, yo siempre lo protegí.» «Sí, claro, porque cuando lo sacamos del CRTI, claro, los doctores nos decían, viste, que lo controlaríamos más, que nos fijáramos más en él. Entonces, qué mejor que..., igual, hasta el día de hoy, yo no duermo, él se movió yo me desperté.» (E 15 madre de varón de 9 años.)

Sentimientos

Indagar los sentimientos de los padres en las entrevistas iniciales era preciso, en tanto se señalaba que, de no ser tomados en cuenta, podrían transformarse en obstáculo para el proceso analítico, afectando directamente al niño y al vínculo de este con el analista.

Estar atentos a lo que dicen de la posición de los padres ante la consulta permitiría cierto grado de anticipación de cómo se ubicarán en el tratamiento del hijo, ya que constituyen modalidades de expresión de la relación transferencial que comienza a establecerse. Los sentimientos son como una cobertura imaginaria que cubre y muestra a la vez lo que afecta al sujeto, en este caso a los padres en tanto tales.

Tomar en cuenta los sentimientos no implica dejar de ser cautelosos al otorgarles sentidos. Desde los postulados de Lacan en el *Seminario 10* estamos advertidos de que el único afecto que no engaña es la angustia (Lacan, [1962] 2007):

La angustia es considerada por Lacan como excepcional, en el sentido que es el único afecto que no engaña, diferenciándola de los sentimientos, es decir de los otros afectos que revisten el carácter de sentires que mienten. La angustia no engaña, porque al enfrentarse el sujeto al significante del deseo del otro, el sujeto no puede deslizarse en la cadena significante. No engaña porque impide la sustitución mentirosa que si hacen los otros afectos. Porque justamente lo mentiroso de los afectos es que pueden desplazarse, sustituirse, dando cuenta que lo que fundamentalmente engaña es la relación del significante con el significado (Serrano, 2009, s. p.).

Indagar en los sentimientos presentes en los padres es caminar en un terreno resbaladizo pues, si homologamos sentimientos con afectos y estos mienten, aquello a lo que podemos acceder como conocimiento sobre la posición de los padres será al menos dudoso.

Sin embargo, Carme Dueñas, psicoanalista de Barcelona, basándose en los planteos lacanianos, recuerda que los afectos son producto del atravesamiento del lenguaje que marca al ser humano. Cuando los afectos emergen dejan en evidencia que algo escapa al saber consciente, es decir escapan a lo que puede ser enunciado.

Indagar los sentimientos es abordar el terreno de lo manifiesto. Pero entiendo que, cuando los padres hablan de cómo se sienten ante la dificultad del hijo, en la emergencia de cierto estado afectivo y el intento que hacen por nombrarlo, dan cuenta también de los efectos de lo que escapa a sus propias palabras.

Interrogarse sobre el por qué ciertas conductas del hijo provocan enojo o confrontarse con la impotencia, son procesos donde puede iniciarse una rectificación subjetiva (Lacan). Esta noción presentada como inversión dialéctica en *Intervención sobre la transferencia* (Lacan [1951] 1990) retoma la interrogación freudiana a Dora sobre qué parte le cabe en el asunto del cual se queja, y es vuelta

a mencionar en 1958 como rectificación con relación a lo real que antecede a la transferencia en *La dirección del cura y los principios de su poder* ([1958] 1991). En el caso de los padres la rectificación subjetiva la entiendo como el cambio de posición en la que se describe lo que motiva la consulta por el hijo como algo ajeno a ellos hacia otra posición que apunta a preguntarse por su lugar en lo que le pasa al hijo, un camino hacia ¿qué me pasa con mi hijo?

Entiendo que en algunos casos, lo dicho sobre el hijo puede decirnos algo del ser del sujeto. «El afecto no asegura un saber inconsciente, sin embargo, el afecto hace signo, signo de que un saber desconocido está allí, que lo causa.» (Dueñas, 2012, p. 10).

Es importante entonces, estar atentos a esos signos que son los afectos y que están presentes desde las primeras entrevistas para deslindar las posiciones en la que se ubican transferencialmente.

Las emociones que se despiertan en los progenitores al intentar conectar historias de familia, propias y del niño con lo que motiva la consulta, moviliza las vivencias que los hechos narrados produjeron cuando ocurrieron. Esas conexiones serían parte de un modo de transferencia que se sugiere que es el adecuado para iniciar un tratamiento (Ortigués, 1987), ya que da cuenta de la capacidad de los padres de hacer conexiones entre diferentes hechos al pensar en la causalidad del síntoma e implicarse en el proceso de historización.

Algunos entrevistados, ante la propuesta de hablar de cómo se sienten con lo que le ocurre a su hijo, dieron como respuesta una nueva explicación o retomaron algo que ya habían narrado.

Me preguntaba si lo que percibí como una dificultad para hablar de los sentimientos se debía a cierta vergüenza ante un desconocido, o a una experiencia poco común: hablar de sus afectos y ser escuchados, experiencia novedosa en tanto no se da en un espacio familiar o en una relación de amistad.

Es posible que en el marco de una entrevista de investigación, el tiempo destinado a ese único encuentro no sea suficiente para indagar el nivel de sufrimiento parental presente en la consulta.

Las situaciones límites vividas por los padres forjan encuentros donde la demanda de ser escuchados y expresarse es clarísima, entiendo que debido a la necesidad de producir efectos de simbolización para el dolor.

La angustia no surge como respuesta consciente a la pregunta por los sentimientos, tal como se dijo, su condición de ser un afecto que no engaña la hacía brotar en cualquier momento de la entrevista. Emergía ante el relato de situaciones difíciles vividas por la familia o al inquietarse por no comprender lo que le ocurre al hijo. Esto sucede por ejemplo cuando una madre relata el abandono de su pareja, cuando otra comenta el hecho de haber tenido que entregar a una hija al cuidado de un familiar, o cuando un padre habla de cómo sufre por los dolores en el cuerpo que le impiden jugar con el hijo.

La tristeza fue la gran ausente. Pudo ser mencionada como sentimiento presente al recibir la noticia de que algo en el hijo no funcionaba bien y que era

necesario consultar, pero ya en el momento de la consulta, no aparece enunciada por los padres.

La impotencia sí aparece unida a cierta desesperanza. Peusner (2006) mencionaba la «subjetivación de la impotencia» como un indicador clínico ¿Qué indicaba esa subjetivación?, indicaba que los padres hacían propia una imposibilidad que es estructural, la imposibilidad del ejercicio de la función de educador que los padres intentan emprender. Recuerda que la imposibilidad de regulación de lo pulsional es entendida en algunos padres como una dificultad propia y no como algo inherente a lo humano en tanto sujeto pulsional y de lenguaje.

Este sentimiento de impotencia parece responder a la certeza de los límites a las propias capacidades de ayudar al hijo, de controlar la emergencia de lo pulsional (en especial lo agresivo) y lograr un cambio.

Cuando aparece la impotencia, parece remitir a aspectos narcisistas, pues es la decepción ante la brecha entre el hijo que falla con el hijo ideal, es también percepción de la propia falla como padres. Es también quedar al descubierto ante otros que comprueban esa falla.

¿Qué de los hijos podría implicar una herida narcisista para los padres? ¿Tener que consultar por un hijo produciría una herida narcisista?

Posiblemente para quienes ese hijo ocupa un lugar de espejamiento sí, pero para otros lo sintomático no hará más que dejar en evidencia lo extraño de ese ser que vive como ajeno a sí mismo y a la familia.

Solo saldrá herido y mostrará a través de la impotencia el dolor de la pérdida de esa imagen ideal quien coloque al hijo en un sitio de objeto amado en tanto posesión narcisista.

Para formular esta idea es oportuno citar a Hugo Bleichmar (1983) que propone:

El padre o el hijo viven lo que se dice sobre el otro como algo que se refiere a sí mismo. La valoración de uno pasa al otro [...] La relación aparece fundada en la ley de parentesco que al presentarse a través de expresiones tales como «el hijo de» o «el padre de» crea por efectos de lengua una unidad entre los sujetos que de esa manera quedan relacionados, a partir de la cual se genera la ilusión de que los atributos de uno y otro estarían vinculados causalmente, es decir que cada cosa que haga uno de los términos del par es consecuencia de algo del otro (pp. 41-42).

Lo que haga el hijo será también consecuencia de algo que haya hecho o debería haber hecho el padre o la madre, dado que los cuidados de estos, nutrirán las cualidades de aquellos. Pero lo vergonzoso o fallido de los hijos, serán también motivo de vergüenza y dolor en los padres.

Tal como se pudo comprobar, no siempre el hecho de consultar produce una herida narcisista en los padres, pues no siempre los hijos ocupan el lugar de posesiones narcisistas o sostienen la semblanza de una imagen de hijo ideal.

Como se mencionó en la parte teórica, para algunos el hijo no es bañado de atributos fálicos, es decir la valoración narcisista no siempre caracteriza el vínculo con él.

Hallé situaciones donde el hijo puede ser un extraño que ha sido dejado al cuidado de otro y por lo tanto pocas gratificaciones narcisistas se esperan de él. O puede ser un cuerpo no diferenciado de sí mismo, sin voz propia, y al que se manipula cual objeto, no se le atribuye psiquismo y menos aún deseos propios, de un hijo ubicado en esa posición tampoco se espera mucho más que mantenerlo adherido. En estos casos realmente es claro que la consulta no produce una herida narcisista.

Betty Garma (1992) nombraba como sentimientos presentes en la consulta, la vergüenza por la neurosis del hijo. No fue algo que surgiera claramente en las entrevistas. Si cierto pudor o vergüenza fueron expresados por los entrevistados, estaban relacionados con sus propios actos, en especial por revelar intimidades de la vida familiar (violencia, adicciones) que toleraron y aceptaron a pesar de saber que podía ser perjudicial para sus hijos. En algún caso puntual, la vergüenza unida a la culpa acompañaron el relato de una madre que tuvo que dejar un tiempo a su hija al cuidado de un familiar, por no poder alimentarla, la misma vergüenza que surgió al narrar que tuvo que prostituirse para poder comer.

El enojo, sentimiento que señalaba Janin (2005), sí estuvo presente y con intensidad en la entrevista con la madre a quien la maestra le impuso la consulta, el enojo era parte de expresar que no percibe la problemática de la niña en lo escolar.

Blinder, Knobel y Siquier (2008) proponían que podía estar presente el temor a ser culpabilizados. Sin embargo el temor que manifiestan es preocupación por las conductas de riesgo del hijo en el presente o por cómo será en el futuro del hijo; temen especialmente el incremento de conductas violentas o riesgosas.

Otros sentimientos como ser la esperanza, la confianza en recibir ayuda y orientación, no eran señalados por los autores, pero fueron expresados por los padres. Básicamente, la esperanza o tranquilidad —tal como la nombran— viene de la mano de la certeza de haber tomado una buena decisión al consultar. La esperanza se sitúa en que el niño recibirá la atención necesaria y mejorará con la ayuda de profesionales, a lo que se suma, para algunos, el apoyo que esperan recibir como padres.

