



UNIVERSIDAD
DE LA REPUBLICA
URUGUAY



Facultad de
Psicología
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

Lo parental como zona de trabajo en la clínica de niños

Trabajo Final de Grado – Modalidad Monografía

Autora: Lucía Manasliski Devesa - C.I. 4.745.231-7

E-mail: luciamanasliskidevesa@gmail.com

Docente Tutor: Julia Tabó Vázquez

Montevideo, 30 de julio de 2015



<u>Contenido</u>	<u>Página</u>
<i>Resumen</i>	2
<i>Introducción</i>	3
<i>Primer encuentro. Los niños no llegan solos.</i>	5
<i>Derivación. Demanda. Pedido.</i>	8
<i>Motivo y motivación.</i>	12
<i>Conflictiva familiar latente</i>	15
<i>Herida narcisista</i>	18
<i>Invariantes funcionales</i>	19
<i>Transferencia (s)</i>	22
<i>Alianza terapéutica o de trabajo</i>	24
<i>Insight</i>	27
<i>Consideraciones finales</i>	32
<i>Glosario</i>	35
<i>Referencias bibliográficas</i>	36

El siguiente documento pretende dar cuenta del trabajo que se realiza con los padres en los tratamientos de sus hijos, dentro de la clínica de niños. Se toma como punto de partida el hecho de que los niños no llegan solos a la consulta, sino que siempre concurren acompañados de algún referente adulto. Con estos referentes es con quien el psicólogo deberá construir un lazo, un contrato de trabajo con el fin de que se posibilite el sostén de los espacios de psicoterapia.

En función de lo anteriormente mencionado, y siguiendo los aportes realizados por Schroeder (2001), se indagará desde el psicoanálisis acerca de los aspectos que componen la “zona parental” como elemento principal de trabajo activo y como habilitante en el desarrollo del tratamiento. Intentando concluir con una reflexión con respecto a la construcción y adquisición de nuevos sentidos.

Se espera que el cuestionamiento de las parentalidades, impulse a repensar la implicancia que se precisa de los padres, y por lo tanto, el espacio que se les da a los mismos en las diversas situaciones en la clínica de niños.

Palabras Clave:

Clínica de niños - contrato de trabajo – implicancia – sostén – zona parental.

La presente monografía tiene como propósito realizar una revisión e integración de la literatura publicada sobre la temática relacionada con la concepción de **“lo parental como zona de trabajo”**. Esta noción es planteada por Damián Schroeder (2001) en su obra “Conceptualizando el Lugar de los Padres en el Psicoanálisis de Niños”. Resulta sumamente relevante lo propuesto por el autor, ya que esa zona de trabajo es la que le otorga linealidad y profundidad al tratamiento del niño.

La idea de “lo parental” es adecuada, ya que como él mismo sostiene a lo largo de su obra, es frecuente que los padres de los niños que llegan a la consulta, estén separados, no siendo esto una barrera para trabajar con ambos, así como tampoco para utilizar el término pareja parental, porque en efecto, es lo que son, una pareja de padres.

Se realizará un recorrido por los diferentes componentes que estructuran la situación analítica en la clínica de niños, profundizando especialmente en el concepto de alianza terapéutica en relación al papel que ocupan los padres en estos espacios.

Se expondrá en principio la relevancia del primer encuentro, siguiendo por las nociones de demanda, derivación y pedido, y diferenciándolo de motivo y motivación, continuando con las concepciones de conflictiva familiar latente, herida narcisista, invariantes funcionales, transferencia, hasta llegar a la alianza terapéutica o de trabajo en la cual se profundizará. Como último punto se expondrán cuestiones acerca del concepto psicoanalítico de insight y sus diferentes aspectos en la clínica infantil.

Para poder abordar la temática planteada, se toma como base un marco teórico psicoanalítico, habiéndose seleccionado autores tales como Albajari, V. Álvarez, H. Amores, S. Aznar, M. Bayo, R. Bleichmar, E. Blinder, C. Bruno, G. Costas, A. De Souza, L. Flesler, A. Freud, S. Jaroslavsky, E. Jiménez, J. Kahansky, E. Korovsky, E. Laplanche, J. Madeleine y Baranger, W. Mannoni, M. Ortigués, E. Rodrigo, M. Schkolnik, F. Schroeder, D. Segal, H. Sirota, A. Valdivieso, S., ya que se aproximan a dar respuesta a los contenidos y conceptos a profundizar en la temática ya planteada.