Los sentimientos en ese caso surgen en diferentes momentos de la entrevista, cuando se les pregunta directamente o por ejemplo al ser indagadas las expectativas sobre el proceso.

Dolor, rabia y desilusión, proponía Schroeder (2001). El dolor emerge con relación al relato de situaciones difíciles vividas por los entrevistados y su familia. La rabia tal vez podemos entenderla como el enojo que surge cuando las conductas del hijo no logran ser controladas y se les atribuye intencionalidad. Desilusión podría ser la manifestación de la pérdida de los ideales narcisistas depositados en el niño.

Impotencia

Los padres manifiestan explícitamente no poder más con ese hijo, no poder manejar sus conductas y sentirse desbordados, estar a punto de rendirse, o dejar de intentar mejorar las cosas. Hablan de sus propias dificultades para manejar sus emociones ante lo que está ocurriendo. En la impotencia lo narcisista se juega específicamente ante las propias fallas como padre o madre.

«Obvio, que yo no puedo [...] una ayuda.» «Aparte, son muchas cosas que han pasado todos estos años, que uno va superando, entonces, como que no puedo.»

«Las amo a mis hijas, pero llega un momento que me agoto, porque no puedo ver cómo hago para organizarme bien con las tres.» (E 2 madre de niño de 6 años).

«Cuando ves que no cambia la cosa, cuando le hablás y no te habla, que ves que te esforzás, que le decís, que mirá, que decís, tipo, no valora nada, no sé, como que ahí se te viene todo el ánimo por el piso [...] Sí, a ponerte triste, sí, sí, te pone triste. [...] Claro, no encontrás como ayudarlo, decís: ¿cómo ayudo a este chiquilín? porque te das cuenta que algo le pasa.» (E 3 madre de varón de 7 años).

«Él pega a todo el mundo, él rezonga a todo el mundo, es un tira y afloja, ahí adentro. Yo no le pego porque... [...] yo te tendría que dar, digo yo gritando como una loca; grito y grito ya me agarraron de punto. [...] Y a veces, los pongo en penitencia. [...] porque yo no les puedo andar pegando por gusto, a cada rato; te pego, y ellos se matan de la risa, si les pegás.» «No me doy cuenta, de que estoy limpiando, haciendo las cosas, que una cosa, que otra y van para afuera y bueno, ta, yo los dejo, mientras hago las cosas. ¿Yo no les dije que los puse en penitencia? Y hacen como que no escucharon nada. ¿Son sordos?» (E 8 madre de varón de 9 años).

«Yo soy la que me desbordo, porque yo, el otro día lo llevé a la cancha, para que pudiera jugar, ¿y no se me sube arriba de un portón y casi se me quiebra la pierna? Son hiperactivos, ¿qué más puedo hacer?» «Ah, para mí es difícil, la verdad, muy difícil.» (E 8 madre de varón de 9 años).

Las conductas de los hijos generan descontrol en la madre, ella no puede frenarlos, y siente que es una dificultad propia. Les pregunta, los increpa y no lograr entender y tampoco frenar la irrupción de la violencia, la actividad excesiva, los gritos que se duplican con los suyos.

«Yo, callada, porque yo grité toda la tarde, ando enferma de la garganta, el otro día vine a darme una inyectable, porque yo tengo problemas de garganta [...] yo les digo: gurises, me siento mal, por favor, quédense un ratito quietos, escucho gritos, y me duele todo, todo el cuerpo, me duele, por favor, y ellos se te matan de la risa en la cara.»

«No la puedo ayudar, porque yo también tengo problemas, ¿me entendés?, entonces, no sé cómo ayudarla.» «¿Cómo te puedo decir?, yo no la puedo ayudar, si yo estoy saliendo, entonces, no puedo ayudarla, lamento, yo no puedo, si estoy mal yo, también.» (E 10 madre de niña de 12 años).

«Me he tenido que revolver, como quien dice. Sí, de repente me dan una mano por si voy a trabajar y... pero [...] con una niñera.» Comenta que la familia de él lo ve al niño como una carga para el padre y entonces afirma: «Sí, sí. Hay momentos de que sí, no sabe qué hacer uno». «Muchas horas trabajando, también [...] he tenido que trabajar de noche, también [...] no me daban los tiempos, soy un ser humano, me canso en algún momento.» (E 18 padre de varón de 5 años).

Enojo

Es frecuente encontrarse con la molestia de los padres ante ciertos comportamientos de los hijos, que son por los que consultan. Entiendo que en ocasiones, el enojo no se enlaza con la impotencia. El enojo o la molestia parece relacionarse con las explicaciones que dan de las conductas del hijo, en las que atribuyen cierta intencionalidad a la conducta del niño.

«Sí, me molestaba, en parte, también [...] me enojaba también. [...] Me llamó y me dijo: pase, madre, al salón, vea lo que hizo, todo desparramados los cuadernos en el piso, todo. Bueno, incluso llegar con la túnica a la miseria.»

«Intentar a eso, porque, de repente, hay veces, que me altero, yo también.»

«Me molesta que rompa y angustia también.» (E 3 madre de varón de 7 años).

«Es imposible, si seguimos así, que no vayan más a la escuela, porque yo estoy gastando para ellos ir a la escuela, de todo, todos los años.» «Voy a buscar la libreta, no tengo ningún problema, voy a buscar algo y: ¡ah!, ¡qué bien se portó fulanito!, siempre problemas, problemas, problemas.» (E 8 madre de varón de 9 años).

Desde la decepción surge el enojo, al confrontar la imagen añorada «qué bien se portó fulanito» con algo que insiste y la desconcierta «problemas, problemas, problemas». Si el hijo cumple la función que Levin (2000) le atribuye de ser lo visible del padre, con sus síntomas rompe en mil pedazos el espejo narcisista en el que los padres añoran verse reflejados. En la prevalencia de lo imaginario, se precipita el dolor de quien no recibe la gratificación que espera de aquel que es considerado parte de sí mismo.

«Es un niño que pasa gritando, ¿viste?, que te tiene loca todo el día. Y yo no soy de pegarle ni nada, pero hay, dos por tres, que me saca de quicio, pero si yo lo voy a agarrar él sale corriendo por las cuadras y empieza a gritar.» (E 13 madre de varón de 8 años).

Temor o preocupación

Es frecuente que los padres expresen su preocupación por las consecuencias de los síntomas del hijo. Si lo que irrumpe son conductas dañinas para sí mismo, donde el riesgo no es medido por el niño, temen por su seguridad (y por no poder ampararlos siempre). Temen que se agraven los síntomas. Si lo que predomina son conductas que desafían a los adultos, donde lo agresivo hacia estos o hacia los pares toma particularmente relieve, se teme también las consecuencias pero más a nivel social.

Ante la actualidad de lo que motiva la consulta, hay temores que dan cuenta de la impotencia actual de controlar al niño en sus conductas peligrosas, pero también comienza a construirse una imagen de hijo distinta a futuro. Esta imagen cobra en algunos casos rasgos rechazados por los padres.

En general, el temor se relaciona con desencadenantes de la consulta situados en lo público en torno a conductas de agresión o conductas de riesgo del niño.

«Porque está muy inquieto y esto le va a perjudicar en serio.» «Ah, yo siempre me siento preocupada. [...] Alerta. Y estoy muy pendiente de dónde anda.»

«Él no tiene noción de estar solo en un espacio, de irse, del alejamiento, no digo que le pase de lo que él haga sino de terceros, que el pueden pasar a él, de daños, que lo encuentren solito, él se me ha ido cuando, en verano se me iba para el arroyo [...] nosotros le planteamos eso, del peligro, no solo lo que le puede pasar a él, que se puede caer adentro del agua y nadie salvarlo, sino lo que puede pasarle si lo encuentran solo y desprotegido.» (E 1 madre de varón de 12 años).

«No, yo me siento bien. Sí, es importante, porque yo no quiero que él sea un niño o un adolescente violento ni un adulto violento. Porque si yo no lo llevo, si no lo ayudo yo a que lo ayuden.» «No, él va a seguir siendo así y va a seguir siguiendo cada vez peor y bueno, y no puede ser.» (E 5 madre de varón de 10 años).

«Claro, porque en realidad, incluso, la maestra y todo, me decía que bueno, que si se frustra así, cuando vaya a la escuela se va a frustrar más y que, incluso, después, me dijeron que el mayor índice de suicidios, hoy por hoy, era por niños, por personas que no habían aceptado enfrentarse a una situación nueva. Que te, es un poco traumático, trágico, y a posterior, mucho, pero bueno, ta, viste como es.» (E6 madre de varón de 5 años)

«Entonces, uno tiene miedo que llegue a mayores. Entonces antes de que pasara, nosotros queremos evitar todo eso, porque es la verdad [...] no queremos que se vaya más, porque él va creciendo, la edad y no queremos entonces, que hoy o mañana se lastime él, se haga daño.» «No queremos llegar a ningún extremo [...] queremos que él viva la vida derecho.» (E7 padre de varón de 7 años)

«Se lastimó, si, no sabés, un moretón, acá, grandísimo. Y le digo: ay, F. (el hijo) me van a matar. Y yo le contaba a mi madre: me voy a poner a llorar porque la verdad, un día me traigo uno muerto, porque no se quedan un rato quietos.» (E8 madre de varón de 9 años)

«Porque ellos se llenan de errores y van pasando los años, van pasando los años y no me gustaría que pase nada, porque yo, ya está [...] que el día de mañana, él siga con esa venganza [...] y que incite a los hermanos, porque yo no quiero [...] Esa es mi preocupación.» (E8 madre de varón de 9 años)

«Yo ando continuamente atrás de él, porque ahí en X hay muchos pozos de aljibes y eso, y como él me dice esas cosas, yo tengo miedo. Entonces, ando, viste, que...» «Que él se me tire para un pozo o algo.» «O que capaz que él dice me tiro y no me pasa nada, y ¿con qué lo saco? [...] eso es el miedo mío.» «Y empezó: viste que te estoy diciendo que me va a pasar algo en cualquier momento y a vos no te importa [...] él me dice que tiene una cuerda debajo de la cama, siempre me fijo.» (E 13 madre de varón de 8 años).

Esperanza

O tranquilidad, son sentimientos que parecen surgir de expectativas positivas ante el tratamiento. Cierta ilusión de remisión sintomática casi mágica.

No necesariamente remiten a la confianza en el proceso de consulta o en la atención psicológica, parecería ser más como un deseo, que una apreciación real sobre las dificultades del niño. Este punto puede relacionarse con las expectativas mágicas ante el tratamiento o también si no ven el problema en cierta negación del mismo, que se uniría a cómo fue tomada la decisión de consultar.

«Al empezar a atenderse a mí me tranquiliza, a parte en el jardín tiene avances.» «Pero los avances... el que no lo conoce... pero yo que lo veo todos los días.» «En que por estar encima de él empezó a mirar [...] es difícil cuando no sabes si va a tener avances y como yo le veo día a día los avances, a veces me deja tranquila.» (E 12 madre de varón de 4 años).

«Que la ayude en algo ella, al hablar. Porque después, aunque ella hable un poco, después se va a ir soltando, a medida y va a empezar.» «Anteriormente estaba más preocupaba, más triste. [...] Cuando ella estuvo en 4, 5. [...] porque ella no era así.» (E 16 madre de niña de 7 años).

Conclusiones

La filialidad es aún más misteriosa: es una relación con el otro en la que el otro es radicalmente otro y donde sin embargo es, de alguna manera, yo; el yo del padre tiene que ver con una alteridad que es suya, sin ser posesión ni propiedad [...] como si mi ser, en la fecundidad —y a partir de las posibilidades de los hijos— sobrepasase las posibilidades inscritas en la naturaleza de un ser (Lévinas, 2008, p. 60).

He constatado que las entrevistas preliminares se constituyen en un tiempo privilegiado en el que los padres se lanzan a buscar causalidades, construir hipótesis sobre los síntomas del niño, se apropian del espacio para pensar en el hijo y en la relación con él. Al habilitarlos y validar su palabra en tanto poseedores de un saber —atravesado por el deseo inconsciente—, podrán sostener la interrogación, pilar necesario del proceso psicoanalítico con el hijo.

Hay que señalar que llegan a la consulta con distintas posiciones ante la idea de consultar y ante lo que le ocurre al hijo.

El hecho de que la consulta haya sido indicada por un tercero, no impide que puedan producir asociaciones y buscar sentidos a lo que le ocurre al hijo.

Los motivos que desencadenan la decisión de consultar pueden ser conductas o actitudes del niño que se expresan en el entorno familiar (ámbito privado) o en el público (escuela).

La variedad de posiciones de los padres ante la consulta depende también del ámbito en que se expresa la conducta del hijo que desencadena la consulta. La indicación de la necesidad de consultar se produce, en general, cuando lo que motiva la consulta es percibido en el ámbito escolar. Cuando el desencadenante es una conducta que se expresa en el hogar, suelen ser los propios padres quienes deciden consultar.

Sin embargo, los padres que llegan enviados suelen relacionar lo que sucede en la escuela (ámbito público) con conductas que les preocupan en la casa. Es posible suponer que el señalamiento de un tercero sobre algo que funciona mal en el niño en la escuela promueve, en varios casos, un proceso de desnaturalización o valoración de la gravedad de conductas que percibían con anterioridad. Es así que padres que llegan enviados pudieron demandar cambios de los síntomas que hacen irrupción en la escuela pero también en el hogar, y a partir de esa desnaturalización de las conductas del hijo, pudieron pensar en sí mismos y la relación con aquellos.

Cuando los padres deciden por sí mismos consultar, lo hacen en base a la inquietud que les produce la presencia de conductas o situaciones que hacen al ámbito privado, centran su pedido de ayuda principalmente en lo que ocurre en el hogar, y varios advierten que hay también una dificultad en lo público.

El hecho de que la conducta por la que se consulta se dé en el ámbito familiar es un factor importante, al desencadenar la decisión de consultar de parte de los padres. Dado que conviven a diario con aquello que los preocupa y no pueden solucionar por sí mismos, pedir ayuda es también estar dispuestos a exponer una problemática privada ante un tercero.

Los entrevistados que recibieron la indicación de consultar plantearon una dificultad que fue detectada en el ámbito público. Al comenzar a explayarse sobre lo que le ocurre al hijo e intentar comprender el por qué consultar, se producen dos efectos:

- los padres van incluyendo actitudes del hijo o problemáticas familiares que a ellos les preocupan del ámbito privado;
- constatan que aquello que preocupa en la escuela, en cierta forma sucede también en la casa; en ocasiones esta conducta era percibida pero tal vez naturalizada.

Esta apertura a nuevos sentidos se produjo con muchos de los entrevistados, y en el marco de una investigación, en un encuentro puntual pautado. Las entrevistas de investigación estuvieron atravesadas por fenómenos transferenciales, dado que estos se producen en todo vínculo humano, al reeditarse formas de vincularse y trasladar significados pasados hacia la nueva relación. Siendo una de las psicólogas que presencié el ingreso al Comité, primer encuentro donde ellos solicitaban atención para su hijo, surgieron expresiones directas de suposición de saber y expectativas de que pudiera tratar al niño. Si bien hay una transferencia peculiar en este caso, supongo que se da en todos los casos.

En un proceso de entrevistas preliminares o iniciales a cargo del psicólogo que trabajará con el niño o psicoterapeuta que orientará la cura, las posibilidades de indagar esos sentidos y promover esa apertura a la interrogación, será más amplia y fructífera.

Se confirma que en transferencia, con otro al que se supone saber y a quien se demanda algo, desde las primeras entrevistas algunos padres pueden remitirse a su propia infancia para pensar en el síntoma del hijo.

También espontáneamente expresan sus ideas acerca de cómo fueron sus padres, de cómo creen que hay que ser padre o madre, y reflexionan sobre cómo han intentado ayudar a su hijo en lo que motiva la consulta.

Estas reflexiones y asociaciones que los padres van realizando promueven, en algunos de ellos, el pasaje a otra posición subjetiva ante lo que le ocurre al hijo.

Las entrevistas iniciales permiten un acercamiento a algunos aspectos del revés de la demanda de los padres. Este revés de la demanda, si no es escuchado podrá obturar un proceso por venir. Por ejemplo, una entrevistada —analfabeta—, pudo relacionar las acciones del hijo (escaparse de la escuela e irse al monte a juntar leña) con el recuerdo de su infancia llena de sacrificios y privaciones, en la que ella hacía lo mismo para ayudar a sus padres. Las fugas del hijo la reconfortan y producen orgullo, en tanto son un punto de identificación con su propia historia, pero a la vez intenta sostener el deseo de que el hijo pueda terminar

el ciclo escolar y vivir en el mundo de las letras al que ella no accedió. En esta entrevista se pudo comprobar, que si se da tiempo y escucha, se detecta el revés de la demanda.

Sin embargo, cuando la consulta se les impone a los padres, estos no podrán dar muchas explicaciones sobre lo que le ocurre al hijo, ni formular expectativas ante el nuevo proceso que comienza, pues lo que esperan es que termine pronto.

En estos casos de imposición de la consulta, se confirma que los padres concurren sin ninguna demanda propia y responden a una exigencia institucional, como dice Flesler (2007): son mandados. La posición subjetiva en la que se encuentran anuncia dificultades para trabajar con ellos: enojo por una situación que se les impone, poca o ninguna conciencia de que hay un problema a resolver y menos aún, esperanzas de que otro pueda ayudar en algo que no viven como dificultad.

Esta es una de las situaciones en las que no hay disponibilidad para un movimiento de reflexión sobre el hijo y sobre sí mismos como padres, entonces las explicaciones remitirán a lógicas de causa-efecto, con la pobreza lineal que caracteriza este tipo de razonamientos.

Si se impone la consulta, el profesional debe decidir si atender al niño en esas condiciones o implementar formas de trabajar con los padres para considerar juntos cómo actuar ante esa imposición. Entiendo que esta es la forma de proceder: darles la palabra a los padres para resituarlos en el lugar de especialistas.

Aun si se comprueba que hay una dificultad del hijo y que requiere de la intervención psicológica, esta no debería realizarse en respuesta al pedido de un tercero y desconociendo la oposición de los padres. Cuando la imposición proviene desde la institución educativa, el malestar hacia la docente se transfiere a los profesionales que van a atender al niño. Darles la posibilidad de que se impliquen en lo que motiva la consulta es el movimiento inverso a tomar inmediatamente al niño como objeto de la consulta.

Partiendo de la idea de que, en ocasiones, los padres son solo portadores del hijo y cumplen con una imposición o indicación de consultar, ofrecerles un espacio de escucha donde expresar su parecer respecto de lo que sucede al hijo fue para algunos una sorpresa positiva, incluso explicitada. Ese reconocimiento a los padres como poseedores de un saber sobre el hijo, es inaugural y puede suponerse que incidirá positivamente en la disponibilidad de los padres para hablar del hijo en otros momentos del tratamiento.

Con algunos padres se necesitará más tiempo en las entrevistas preliminares, para evaluar si realmente podrá establecerse una alianza o acuerdo de trabajo que permita abordar la situación clínica.

He constatado que cuando los padres están convencidos de la necesidad de consultar realizan diversas acciones para poder concretar la consulta, en ocasiones, incluso si algún técnico les ha dicho que aún no es momento de atender al niño, ellos vuelven a insistir. Esta constancia, en algunos casos, relativiza la presencia de aspectos resistenciales en los padres.

No digo que no estén presentes, sino que en el tiempo inicial de búsqueda de atención para el hijo, parece prevalecer la esperanza y el deseo de sanar algo del niño o del funcionamiento familiar, reparar o entender por sobre oponerse al cambio. Ciertamente, hay percepción del sufrimiento del niño, del propio malestar ante el síntoma de este y agotamiento de las estrategias para enfrentar solos la situación. Es así que quienes deciden consultar por sí mismos, solicitan ayuda y confían en poder recibirla.

Los padres llegan a la consulta con distintas posiciones respecto a la importancia de consultar, con distintas expectativas respecto al tratamiento y distintas explicaciones de lo que ocurre al hijo.

De acuerdo a cómo se enlazan esos tres ejes será la gama de posiciones de los padres ante la apertura de un proceso de atención psicológica.

1. Cuando la decisión es propia se espera que el niño se exprese y cambie lo sintomático. En general predominan las explicaciones donde se relatan situaciones que afectan al niño y la relación con el progenitor. Los sentimientos que emergen son impotencia y temor o preocupación, aparece en la esperanza. Básicamente los desencadenantes son conductas en el ámbito familiar.
2. Cuando la consulta ha sido indicada por un tercero, se espera que el niño se exprese, que cambie los síntomas, entender y recibir la opinión de un profesional. Se dan explicaciones sobre la intencionalidad del niño, el ámbito escolar, situaciones que afectan al niño y fallas propias. Los sentimientos que emergen son la impotencia y enojo, también el temor. En general los desencadenantes se producen en el ámbito escolar y se suma el relato de conductas en el ámbito familiar.
3. Cuando la consulta se impone, no hay expresión de expectativas, los padres no ven el problema por lo que —casi— no formulan explicaciones, aparece el enojo y los desencadenantes corresponden a conductas en el ámbito escolar.

Como se viene afirmando, dado que los padres llegan con distintas posiciones a la consulta por un hijo, dicha diversidad debería ser tenida en cuenta para diseñar estrategias de atención e intervención diferenciadas, de acuerdo a la singularidad de cada caso.