En base a esta línea de trabajo, y como forma de dar cuenta de los contenidos teóricos, se ejemplificará tomando fragmentos de entrevistas de una de las observaciones participantes de la cual formé parte en el Servicio de Atención Psicológica Preventivo Asistencial (SAPPA). Dicho servicio se enmarca en una de las prácticas del Ciclo de Graduación de la Licenciatura en Psicología (Facultad de Psicología- Universidad de la República).

El caso del cual se tomarán los fragmentos, se trata de una niña a la que se llamará Sofía, la cual es llevada por sus padres a la consulta del equipo de niños y adolescentes. Se seleccionó este caso ya que fue significativo en mi formación, brindando grandes aportes tanto a nivel práctico como teórico.

Durante el desarrollo del trabajo, y al tomar el caso ya mencionado para citar algunos ejemplos, es que se hablará de padres o pareja parental, sin desconocer por ello la diversidad de configuraciones vinculares familiares a las que nos podemos enfrentar.

Ψ *Primer encuentro. Los niños no llegan solos*

Antes de dar comienzo al desarrollo de la presente monografía, es importante tener presente, ante todo, que por lo general, los niños no llegan solos a la consulta, sino que ésta es solicitada por algún referente adulto.

Cuando acude a la consulta una pareja de padres con un “hijo – problema”, se debe comenzar a pensar ya desde ese primer momento que para lograr trabajar en la zona que se conforma como “lo parental”, tenemos que involucrarlos, hacerlos sentirse parte responsable de eso que les molesta, y mostrarles que ellos tienen la gran responsabilidad de construir mediante el espacio de sus hijos y a través del terapeuta y del tratamiento, la resolución de la problemática. Estamos frente al gran desafío de mostrarles que si se sienten parte del problema también lo son de la solución.

“Lo parental” es ese lugar sobre el que trabajamos y nos esforzamos por generar un espacio dentro de la función clínica, pero que no es el paciente. Depositamos cierto esfuerzo sobre lo parental para que funcione como sostén y constancia del paciente. No significa esto que el paciente deje de ser lo central en el tratamiento, sino que debemos realizar un gran trabajo con los padres en encuentros puntuales, ayudando a trasladar el deseo personal y parental al espacio de su hijo. Mediante el trabajo en la zona parental, buscamos mover lo naturalizado, generar apretura a nuevos sentidos.

Sentirse involucrado, implicado, participe, nos posibilita construir un camino exitoso con el niño. Sigmund Freud (1986) sostenía que los niños son los mejores pacientes, los más puros, pero que tenían un factor externo que los truncaba. Ese factor también es el que nos habilita. Trabajar sobre ese espacio habilitante debe ser una de las metas que conformen la situación analítica.

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 (Rodolfo, 1989), a enunciados identificatorios (Aulagnier, 1993) y a mensajes transgeneracionales (Gomel, 1997). (Bruno, 2014, p. 27).

Comenzaré exponiendo las implicancias del **primer encuentro** como momento trascendental para el desarrollo de la situación analítica, así como para la apertura al deseo, enunciados y mensajes.

“Las primeras entrevistas con quien solicita ser escuchado constituye un momento privilegiado” (Costas, 2009, p. 37). Este primer encuentro es un momento privilegiado tanto para los padres, como para el niño, así como también lo es para el profesional. Todos los elementos que componen la clínica psicoanalítica deben estar más que

activos; la escucha clínica, la mirada, la atención flotante serán elementos esenciales y fructíferos para pensar al paciente, así como para darle contenido y sentido al encuentro.

Los encuentros con los padres no deben tener una simple función verificadora de datos, ni mucho menos, sino que tenemos que poder ver y escuchar clínicamente el equipaje con el que cargan hasta la consulta.

Debemos ser capaces de distinguir quién concurre a este primer encuentro; si existe una demanda, quién la expone como tal, y qué demanda. También es importante poder vislumbrar si alguien sufre y por qué se genera este sufrimiento.

Veo a este primer encuentro como un desafío, y como tal, debemos darle un lugar de relevancia en el tratamiento, ya que tarde o temprano se vuelve a estos contenidos. Refiriéndose a este primer encuentro, Ortigués (1987) sostiene “a menudo nos percatamos de que lo esencial de lo que se desarrolló en la cura ya estaba ahí, enunciado o mostrado de entrada” (p. 32).

Es importante en este primer encuentro lograr un buen rapport y un clima de confianza, ya que para los padres la consulta significa hacerse cargo de que algo no funciona bien, produciéndoles una herida narcisista, por lo que nos vemos obligados a manejar adecuadamente la angustia y la culpa que les despierta en esta situación. (Albajari, 1996, p.61).