Un elemento importante a señalar es que, más allá de que los que llegan son los padres, los niños sí consultan por sí mismos. Promueven movimientos en los padres, pero más directamente, en ocasiones, remitiéndose a hablar con quienes tienen cerca. Dado que el sistema de salud no está organizado como para que los niños consulten por sí mismos a un psicólogo, los niños piden ayuda. Lógicamente, por el desconocimiento de los canales administrativos para solicitar ayuda, para situaciones que en este caso a ellos los desbordan, recurren a sus referentes (en general la maestra) comentando lo que les produce temor, tristeza y dolor.

Respecto de qué tipo de ayuda esperan recibir, las expectativas formuladas por los padres dan cuenta de distinto grado de compromiso ante lo que motiva la consulta.

Tanto los que deciden consultar como aquellos a quienes se les indicó que consulten, manifiestan su interés de que el niño tenga un espacio donde expresarse con relación a sus sentimientos. La idea de ir al psicólogo para expresarse y hablar de los sentimientos puede ser una representación social del rol del psicólogo.

Los padres que decidieron consultar, comentan su expectativa de que el niño se exprese con el psicólogo y que este pueda acceder a su interioridad para comprenderlo, pero también anhelan que se produzca un cambio en los síntomas por los que consultan.

Aquellos padres que consultan pues se les sugirió, plantean la idea de que su hijo tenga un espacio para hablar y expresarse, también desean que haya una modificación en los síntomas. Pero manifiestan también algo que aparece a diferencia de los que deciden consultar, y es un pedido de recibir la opinión de alguien y entender qué tiene el hijo. Ellos esperan recibir un diagnóstico, lo cual se corresponde con la forma en que llegan, es decir, quieren dar respuesta a la indicación de otro e intentar comprender ellos qué es lo que sucede con el hijo.

Algunos específicamente suponen y desean ser orientados en cómo actuar con sus hijos, se sienten parte de lo que le pasa al hijo y para algunos, esta expectativa puede implicar la disposición a cambiar alguna conducta para ayudarlo.

La expectativa de ser ayudados ellos como padres, en su función, y no solo que el niño reciba una atención en tanto «objeto» de la intervención, podría generar cierta disponibilidad para concurrir a entrevistas y para la construcción de una alianza terapéutica.

Al indagar las expectativas de los pacientes —adultos— ante un proceso de psicoterapia breve, Ezama, Alonso, Gonzalez, Galvan y Fontanil (2011) comentan que «Según Corbella y Botella (2003), los factores colaboración y confianza son los definitorios de una buena alianza, a la vez que los predictores de buenos resultados» (p. 566). La confianza en el caso de los padres es parte del clima necesario para hablar de aquello que les preocupa y buscar el apoyo del profesional.

En cuanto a lo transferencial, esperar una orientación de parte del profesional se corresponde con suponerle un saber a nivel consciente, que se expresa en la petición de recibir apoyo sobre cómo ser padre o madre, buscando recibir pautas de crianza y acción respecto al motivo de consulta. Esta suposición de saber podría favorecer una mayor disponibilidad a participar en entrevistas durante la psicoterapia, y hablar del hijo e incluso conectarse con cuestiones propias.

Hay que señalar que esta búsqueda de saber en realidad se corresponde con la atribución al profesional de cierta verdad o conocimiento sobre cómo actuar con los niños, y en ese sentido al hablar de suposición de saber, esto no se corresponde con la vertiente simbólica de la transferencia. Tal como explicaba Baremblytt (2013), si bien el analista soporta en forma provisoria, el lugar del

amo del sentido y de la verdad, la suposición de saber de parte del paciente, no debe entenderse como la convicción —consciente— del saber del analista sobre cómo resolver aquellos problemas que lo aquejan. Es una posición estructural «es el sujeto inconsciente que supone que el saber del inconsciente ya está todo producido en el lugar del analista, lo cual haría innecesario el procedimiento de la asociación libre» (2013, p. 81).

En el desarrollo de las entrevistas de investigación, los padres recurrieron a más de una explicación causal para dar cuenta de lo que ellos creen ocasiona u ocasionó las conductas del hijo.

Aquellos que deciden consultar por sí mismos, dan explicaciones centradas en relatar las situaciones que afectaron al niño y la relación de este con el otro progenitor. ¿Será que pueden percibir que hay situaciones que les afectan y entienden que para ello se necesita ayuda externa?

Para quienes relataron situaciones difíciles por las que el niño tuvo que atravesar y que lo afectaron, provocando parte de las conductas por las que consultan, lo esperado es una intervención que ayude a reparar lo dañado y a devolver ese hijo amado, tal cual como se preserva en lo imaginario.

Los que decidieron consultar también respondieron dando como explicación a las conductas del hijo, las fallas o la ausencia del otro progenitor. Este argumento deja entrever la importancia que dan a los vínculos con ambos padres, independientemente de la relación que ellos mantienen con el otro progenitor; prevalece la idea de que el niño para crecer sano necesita contar con la presencia y el ejercicio de la función parental de ambos padres. Es también, en consonancia, la suposición por parte de los padres, de que en tanto tales, inciden en las conductas de sus hijos, o que estas son reactivas a las formas que toma la presencia o ausencia paterna y materna.

Aquellos que recurran a este tipo de explicaciones podrán en principio estar más atentos a la relación con sus hijos y abordarla en un proceso psicoterapéutico. Esto, siempre y cuando, la explicación no sea una culpabilización exclusiva hacia el otro progenitor, caso en el que si todo lo que le sucede al hijo es concebido como respuesta a las fallas del otro progenitor, hay poca interrogación, una causalidad cerrada.

Entre los que son enviados a consultar, apelan a la intencionalidad del niño para entender sus conductas, se quejan del ámbito escolar, y también comentan situaciones que afectaron al niño y algunos casos, se preguntan por las fallas propias.

Dan más cantidad de explicaciones, entiendo que por intentar adecuarse a la situación de consulta, decisión que si bien en algunos casos fue compartida por ejemplo con la docente que indicó la consulta, los ha colocado en una situación nueva. Van tomando en cuenta las situaciones que afectan al niño y a medida que el argumento explicativo se va desplegando, aparecen tentativas de comprender ¿respondiendo tal vez a lo que creen que un psicólogo quiere escuchar?

Como se señaló, la indicación de consultar se da básicamente desde el ámbito escolar, donde es detectado el motivo de preocupación —por alguien externo a la familia— y puede, al menos en un primer momento, ser negado como motivo de consulta por los padres. En las entrevistas, estos formulan explicaciones centradas en el niño, en la medida en que se lo coloca como único responsable de lo que ocurre, y de esa forma lo causal se cierra en él. Se puede pensar que el niño queda colocado por fuera del circuito familiar, como extraño a la familia, en la medida que desde los padres se desconocen las determinaciones de las dinámicas familiares en lo que le ocurre.

En estas explicaciones es evidente que los padres se implican menos, eluden lo ambiental y los vínculos, quedan por fuera de algo que parece producirse como fenómeno exclusivo del niño, y por lo tanto, no se cuestionan cambiar nada ellos, pues quien está errado es el niño en su accionar.

Los padres que han sido enviados por las maestras recurren a explicaciones que remiten al ámbito escolar, buscan las razones de lo que ocurre en el espacio desde donde se produce la interrogación por las conductas del hijo. Este espacio se supone produciendo efectos en las conductas del niño, provocando o agravando dificultades, pero también generando mejoras a partir de las condiciones positivas dadas por el vínculo con la maestra.

Más allá de cómo llegar a la consulta, los padres se sienten impotentes ante lo que le ocurre a los hijos, no saben cómo ayudarlos, se sienten agotados. Hay en ellos una constatación de haber alcanzado o estar por alcanzar los límites propios de tolerancia y esfuerzo para apoyar al hijo.

Los que decidieron consultar por sí mismos expresan impotencia, también temor o preocupación por las conductas de riesgo o agresividad del hijo. Lo distintivo es que en algunos de ellos, aparece un atisbo de esperanza, a partir de haber tomado la decisión de consultar y suponer que el hijo y ellos recibirán la ayuda que necesitan. Manifiestan tranquilidad ante el futuro tratamiento y una expectativa positiva de que el niño se va a mejorar con la intervención. Tomar la iniciativa de pedir ayuda parece ser la búsqueda de un camino de comprensión del niño y no tanto un camino de culpabilización del hijo, es así que el proceso puede convertirse en esperanzador.

Quienes al consultar responden a una indicación de un tercero, los sentimientos que expresan son también la impotencia, el temor o la preocupación, pero lo significativo es la presencia del enojo con el hijo y los docentes.

Es interesante señalar que, precisamente, los padres que llegan por sugerencia de un tercero, dan al menos una explicación centrada en la intencionalidad del niño, y esta es acompañada por sentimientos de enojo hacia él. Paralelamente, algunos de estos padres son los que expresan como expectativa, la necesidad de que los ayuden a entender al hijo.

Confirmando que, más allá de los matices que puede tomar la intensidad de la impotencia o el temor por lo que le suceda al hijo, sí está presente desde las

primeras entrevistas el sufrimiento de los padres, y se puede acceder a un primer nivel de análisis del mismo.

Esto no significa que en todas las consultas por un hijo halla sufrimiento parental, al igual que no se puede afirmar que la consulta siempre se produce en un contexto de crisis familiar.

Las entrevistas iniciales permiten capturar indicios de las presentaciones predominantes de la demanda y de la transferencia incipiente que comienza a instalarse. Sin embargo, sería muy arriesgado considerar que podrá anticiparse como será ese vínculo transferencial de acuerdo a la presentación en las entrevistas iniciales. Para anticipar modalidades transferenciales que se producirán durante el tratamiento, sería necesario un tiempo de exploración mayor, y tomar en cuenta que, si durante la primera entrevista aparecen cambios de posición subjetiva, estos podrían darse durante el proceso psicoterapéutico.

Sobre las formas que toma la transferencia con los padres, en la etapa inicial de las primeras entrevistas, retomo la propuesta de Alba Flesler, para evaluar qué aspectos se confirman.

Ella califica de transferencia simbólica a aquella en que los padres demandan saber, y entonces podría coincidir con la afluencia, en términos manifiestos, de la expectativa de los padres de que el psicólogo entienda al niño y los ayude a entender a ellos.

Esa búsqueda de saber, más desde lo consciente, la colocaría más en la vertiente imaginaria de la transferencia, ya que los padres no buscan sostener la interrogación, sino que buscan obturar las preguntas con un diagnóstico, piden que se les brinde una respuesta para devolver a quienes los enviaron y para comprender. Si el saber buscado es en realidad un conocimiento que obtura la interrogación, esto no sería transferencia en la vertiente simbólica.

Esto no implica que no hayan situaciones donde se presenten aspectos de la vertiente simbólica, pero tal vez habría que figurarse que se manifiesta en la búsqueda de sentidos. Cuando los padres rastrean su propia historia, y realizan conexiones, donde hay una profunda interrogación que articula pasado y presente a partir de lo que motiva la consulta por el hijo, los sentidos se desplazan, nuevas significaciones emergen y lo simbólico es recurso privilegiado para acceder a un real que siempre es furtivo.