Ya desde ese primer encuentro se ponen en juego palabras que no se dicen pero que están ahí y que luego serán cargadas con sus significaciones. A grandes rasgos, me refiero a palabras como ser clima de confianza, herida narcisista, angustia, niño.

Las primeras entrevistas con los padres tienen un papel fundamental en el pronóstico de la relación terapéutica. Cualquiera que sea su disfuncionalidad, la alianza del terapeuta con el deseo de ser unos buenos padres favorecerá la intervención (Green, 2003). El establecimiento de un vínculo seguro con los padres en el que se sientan entendidos en sus dificultades y valorados en sus posibilidades (Aznar, 2009) podrá ejercer un efecto beneficioso sobre la culpabilización, la vergüenza y la herida narcisista que es para ellos la consulta por un hijo (Green, 2003). (Aznar, 2009, p. 295.).

En otras palabras, desde el punto de partida del tratamiento es importante comenzar a poner el énfasis en el vínculo con los padres, fomentando el desarrollo de un sostén y una base segura donde se asentará una alianza de trabajo. Esto debe

formar parte de los principios de trabajo con todos los padres que concurren a la consulta; trascendiendo por un momento la problemática manifiesta por la que consultan y enfocando el espacio a la calidad del vínculo. Si a esto se le suma el deseo de los padres, se podrá alcanzar el éxito en el tratamiento. Si los padres tienen deseo, se cosecharán buenos frutos.

Aznar (2009) se plantea cuatro objetivos comunes a seguir en las intervenciones con padres en clínica de niños, lo que no significa que se vayan a definir como tal en un primer encuentro, sino que debemos tenerlos en cuenta ya desde el primer encuentro como líneas de intervención clínica sobre las cuales desplazarnos en el transcurso del proceso.

1. Favorecer la relación terapeuta-padres trabajando las dificultades del desempeño de su papel, de forma que éstos se vean valorados en sus capacidades y comprendidos en las dificultades en el desempeño de su rol (Aznar, 2009; Aznar y Amor, 1996).
2. Establecer la alianza con el subsistema padres que promueve cambios en la relación con la familia de origen (trabajo intergeneracional) y en la estructuración triangular de la familia actual.
3. Facilitar la comprensión de las dificultades del niño como miembro de una estructura familiar cuyos cambios favorecerán también el cambio en el niño.
4. Ampliar su capacidad reflexiva. Es un objetivo que engloba a los demás. (p. 295).

Los objetivos planteados por la autora comprenden de manera adecuada el ideal de trabajo a ser abordado en conjunto con la pareja parental. De todos modos, y teniendo en cuenta los atravesamientos institucionales que acompañan los procesos en el SAPP, dichos objetivos pueden tornarse ambiciosos para ser trabajados solamente en el espacio de los niños, por lo cual en la intervención con los padres se va a aspirar a llegar hasta el punto de que ellos se puedan hacer cargo de la conflictiva planteada respecto al niño.

Al mencionar los “atrasamientos institucionales”, se hace referencia a que el estilo de trabajo se puede ver influenciado por factores como ser el espacio físico y la disponibilidad horaria de la institución, así como también la cantidad de encuentros. Por lo general, las entrevistas con los padres son incluidas en los espacios de los niños y no de forma paralela, por lo cual si se quisiera profundizar de forma adecuada en los objetivos, sería necesario un espacio aparte para los padres.

Es cuestionable el lugar que ocupan estos objetivos en procesos limitados como en el SAPPA, y para estas ocasiones concuerdo con la autora acerca del carácter de las intervenciones con los padres:

“(…) las intervenciones del terapeuta con los padres ¿tienen el carácter de intervención psicoterapéutica o solo podemos enmarcarlas en tareas psicoeducativas? “ (Aznar, 2009, p. 292).

En lo que respecta a la orientación psicoeducativa, sostengo que va a estar presente en la mayoría de los procesos y lo creo necesario, ya que brinda recursos, y favorece el desarrollo de la comprensión de los padres en lo referente a diferentes aspectos de sus hijos que interpretan de forma negativa por no comprenderlos adecuadamente. El nivel de implicancia de los padres va a tener un rol fundamental en este aspecto.

En procesos de corta duración y donde solo se ve a los padres en ocasiones puntuales, creo que lo psicoeducativo es necesario, ya que es la forma de transmitir apertura a nuevas reflexiones, por lo cual, debemos plantearnos como objetivo ayudar a los padres a repensarse en los modos de funcionar con el niño.

Volviendo al principio de este apartado, y continuando con las implicancias del primer encuentro como momento privilegiado, mencioné la especial atención que debemos otorgarle a la aparición de algún tipo de demanda o pedido manifiesto.

Ψ Derivación. Demanda. Pedido.

Para la clínica infantil, es importante poder distinguir los conceptos de **demanda y derivación**. Desde una aproximación personal, sostengo la opinión de que la derivación en niños es más frecuente que en los adultos, y la demanda es más compleja ya que nos vemos frente a una familia que demanda, una institución que demanda y un niño que demanda. Una demanda complejizada, múltiple, variada. Demandas diferentes con distintos intereses y acarreado distintas fantasías

Derivación es cuando otro técnico (sea de la medicina, psicología o pedagogía) nos envía a un niño, paciente que es nombrado como tal desde ese preciso lugar cargado de múltiples fantasías tanto desde el mismo como desde su familia. En tal sentido, la **demanda**, es el **pedido de ayuda** que se expresa en parte a través de la derivación, y que podrá coincidir o no con la demanda latente individual o familiar. (RUP Num 5, 1995, p. 53).

En lo que respecta a la derivación es válido cuestionarse acerca del interés certero que pueda tener la familia, o si simplemente, el niño no se adapta a ciertos parámetros, por lo general escolares, y es allí donde radica el interés familiar de consultar, en la no adaptación a “lo normal”.

De todos modos, veo a la derivación como un escape para los padres, ya que la mayoría de las veces, forma parte de una defensa ante la inminente problemática que presenta el niño. Es una forma de poner el pedido en manos de otro profesional y llevarlo como un “vengo porque me mandaron”. Aquí es donde se ponen en juego nuestras habilidades de leer entre líneas y poder descifrar ese mensaje como un posible “traemos un monto tan elevado de angustia que no logramos hacernos cargo del mismo. Hicimos algo mal, no cumplimos con lo que se espera de nosotros como padres y eso nos genera un gran sufrimiento”

En nuestra consulta actual recibimos una cantidad considerable de consultas que los padres realizan por indicación de alguien (...). Muchas veces se trata simplemente de llevar a cabo la orden recibida sin sentirse implicados con el malestar del niño, detectado a veces por quien indicó la consulta. El ser escuchados puede llevarlos a escuchar el sentido singular de su padecer (...). La “orden” se transformará entonces en un deseo de saber acerca del malestar que los ha traído a la consulta. (Costas, 2009, p. 38).

En estos casos, y siguiendo las palabras de Costas, tenemos que marcarle el camino al deseo parental, transformar esa energía psíquica en deseo de saber. “(...) nuestro principal trabajo en este momento, consistirá en ayudarlos a construir una demanda propia, que dé cuenta de sus preocupaciones, de sus sufrimientos y de sus resistencias”. (RUP Num. 5, 1995, p. 53).

Dejando un poco de lado el concepto de derivación, y ahondando en el de demanda, creo pertinente y conciso lo que manifiesta Flesler (2007) al decir que “un niño llega al consultorio de un analista por las resonancias que genera en un adulto” (p.17). Hay algo que resuena, algo que molesta al adulto, algo que genera un movimiento y los lleva a consultar. Esta consulta es el pedido de ayuda que late dentro de la demanda.

Los padres saben que hay algo que no está funcionando igual que siempre y les molesta en su hijo. Molesta no necesariamente porque funcione mal, sino diferente. Conuerdo con Ortigués (1987) cuando asevera que “las demandas efectuadas con respecto a un niño o por un niño (...), presentan la ventaja de sacar a plena luz ciertas cuestiones capitales de la “instalación, en particular, las movilizaciones que se

producen en todo grupo familiar cuando uno de sus miembros manifiesta su intención de que algo cambie” (Pág. 15).

En la búsqueda de sentido de los cambios, se nos pide ayuda para comprenderlos, adaptarse y generar así nuevos cambios.

Siguiendo en la línea de Ortigués “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” (Pág. 22). ¿No lo saben?, ¿o es disfrazado para no saberlo? El inconsciente pone en juego sus mecanismos, desplaza, condensa, y hace que estos padres lleguen con algo y por algo a este primer encuentro.

Alba Flesler en su obra “El niño en análisis y el lugar de los padres” (2007), cita a Freud, el cual expone lo siguiente:

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 sólo quieren ese cambio sus allegados, las personas que lo aman o de quienes debiera esperarse ese amor (p. 19).