A la vez, es importante comentar que no siempre que los padres deciden consultar por sí mismos privilegian la interrogación; en varios casos, la demanda es la rápida disolución de los síntomas. Es decir que, la decisión de consultar por sí mismos, no siempre predispone a la reflexión profunda sobre lo que le ocurre al hijo ni predispone necesariamente al establecimiento de la vertiente simbólica de la transferencia.

En ocasiones, los que deciden consultar llegan buscando reparar, lo que puede situar la transferencia en el registro de lo imaginario. Este pedido involucre, en amplia medida, el narcisismo de los padres en tanto buscan recuperar al hijo ideal, donde algo externo a la voluntad de los padres (o del que consulta) lo

lastimó. No quieren un niño dañado, y por el amor narcisista puesto en él, también están heridos como padres, ya que en el ejercicio de su función, no pudieron proteger y cuidar al hijo evitando el daño.

Se pudo confirmar que, cuando hay imposición de la consulta y los padres llegan porque los mandan —obligados—, la transferencia toma su vertiente real, no hay demanda, no hay expectativas. Hay enojo y no se espera nada del proceso que se inicia, no se está de acuerdo con el problema que un tercero señala por lo que, posiblemente no concurren el tiempo necesario para dar lugar a una intervención.

Cuando hay una indicación de consultar, hay distintas tonalidades subjetivas, un degradé de posiciones subjetivas de tipo imaginario, y en algunos casos con matices de lo simbólico. Esas posiciones dependen de cómo llegan a la consulta pero también de lo que produce en transferencia, en el encuentro. De este encuentro, inesperado y único, imprevisible, dependerá la apropiación de los padres del espacio y la posibilidad de demandar de acuerdo a sus intereses.

Cuando los preocupan las dificultades del hijo, y piden una supresión de los síntomas podríamos situar la transferencia en la vertiente imaginaria. Pero aun enviados por otros, si pueden conectarse con la historia del hijo, con la suya propia y buscar entender, predominaría la vertiente simbólica de la transferencia.

Concluyo que no se puede atribuir de forma lineal una transferencia de tipo más simbólica a los padres que deciden consultar, al igual que tampoco puede entenderse, que siempre que los padres llegan solicitando atención para el hijo pues alguien los envió, buscan solamente la desaparición de los síntomas, en una vertiente más imaginaria de la transferencia.

Con relación a los lugares imaginarios en los que el analista es ubicado, la idea de reparar implica cierta concepción mágica del proceso y de las capacidades del profesional, se espera recuperar al niño que perdieron —en tanto niño inocente— por los hechos dramáticos vividos.

Cuando lo que predomina como explicación causal del síntoma del niño son las fallas del otro progenitor, sutilmente puede verse la atribución de lugar de juez al psicólogo, que si respondiera a ese pedido debería distribuir culpas y sentencias.

Posiblemente el temor a ser juzgados pueda percibirse, en especial, cuando aparecen relatos de violencia doméstica o adicciones por parte de las parejas. En esos casos, las mujeres además de hablar del horror vivido, en algún momento, expresan las dificultades propias para escapar de una situación en la que se sentían rehenes y no podían salvar a sus hijos de una forma de vida que no elegían.

Ese lugar de juez, atribuido por los padres, representa una forma de intervención deseada, en ocasiones, al referirse al ámbito educativo y a la figura de la maestra, a quien se juzga por los fracasos en el aprendizaje de su hijo o por no poder controlar la agresividad entre pares.

Para otros padres, la función a desempeñar por el psicólogo no es la de juzgar a la maestra o a la institución educativa, sino de suplirla en su función,

es decir la tarea a realizar se confunde con la que ejerce la maestra, el psicólogo ayudaría a aprender a quien tiene dificultades.

Un rostro crudo de la depositación parental es la atribución de un lugar de interdicator o represor del niño, dado que algunos padres piden el apaciguamiento del niño, pues desean evitar las molestias que ocasiona con sus síntomas. Pueden solicitar que sea medicado o que se le fijen los límites que ellos como padres, no están pudiendo imponer.

Se pudo confirmar que las molestias que el niño les produce no pueden medirse objetivamente; en parte dependerán de las explicaciones que los padres formulan sobre lo que le sucede al niño. Si creen que hay una intencionalidad de molestar, juzgarán los síntomas como más graves y pedirán su supresión.

Vuelvo a plantear aquí lo ambiguo que puede resultar tomar a los padres como fuente de información para deslindar la gravedad de los síntomas del niño, si lo que se evalúa es el grado de malestar en los padres. De todas maneras, el grado de malestar —subjetivo y singular— que los síntomas del niño producen en los padres puede desencadenar en estos la decisión de consultar. Ya sea por su propio desgaste e impotencia ante el niño y sus síntomas, o por el temor a que se agraven sus comportamientos.

Por todo lo dicho anteriormente, confirmo la importancia de las entrevistas iniciales para evaluar la disposición de los padres ante la posibilidad de iniciar una psicoterapia psicoanalítica con el niño. Es el tiempo de evaluar las condiciones para la construcción de una alianza de trabajo (alianza terapéutica) con los padres y, en especial, ir deslindando las posibilidades de conectarse con el sufrimiento de los hijos, con su propia historia como padres y como hijos.

Abogo por resituar a los padres como especialistas, otorgándoles mayor poder de decisión respecto de la necesidad de consultar. Es necesario darles herramientas para que puedan producir los movimientos necesarios de búsqueda de ayuda, allanando los caminos de acceso a la atención psicológica que requieren para sus hijos.

Resituarlos como especialistas es, a la vez, escucharlos el tiempo necesario, sin delimitación previa de cuántos encuentros serán necesarios para luego conocer al niño.

No dar lugar al tiempo singular de cada familia ante la consulta por un hijo, y mecánicamente tomar al niño como objeto de la intervención psicológica, es otorgar a los padres apenas el lugar de transportador del niño. El riesgo es dar por cierto solamente el saber de aquel que envía a los padres, y de esa forma evitar conmovirse con todo lo otro que los padres transportan-transfieren sobre este espacio clínico.

Las conclusiones a las que se arribó en la investigación permiten confirmar la necesidad de un tiempo de espera, anterior a definir el tipo de intervención a realizar con el niño y con sus padres.

Considerando los hallazgos en las entrevistas de investigación, acuerdo con Ortigués (1987): quien propone no guiarse por un modelo predeterminado en

las entrevistas iniciales, en el sentido de no fijar la cantidad o el orden a seguir. También lo afirma Dio Bleichmar (2005), quien va evaluando cómo y con quién intervenir desde la llamada telefónica.

Dado que no siempre hay demanda de análisis, no a todos los padres que consultan por un hijo se les podría sugerir la iniciación de un proceso psicoterapéutico de orientación psicoanalítica.

En la situación compleja de la imposición de la consulta, se plantea al profesional la ardua tarea de juzgar qué intervención realizar, e implica tomar posición respecto a brindar al niño la atención psicológica que viene indicada por un tercero. Aun considerando que el niño lo necesite, entiendo que lo adecuado sería postergar la intervención en la medida en que es imperativo contar con un mínimo de aceptación y convencimiento de parte de los padres sobre la necesidad de abordar las dificultades que el hijo presenta. Esto, siempre y cuando, hayan dificultades. Marisa Punta Rodolfo (2005) nos advertía que no hay que desconocer si el niño lo necesita, pero si es así, aunque sea pertinente comenzar un tratamiento con el niño, este no será viable si esa decisión se impone a la fuerza a los padres, quienes de una u otra forma hará valer su posición contraria al respecto.

Serán acciones a tomar, darles la oportunidad de explayarse sobre cómo se sienten con el hecho de la imposición de la consulta, acompañarlos en la reflexión de por qué ellos creen que han sido enviados y evaluar en conjunto las conductas señaladas por un tercero como desencadenantes de la consulta. Si la negativa a pensar en el hijo y en la situación que les toca enfrentar es rotunda, difícilmente se pueda iniciar algún tipo de intervención con ellos o con su hijo.

Cuando los padres han tomado la decisión de consultar por un síntoma del niño que impacta en el ámbito familiar, es posible interrogarse si la opción de intervención es la sugerida por Ríos y Gomes (2011). Los autores deciden trabajar solo con los padres, si en la etapa diagnóstica de las entrevistas iniciales se hacen presentes comentarios acerca de las dificultades de la pareja.

Siguiendo su propuesta, se debería dejar en suspenso el primer encuentro con el niño, y evaluar qué lugar darle a los padres en el proceso, en especial cuando ya en las entrevistas preliminares puede suponerse una movilización libidinal y subjetiva drástica —ante un posible cambio del niño— sobre el dinamismo de la pareja parental. Tal como se vio en la E 15, los problemas del niño (trastornos del sueño y colecho con los padres) ocultan y dejan en evidencia a la vez el desencuentro de la pareja; los padres relatan dificultades en la intimidad, infidelidad del padre y desgaste de la pareja. Aun en ese caso, ¿la mejor opción de intervención sería solo trabajar con los padres?

Así como sostengo que es fundamental escuchar a los padres, entiendo que es necesario escuchar al niño, porque si bien el síntoma puede mostrar su faceta más anidada en el deseo parental y ser, en efecto, producto de lo que allí se juega, es también efecto de la conflictiva intrapsíquica del niño y esta no puede ser abordada desde afuera, solo analizando el discurso de los padres.

El compromiso de los padres con la situación de consulta por un hijo, comienza con acciones y estrategias por parte de los profesionales de la salud, en las que se refuerce la idea de que ellos pueden consultar por sí mismos. De esta forma el informe escolar o informe médico no sería necesario en una primera instancia, si bien podría requerirse para contar con la opinión de otro profesional sobre las conductas del niño.

Si lo que se busca es contener la demanda de atención excesiva para los recursos humanos con los que se cuenta, sería oportuno implementar otro tipo de respuestas que no detengan los procesos de decisión de consultar de los padres.

Dado que los padres llegan con una indicación de algún profesional de la salud o educación, una posible temática de investigación, podría centrarse en la derivación que médicos y maestras realizan, y deslindar cuáles son los elementos que toman en cuenta para enviar a un niño a un equipo de salud mental, específicamente a atención psicológica.

Paralelamente a indagar qué aspectos de las conductas del niño toman en cuenta al decidir la indicación de consultar, sería importante desarrollar con docentes y profesionales de la salud acciones de difusión e intercambio sobre temas de psicopatología en la infancia, entre otros.

Es necesario trabajar con los docentes en función de que cumplen un rol de importancia como referentes de lo que es esperable o no para un niño. Además, no solo son quienes sugieren consultar sino muchas veces es a ellos a quienes recurren en un primer momento los padres e incluso los niños para pedir ayuda o solicitar opinión.

Es necesario, a la vez, reforzar y ampliar los canales de información y acceso directo de los niños a la consulta psicológica, al igual que sostener y orientar a los docentes que son los que, en un primer momento, se hacen cargo de la demanda de los niños.

A nivel masivo, desde un abordaje centrado en la prevención, puede brindarse información al público en general sobre las dificultades de los niños y cuándo es necesario consultar.

Sin embargo, coincido con Revilla y Fleitas (1991) que desde su concepción de Atención Primaria de la Salud, evaluaron los factores que interfieren en la utilización de los servicios de salud, y señalaron que: «son determinados procesos intrafamiliares los que definen quién está enfermo y quién no, el tipo de atención que se necesita y las fuentes y la cantidad de gastos destinados a la atención sanitaria» (p. 21). Desde la postura psicoanalítica, es sabido que, más allá de la información que se disponga, hay factores que trascienden lo consciente en las consideraciones que una familia realiza sobre lo que es enfermo. Aquello que puede plantearse como motivo de consulta para algunos padres, puede estar naturalizado para otros que no ven al síntoma como un llamado de ayuda del niño o algo a descifrar.

El campo de la salud mental, tal como destacan Moacyr Brandao y Vera Lopes (2012), es variado en cuanto a la presencia de diversos conocimientos y técnicas que definen la actuación de los profesionales abocados a esta área. Algunos pueden tener formación psicoanalítica y pretender llevar a cabo procesos psicoterapéuticos con los niños, en el marco de la institución pública de salud, pero adecuándose a los requerimientos que el sistema le impone.

Los tiempos de atención al paciente y su familia, la cantidad de pacientes a atender y el lugar destinado a la realización de las consultas, serán elementos que delimitarán —al menos en parte— las posibilidades también del profesional de emprender estos procesos.

Al diseñar los formatos de atención de forma generalizados, para toda la población que consulta, no siempre es tomada en cuenta la transferencia que, como se señaló, es un vector que atraviesa la consulta desde los primeros encuentros con los padres y debería ser tomada en cuenta para pautar la realización de diferentes intervenciones.

Independientemente de las múltiples formas en que llegan los padres solicitando atención para su hijo, es necesario defender la universalidad del acceso a dicha atención, respetando lo singular de cada demanda. En esos momentos, un indicador fundamental de los pasos a seguir será la rectificación subjetiva —de los padres— respecto a su discurso inicial sobre el hijo. Solo tomando el tiempo necesario, podrá evaluarse si pueden o no interrogar sus propios dichos, rectificar o ampliar sus propias hipótesis y argumentos explicativos y abrirse al entrelazamiento de nuevos sentidos.

La clínica con niños nos confronta a la escucha de distintos niveles de sufrimiento donde se articulan nuevas significaciones, y a la presencia descarnada del dolor (cercano a lo real) en las entrevistas con padres.

Sin proponer remediar el sufrimiento de los padres ante el relato de lo que le ocurre al hijo o frenar la emergencia del dolor en la narración de su propia historia, entiendo que siempre debemos escuchar a los padres, aun cuando la demanda no esté presente. Desde esta posición psicoanalítica, defiendo que este es un proceso técnicamente necesario y éticamente válido.

Bibliografía

- ABU, S. y ZORNIG, J. (2001) «Neurosis infantil. Neurosis de infancia», *Psyché*. vol.V, n.º 008, Universidad de Sao Marcos, San Pablo.
- ALAEZ FERNÁNDEZ, M.; MARTÍNEZ ARIAS, R. y RODRÍGUEZ SUTIL, C. (1998) «Características de la población infanto-juvenil que demanda asistencia psicológica en un centro de salud comunitario», *Clínica y Salud*, vol. 9, n.º 3, 563-596, Madrid.
- AMORÍN, D. (2001) «Psicoanálisis-Psicoterapia psicoanalítica: Un eje en constante revisión», *Revista de Investigación Psicoanalítica Querencia*, Facultad de Psicología, Universidad de la República. Disponible en: <www.querencia.psico.edu.uy/revista_nro3/david_amorin.htm>.
- ASSANDRI, J. (1996) *Clínica infantil: Territorios y abordajes*, Montevideo, Roca Viva.
- AULAGNIER, P. (1986) *El aprendiz de historiador y el maestro brujo. Del discurso identificante al discurso delirante*, Buenos Aires, Amorrortu.
- (1993) *La violencia de la interpretación. Del pictograma al enunciado*, Buenos Aires, Amorrortu.
- AVRANE, P. (2004) *El niño en análisis*, Buenos Aires, Nueva Visión.
- AZNAR, M. (2009) «Intervención con Padres en Clínica de Niños», *Clínica y Salud*, vol. 20, n.º 3, 291-300, Colegio Oficial de Psicólogos, España.
- BADONI, M. (2002) «Parents and their child and the analyst in the middle», *In. J. Psychoanalysis*, vol. 83, pp. 1111-1131.
- BARDIN, L. (1996) *Análisis de contenido*, Madrid, Akal.
- BARCELLOS, B. y MAGALENO, R. (2012) «Saturacao teorica em pesquisas qualitativas: contribuições psicanalíticas», *Psicologia em Estudo, Maringa*, v. 17 n.º 1, 63-71, Brasil.
- BAREMBLITT, G. (2013) *Cinco lições sobre a transferência*, Belo Horizonte, FGB/IFG.
- BLEICHMAR, H. (1983) *El narcisismo. Estudio sobre la enunciación y la gramática inconsciente*, Buenos Aires, Nueva Visión.
- BLEICHMAR, S. (1981) «Para repensar el psicoanálisis de niños: El concepto de neurosis en la infancia a partir de la represión primaria», *Trabajo del psicoanálisis*, vol. 1, n.º 1, México.
- (2001) «Del discurso parental a la especificidad sintomal en el psicoanálisis de niños», en A. M. SIGAL (comp.), *El lugar de los padres en el psicoanálisis de niños*, Buenos Aires, Lugar.
- (2010) *Psicoanálisis extramuros. Puesta a prueba frente a lo traumático*, Buenos Aires, Entreideas.
- BLINDER, C.; KNOBEL, J. y SIQUIER, M. L. (2008) *Clínica psicoanalítica con niños*. Madrid: Síntesis.
- BOLSONI, TURINI, PAIVA y BARBOZA (2009) Problemas de comportamiento de niños y adolescentes y dificultades de padres/cuidadores: un estudio de caracterización. En *Psicol. Clín.*; 21(1): 169-184.
- BONAFÉ, M., PEREIRA, C. G. Y SABOYA, S. (2008) «O sintoma da crianca e a dinamica familiar: orientacao de pais na psicoterapia infantil», *Vínculo* vol. 5, n.º 2, San Pablo.
- BOYLE, O. (1988) «Prevalence of childhood disorder, perceived need for help, family dysfunction and resource allocation for child welfare and children's mental health services in-Canad», *J. Behav. Sci./ Rev. Canad. Sci. Comp.* 20(4), Ontario Mc Master University, Canadá.

- BRAIER, E. (2003). «Las heridas narcisistas en el trauma psíquico temprano. Teoría y clínica». Trabajo presentado en el I Congreso Europeo de Psicoterapia, Barcelona. Publicado en: <[intercanvis.es /pdf/06/06-03.pdf](http://intercanvis.es/pdf/06/06-03.pdf)>.
- BURLINGHAM, D. (1973) «El análisis infantil y la madre», en GERD BIERMANN (comp.), *Tratado de psicoterapia infantil*, Tomo II, Barcelona.
- CARAVEO, A. J; MEDINA, M. E; VILLATORO, J; LOPEZ LUGO, M. L y MARTINEZ VELEZ, V. A (1995) «Detección de problemas de salud mental en la infancia», *Salud Pública Mex.* 37(5): 446-451, México.
- CARAVEO, A. J; COLMENARES y E MARTINEZ VELEZ, V. A (2002) «Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la Ciudad de México», en *Salud Pública Mex.* 44(6): 492-498, México.
- CASAS, M.; FERNÁNDEZ, A.; FREIRE, M.; GIL, D.; MABERINO, V.; MIERES y PLOSE (1979) «La transferencia en el análisis de niños: de la novela a la historia», en *Revista Uruguaya de Psicoanálisis* n.º 60, Montevideo.
- CASAS DE PEREDA (2007) *Sujeto en escena. El significante psicoanalítico*, Montevideo, Isadora.
- CORNAZ, L.(2005) «La demanda que no hay que traducir», en revista *Litoral L'amour Lacan II*, n.º 36, julio 2005, México, Epee.
- COSTAS ANTOLA, A. (2009) «Tiempo de interpelación. Entrevistas iniciales con niños y padres», *Controversias en Psicoanálisis de Niños y Adolescentes*, n.º 4.
- CRISTÓFORO, A. y KACHINOVSKY, A. (1992) *Del objeto al sujeto de la consulta*, Montevideo, Roca Viva.
- CRISTÓFORO, A., DELGADO, R.; VALAZZA, V. y POU, V. (2013) «Problemáticas clínicas en la infancia y en la adolescencia», revista *Psicología Conocimiento y Sociedad*, vol. 3, n.º 2. Disponible en: <<http://www.psico.edu.uy/investigacion/revistas/>>.
- DAUMAS, A. (2009) «El niño, el goce y el objeto a» en A. Daumas y G. Stiglitz (comps.) *Políticas, prácticas y saberes sobre el niño*, Departamento de estudios del niño en el discurso psicoanalítico Pequeño Hans, Buenos Aires, Grama.
- DEAKIN KUHN, E. y TIELLET M. (2009) «Abandono de psicoterapia en niños», *Revista psiquiat. Rio Grande Sul* 31(3): 145-151. Disponible en: <www.redayc.br>.
- DIATKINE, R. (1995) «El *après-coup* del traumatismo» en *Revista Psicoanálisis con Niños y Adolescentes*, n.º 8, Rodolfo Urribarri (comp.) Buenos Aires, Gráfica Senda.
- DINERSTEIN, A. (1987) *¿Qué se juega en psicoanálisis de niños?*, Buenos Aires, Lugar.
- DIO BLEICHMAR, E. (2005). *Manual de psicoterapia de la relación padres e hijos*, Buenos Aires, Paidós.
- DOLTO, F. (1984) *Seminario de psicoanálisis de niños*, México, Siglo XXI.
- (2005/1981) *La dificultad de vivir. Psicoanálisis y sociedad* (vol. 2), Barcelona, Gedisa.
- DUEÑAS, C. (2012) «¿Qué afectos?», en Escuela de Psicoanálisis de los Foros del Campo Lacaniano, Forum Opció Escola de Barcelona. Disponible en <<http://www.epfcl-foedebarcelona.es/2012/05/05/que-afectos/>>.
- ECHEBURÚA, E. (2009) *Superar un trauma. El tratamiento de las víctimas de sucesos violentos*, Madrid, Pirámide.
- EZAMA, E.; ALONSO, Y.; GONZALEZ, S.; GALVÁN, S. y FONTANIL, Y. (2011) «Tareas terapéuticas: ¿qué clase de ayuda se busca en las consultas de psicoterapia?», *Psicothema* 2011. vol. 23, n.º 4, pp. 566-572 ISSN0214 - 9915 <www.psicothema.com>. Facultad de Psicología, Universidad de Oviedo.

- EZPELETA, L.; GRANERO, R.; DE LA OSA, N.; DOMENECH, J. M. y GUILLAMÓN, N. (2002) «Perception of need for help and use of mental health services in children and adolescents. Do they share the same predictors?» *Psicothema* ISSN 0214 - 9915. vol. 14, n.º 3, pp. 532-539, Universitat Autònoma de Barcelona.
- FAIMBERG, H. (2006) *El telescopaje de generaciones. A la escucha de los lazos narcisistas entre generaciones*, Buenos Aires, Amorrortu.
- FAVRE, A. (2005) «La consulta de los padres por su hijo», en *Cuestiones de Infancia, Revista de psicoanálisis con niños*, vol. 9 Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales. Disponible en <www.uces.edu.ar>, Buenos Aires.
- FLESLER, A. (2007) *El niño en análisis y el lugar de los padres*, Buenos Aires, Paidós.
- (2008) «La transferencia en el análisis de un niño», en *Revista Extensión Digital* n.º 1 Secretaría de Extensión Universitaria, Facultad de Psicología, Rosario.
- (2011) «Transferencias y resistencias en el análisis de un niño» en revista *Imago Agenda*, setiembre de 2011. Disponible en <http://www.imagoagenda.com/articulo.asp?idarticulo=1574>.
- FENDRIK, S. (1989) *Psicoanálisis de niños. Ficción de sus orígenes*, Buenos Aires, Amorrortu.
- FREUD, A. (1964) *Psicoanálisis del niño*, Buenos Aires, Hormé.
- FREUD, S. ([1893] 1993) «Estudios sobre la histeria», en J. L. ECHEVERRY (Traduc.) *Obras Completas: Sigmund Freud* (vol II, pp. 1-325), Buenos Aires, Amorrortu.
- ([1905] 1993) «Fragmento de análisis de un caso de histeria (Dora)», en J. L. ECHEVERRY (Traduc.) *Obras Completas: Sigmund Freud* (vol. VII, pp. 1-107), Buenos Aires, Amorrortu.
- ([1908] 1993) «El creador literario y el fantaseo», en J. L. ECHEVERRY (Traduc.) *Obras Completas: Sigmund Freud* (vol. IX, pp. 123-135), Buenos Aires, Amorrortu.
- ([1909] 1993) «Análisis de la fobia de un niño de cinco años», en J. L. ECHEVERRY (Traduc.) *Obras Completas: Sigmund Freud* (vol. X, pp. 1- 118), Buenos Aires, Amorrortu.
- ([1910] 1993) «Un recuerdo infantil de Leonardo da Vinci», en J. L. ECHEVERRY (Traduc.) *Obras Completas: Sigmund Freud* (vol. XI, pp. 53-127), Buenos Aires, Amorrortu.
- ([1911] 1993) «Sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente (Schreber)», en J. L. ECHEVERRY (Traduc.) *Obras Completas: Sigmund Freud* (vol. XII, pp. 1-76), Buenos Aires, Amorrortu.
- ([1912] 1993). «Sobre la dinámica de la transferencia», en J. L. ECHEVERRY (Traduc.) *Obras Completas: Sigmund Freud* (vol. XII, pp. 93-106), Buenos Aires, Amorrortu.
- ([1915] 1993) «Puntualizaciones sobre el amor de transferencia», en J.L. Echeverry (Traduc.) *Obras Completas: Sigmund Freud* (vol. XII, pp. 159-174), Buenos Aires, Amorrortu.
- ([1913] 1993) «Sobre la iniciación del tratamiento (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, I)», en J. L. ECHEVERRY (Traduc.) *Obras Completas: Sigmund Freud* (vol. XII, pp. 121-144), Buenos Aires, Amorrortu.
- ([1914] 1993) «Introducción del narcisismo», en J. L. ECHEVERRY (Traduc.) *Obras Completas: Sigmund Freud* (vol. XIV, pp. 65-98), Buenos Aires, Amorrortu.
- ([1916] 1993) «Conferencia 17.ª El sentido de los síntomas», en J. L. ECHEVERRY (Traduc.) *Obras Completas: Sigmund Freud* (vol. XVI, pp. 235-249), Buenos Aires, Amorrortu.

- FREUD, S. ([1916] 1993) «Conferencia 27.^a La transferencia», en J. L. ECHEVERRY (Traduc.) *Obras Completas: Sigmund Freud* (vol. XVI, pp. 392 a 407), Buenos Aires, Amorrortu.
- ([1920] 1993) «Sobre la psicogénesis de un caso de homosexualidad femenina», en J. L. ECHEVERRY (Traduc.) *Obras Completas: Sigmund Freud* (vol. XVIII, pp. 137-164), Buenos Aires, Amorrortu.
- ([1923] 1993) «El yo y el ello», en J. L. ECHEVERRY (Traduc.) *Obras Completas: Sigmund Freud* (vol. XIX, pp. 1-66), Buenos Aires, Amorrortu.
- ([1919] 1993) «Lo ominoso», en J. L. ECHEVERRY (Traduc.) *Obras Completas: Sigmund Freud* (vol. XVII, pp. 215-251), Buenos Aires, Amorrortu.
- ([1932] 1993) «Conferencia 31.^a La descomposición psíquica de la personalidad», en J. L. ECHEVERRY (Traduc.) *Obras Completas: Sigmund Freud* (vol. XXII, pp. 53-74), Buenos Aires, Amorrortu.
- ([1932] 1993) «Conferencia 34.^a Esclarecimientos, aplicaciones, orientaciones», en J. L. ECHEVERRY (Traduc.) *Obras Completas: Sigmund Freud* (vol. XXII, pp. 126-145), Buenos Aires, Amorrortu.
- ([1937] 1993) «Análisis terminable e interminable», en J. L. ECHEVERRY (Traduc.) *Obras Completas: Sigmund Freud* (vol. XXIII, pp. 211-254), Buenos Aires, Amorrortu.
- (1988) *Epistolario III Años 1910-1939*, Buenos Aires, Orbis.
- FRIZZERA, O. (2005) «Los padres: encuentros y desencuentros en psicoanálisis de niños», en *Cuestiones de Infancia, Revista de psicoanálisis con niños*, vol. 9 Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales. Disponible en: <www.uces.edu.ar> Buenos Aires.
- GARCÍA REINOSO, D. (1981) «El discurso familiar como escritura transindividual en el análisis de niños», en DIATKINE, R; FERRERIRO, E.; GARCÍA REINOSO, E.; LEBOVICI, S. y VOLNOVICH, J. C., *Problemas de la interpretación en psicoanálisis de niños*, Barcelona, Gedisa.
- GARLAND, E. (2007) «Estudio de la satisfacción en la atención al paciente joven», *Child and Adolescent Services Research Center*.
- GARMA, B. (1992) *Niños en análisis. Clínica psicoanalítica*, Buenos Aires, Kargieman.
- GOMEL, S. (1997) *Transmisión generacional, familia y subjetividad*, Buenos Aires, Lugar.
- (2006) *Perspectivas vinculares en psicoanálisis*, Asociación argentina de psicología y psicoterapia de grupo, Buenos Aires.
- GÓMEZ ARANGO, C. (2006) «Los padres en la psicoterapia de los niños» en *Pensamiento psicológico*, vol. 2, n.º 006, Pontificia Universidad Javeriana, Cali, pp. 103-113.
- GUTFRIEND, C. (2005) *Vida e arte. A expressao humana na saude mental*, Brasil, Casa do Psicólogo Livraria e Editora Ltda. (Cita p. 115: traducción de mi autoría).
- HOUNIE, A. (2012) *La construcción de saber en clínica*, (tesis doctoral), Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Filosofía, Programa de investigación en Psicoanálisis.
- IRIART, C. y IGLESIAS RÍOS, L. (2012) «Biomedicalización e infancia: trastorno por déficit de atención e hiperactividad», en *Interface-Comunic., Saude, Educ.* v. 16, n.º 43, pp. 1011-1023.
- JAGLIN, A. (2008) «Obstáculos en la clínica con niños hoy», en J. RODRÍGUEZ NEBOT (comp.) *Técnicas psicoterapéuticas. Abordajes polisémicos*, Montevideo, Psicolibros Universitario.
- JANIN, B. (2004) *Niños desatentos e hiperactivos. Reflexiones críticas acerca del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad*, Novedades Educativas, Buenos Aires.

- JANIN, B. (2005) «Los padres, el niño y analista: encuentros y desencuentros», en *Cuestiones de Infancia Revista de psicoanálisis con niños*, vol. 9, Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales. Disponible en <www.uces.edu.ar >.
- (2011) *El sufrimiento psíquico en los niños. Psicopatología infantil y constitución subjetiva*, Buenos Aires, Noveduc.
- KAHANSKY, E.; RODRIGUEZ PONTE, M. y SILVER, R. (2005) «Trabajo con padres en el psicoanálisis con niños», en *Cuestiones de Infancia Revista de psicoanálisis con niños*, vol. 9 Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales. Disponible en <www.uces.edu.ar>.
- KANCYPER, L. (1995) «El campo analítico con niños y adolescentes», conferencia, Instituto Goethe, octubre, Montevideo.
- KLEIN, M. (1987) *El psicoanálisis de niños*, Buenos Aires, Paidós.
- KNOBEL FREUD, J. (2013) *El sobrino nieto de Sigmund Freud: El tdaah es un invento. Entrevista realizada por Carlota Fominaya*. Disponible en <<http://www.abc.es/familia-padres-hijos/20131126/abci-freud-psicoanalista-ninos-201311221704.html>>.
- LACAN, J. ([1949] 1990) «El estadio del espejo como formador de la función del yo (*je*) tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica», en *Escritos* (vol. I, pp. 86-93), México, Siglo XXI.
- ([1951] 1990) «Intervención sobre la transferencia», en *Escritos* (vol. I, pp. 204-215), México, Siglo XXI.
- ([1953] 1990) «Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis», en Tomás Segovia (Traduc.) *Escritos* (vol. I, pp. 227-310), México, Siglo XXI.
- ([1958] 1991) «La dirección de la cura y los principios de su poder», en *Escritos* (vol. II, pp. 565-626), México, Siglo XXI.
- (1998) «Seminario 1. Los escritos técnicos de Freud (1953-1954)», en *Lacan el Seminario*, Buenos Aires, Paidós.
- (1998) «Seminario 2. El yo en la teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica (1954-1955)», en *Lacan el Seminario*, Buenos Aires, Paidós.
- (2007) «Seminario 10. La angustia (1962-1963)», en *Lacan el Seminario*, Buenos Aires, Paidós.
- (2007) «Dos notas sobre el niño» en *Intervenciones y textos 2*, Buenos Aires, Manantial.
- LANDEIRA (2009) *La dirección de la cura en la clínica lacaniana*, Montevideo, Psicolibros Universitario.
- LAURENT, E. (2011) «El niño ¿el resto?», en S. GOLDBER y E. STOISA (comps.), *Psicoanálisis con niños y adolescentes* (vol. III Encrucijadas de la práctica psicoanalítica), Buenos Aires, Grama.
- LEVIN, E. (2000) *La función del hijo. Espejos y laberintos de la infancia*, Buenos Aires, Nueva Visión.
- LÉVINAS, E. (2008) *Ética e infinito. La balsa de la Medusa*, Madrid, Machado.
- LEÓN, M. (1969) «Interferencias de los padres en el tratamiento de los niños», *Revista Argentina de Psicología*, año 1, n.º 2. Publicación de la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires, Galena.
- LISONDO, A. (2001) «O lugar dos pais na análise de crianças e adolescentes: uma menina- rainha em um trono-trincheira-prisao mental», *Psyché*, año V, n.º 8, pp. 95-115, San Pablo.
- MAFFEI, J. (1981) *Compendio de psicopatología de la infancia*, Buenos Aires, Ábaco.

- MANNONI, M. (1987) *El niño, su «enfermedad» y los otros*, Buenos Aires, Nueva visión.
- (1988) *La primera entrevista con el Psicoanalista*, Barcelona, Gedisa.
- MARCOLINO, J. y IACOPONI, E. (2003) «The early impact of therapeutic alliance in brief psychodynamic psychotherapy» en *Rev. Bras. Psiquiatr.*, vol. 25, n.º 2, San Pablo.
- MARTÍNEZ FARRERO, P. (2006) «Del motivo de consulta a la demanda en psicología», *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol. XXVI, n.º 97, enero/marzo 2006, pp. 53-69.
- MEISSNER, W. W. (2007) «Therapeutic alliance Theme and Variations», *Psychoanalytic Psychology American Psychological Association*, vol. 24, n.º 2, DOI: 10.1037/0736-9735.24.2.231.
- MESA DE URIBE, M. (2012) «Demanda de análisis en el niño», en- *Clave Social*, vol. 1, n.º 1, Corporación Universitaria Lasallista, Facultad de Ciencias Sociales y Educación.
- MOACYR BRANDAO, P. y LOPES BESSET, V. (2012) «Psicanálise e saúde mental: contextualizando o atendimento a demandas», *Psicologia USP*, San Pablo, 2012, 23(3), 523-538.
- MONTEVECHIO, B. (1997) «El niño síntoma: vía regia al inconsciente parental» en *Revista Psicoanálisis con niños y adolescentes*. Patologías límites. Situaciones límites n.º 10, UBA, Buenos Aires.
- MORDOCK, J. B. (1999) «Some risk factors in the psychotherapy of children and families: well-establish techniques that can put some clients at risk», In *Child Psychiatry and Human Development*, Vol. 29(3), Springer Netherlands.
- MUNIZ, A. (2013) «Abordajes clínicos de las problemáticas actuales en la infancia», en *Revista Psicología, Conocimiento y Sociedad* vol. 3(2), pp. 135-154. ISSN 1688-7026, Montevideo.
- NASIO, J. D. (2009) *El libro del dolor y del amor*, Buenos Aires, Gedisa.
- OLIVERA, I. (2002) «Criterios de indicación para psicoterapia breve de niños y sus padres», en *Psicol. Teor. Pract.* 4(1): 39-48. Disponible en Lilacs.
- ORTIGUÉS, E. y M-C. (1987) *Cómo se decide una psicoterapia de niños*, Buenos Aires, Gedisa.
- PASTRANA MORALES, E. (2007) «Comportamientos de agresividad en niños y adolescentes, motivos de consulta más frecuentes en el Centro de Servicios Psicológicos de la Universidad Cooperativa de Colombia, sede Neiva», en *Pensamiento Psicológico. Revista de la Facultad de Psicología* n.º 4 y 5, Universidad Cooperativa de Colombia.
- PEUSNER, P. (2001) «El sufrimiento de los niños en Revista de Psicoanálisis con Niños», en *Fort-Da* n.º 3. ISSN 1668-3900. Disponible en: <www.fort-da.org/fort-da3/sufrimiento.htm>.
- (2006) *Fundamentos de la clínica psicoanalítica lacaniana con niños. De la interpretación a la transferencia*, Buenos Aires, Letra Viva.
- PONTALIS, J. B. (1978) *Entre el sueño y el dolor*, Buenos Aires, Sudamericana.
- PUNTA RODULFO, M. (2005) *La clínica del niño y su interior*, Buenos Aires, Paidós.
- RETREPO, VÉLEZ (2008) «El proceso de terminación en psicoterapia de tiempo limitado: aspectos clínicos y técnicos», en *Revista ces Psicología*, vol. 1, n.º 2. ISSN 2011-3080
- REVILLA, L. (1991) *Factores que intervienen en la utilización de los servicios de salud*, Barcelona, Doyma.
- y FLEITAS, L. (1991) «La familia como subsistema social regulador» en *Factores que intervienen en la utilización de los servicios de salud*. Barcelona, Doyma.

- RÍOS, M. y GOMES, I. (2011) «Un estudio del follow up en psicoterapia psicoanalítica de parejas», en *Paideia Ribeirao Preto*, vol. 21, n.º 48. Disponible en Scielo: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_astext&pid=50103-863X2011000100012&lang=pt>.
- RIVERA NOGALES, N. (2011) *El diagnóstico en la clínica con niños. Psicoanálisis versus clasificaciones diagnósticas*. Disponible en: <www.cartelpsicoanalitic.blogspot.com/2011/07/el-diagnostico-en-la-clinica-de-ninos.html>.
- ROCHA, M. (2004) «Niños en psicoanálisis ¿límite o desafío?», en *Revista de Psicoanálisis Heteridad* 4, *El psicoanálisis y sus interpretaciones I*, Internacional de los Foros y Escuela de Psicoanálisis del Campo Lacaniano, Buenos Aires. Disponible en: <www.champlacanien.net/public/docu/3/hererite.4.pdf>.
- RODULFO, R. (1989) *El niño y el significante: un estudio sobre las funciones del jugar en la constitución temprana*, Buenos Aires, Paidós.
- (2008) *Futuro porvenir. Ensayos sobre la actitud psicoanalítica en la clínica de la niñez y adolescencia*, Buenos Aires, Novedades Educativas.
- ROJAS, M. C. (1999) *Perspectivas vinculares en psicoanálisis con niños*. Disponible en: <http://www.psi.uba.ar/biblioteca/bvs/aappg/revistas_digitalizadas/1999_2/7-ROJAS.pdf>.
- (2005) «El trabajo psicoanalítico con padres», en *Cuestiones de Infancia Revista de psicoanálisis con niños*, vol. 9, Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, Buenos Aires. Disponible en: <www.uces.edu.ar>.
- (2008) «Psicoanálisis con niños: un enfoque vincular», en *Revista do nesme*, vol. 5, n.º 1, 2008, pp. 37-44. Núcleo de Estudos em Saúde Mental e Psicanálise das Configurações Vinculares São Paulo, Brasil.
- ROUDINESCO, E. (2003) *La familia en desorden*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.
- SAFOUAN, M. (2003) *Lacaniana: Los seminarios de Jacques Lacan 1953-1963*, Buenos Aires, Paidós.
- SCHROEDER, D. (2001) *Conceptualizando el lugar de los padres en el Psicoanálisis con Niños*. Publicación n.º 3, Unidad de Formación Permanente para Graduados, Facultad de Psicología, Universidad de la República, Montevideo.
- SERRANO, L. (2009) «Angustia y fobia», en *Revista de Psicoanálisis*, Extensión Universitaria, n.º 101, febrero, Buenos Aires.
- SIGAL, A. M. (2001) «Transformacoes na clinica psicoanalitica: uma nova forma de abordar o trabalho com os pais», *Psyché*, año V, pp. 151-169. ISSN 1415-1138. Universidad de São Marcos, San Pablo.
- UNTOGLICH, G. (2000) *En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz. La patologización de las diferencias en la clínica y la educación*, Buenos Aires, Noveduc.
- (2011) *Versiones actuales del sufrimiento infantil. Una investigación psicoanalítica acerca de la desatención y la hiperactividad*, Buenos Aires, Noveduc.
- URRIBARRI, R. (1997) «Estructuración psíquica, padre y paternidad», en *Revista Psicoanálisis con niños y adolescentes*, Patologías límites. Situaciones límites n.º 10, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- VELUDO, C. y VIANA, T. C. (2012) «Parentalidade e o desenvolvimento psíquico na crianca», en *Paideia Ribeirao Preto*, 22(51): 111-118, Universidad de Brasilia. Disponible en: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=50103-863X2012000100013&lang=pt>.
- VIOLA, L.; GARRIDO, G. y VARELA, A. (2008) *Estudio epidemiológico sobre la salud mental de los niños uruguayos*, Clínica Psiquiatría Pediátrica, Facultad de Medicina, CSIC, Montevideo, Universidad de la República.

- VOLNOVICH, J. C. (1999) *El niño del «siglo del niño»*, Buenos Aires, Lumen.
- (2000) *Claves de infancia. Ética y género en la clínica psicoanalítica con niños*, Rosario, Homosapiens.
- WACHTEL, E. (1997) *La clínica del niño con problemas y su familia*, Buenos Aires, Amorrortu.
- WINNICOTT, D. (1991) «El concepto de trauma en relación con el desarrollo del individuo dentro de la familia», en *Exploraciones psicoanalíticas I*, Buenos Aires, Paidós.
- (1980) *Clínica psicoanalítica infantil*, Buenos Aires, Hormé.
- ZUSMAN, S. (1981) «El niño y sus padres», en *Revista Psicoanálisis. Acerca del psicoanálisis en niños*, tomo XXXVIII n.º 5, Asociación Psicoanalítica Argentina, Buenos Aires.

En esta investigación se indagaron la decisión de consultar, las significaciones y las expectativas que los padres que consultan por un hijo/a formulan en las entrevistas iniciales para atención psicológica. Se realizaron entrevistas a padres y madres en un servicio de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE).

Los padres llegan a la consulta con diversas posiciones subjetivas; estas dependen en parte de si las dificultades del niño fueron percibidas en el ámbito escolar o en el hogar.

El tipo de ayuda que esperan y las explicaciones que dan se relacionan con la toma de decisión de consultar.

A través del proceso transferencial, se producen modificaciones: pueden cambiar de posición desde cierta ajenidad ante el motivo que desencadena la consulta hacia el reconocimiento de dificultades del niño y la familia.

Dando lugar a la palabra de los padres, estos se abocan a la búsqueda de nuevos sentidos y explicaciones iniciando un recorrido por la historia familiar y su propia infancia.

ISBN: 978-9974-0-1429-9



9 789974 014299