Es por esto que se expone en el párrafo anterior que reafirmo la relevancia del primer encuentro; considero relevante poder descifrar si hay demanda, quién la realiza y si hay sufrimiento presente. Es esencial poder distinguir si existe un pedido por parte de los padres, y si es que lo hay, poder profundizar en lo que nos están pidiendo. No se debe restar importancia a la demanda de los niños, ya que es muy posible que a su manera, ellos también la tengan. Es de total pertinencia lo que expresa Blinder, Knobel y Siquier (2008) con respecto a esto:

El niño, definido como perverso polimorfo en lo pulsional, también es polimorfo en sus medios de expresión y la primacía del lenguaje verbal no está todavía asentada en él. (...). El niño habla cuando puede, pero también lo hace con sus juegos, sus dibujos y su cuerpo (p. 24).

Blinder en su texto, nos incita a aprender a leer este modo de comunicarse que exponen los niños en la consulta, ya que es el equivalente al valor de la palabra en la clínica de adultos, pero conteniendo mucho más que palabras. A través de esos

dibujos, juegos y de su propio cuerpo, el niño nos trae sus contenidos, sus deseos, angustias, así como también su propia demanda. Es de este modo que el niño a su manera la va a ir construyendo, adaptando a su propio mundo de significaciones; para ello es esencial que a esta demanda infantil le demos el tiempo y espacio que sea necesario para su estructuración.

Ortigués (1987): “La demanda, si se le da tiempo y si estamos dispuestos a oírla en su complejidad, se despliega, se diversifica, se ramifica, se desplaza, se reabsorbe... se estira, mientras a su sombra se producen reestructuraciones” (p.17). La variación de la demanda aparecería como un intento de re explicarse lo que hasta ahora no se ha podido comprender

Sin ir más lejos, cuando se le preguntó a Sofía si sabía por qué concurría a la psicóloga, ella respondió “*a resolver cosas, a aprender y no sé qué más* “.Las palabras aprender y resolver, podrían estar más relacionadas con el discurso parental, pero ese “no sé que más” me hacía cuestionarme sobre un vacío, una falta, algo que no tenía ni sentido ni explicación para entrar en su mundo

Sus padres estaban separados y no existía una organización ni de espacios ni de tiempo para esta niña, derivando esto en una organización confusa y poco estable de su psiquismo. Ella no tenía en claro en qué casa iba a pasar el resto del día y menos la noche. Habitualmente, su respuesta a la pregunta *¿dónde vas a dormir hoy?*, o *¿quién te viene a buscar?*, era no sé.

En el transcurso del proceso ella consigue expresar lo que sentí como una demanda más pura, logrando poner en las palabras justas lo que no sabe, lo que no entiende y lo que le gustaría, así como también la confusión en la que se veía inmersa.

Psic.: *La semana pasada no viniste!*

Sofía: *No. Con razón sentía que no iba a la psicóloga. Quería venir porque acá puedo jugar.*

P: *¿Y esta noche dónde dormís?*

S: *Ni siquiera me dijeron, no me dicen. A mí me gustaría que me dijeran.*

En este caso, creo que a través de la construcción, la niña pudo apropiarse de un pedido de ayuda, demostrando que es un malestar atemporal, ya que lo expresa en pasado, presente y futuro. Construyó su demanda, mostró que en el presente algo le molestaba y marcó un camino, una línea a seguir.

Hay una pregunta que estuvo presente desde el comienzo de la elaboración de esta monografía, me cuestionaba ¿qué es lo que hace que los padres se vean empujados o motivados a consultar a un psicólogo? ¿De qué se trata ese proceso que precede a la primera consulta y que se diferencia de la demanda y del motivo de consulta?

Para aproximarme a una respuesta, utilicé aportes de Albajari (1996), Schroeder (2001) y Bleichmar (2005).

Al consultar, los padres admiten, de alguna manera, que no han podido resolver el problema y que necesitan ayuda, ya sea porque perciben al niño como el causante de lo que ocurre o porque sienten que cometieron errores en su proceder. (Albajari, 1996, p.61).

El planteo de Albajari me parece bastante convencional; responde en parte a la interrogante pero no llega a la profundidad de respuesta que se busca. Es un aporte ideal para utilizar de apertura pero no de profundización.

Por otra parte, Schroeder (2001) se plantea la problemática de forma muy acorde, pudiendo conformar su pensamiento otra línea diferente de respuesta.

¿Cómo logra aceptar un padre o una madre que ellos ya no pueden y que necesitan, en el mejor de los casos, la ayuda de un analista?

(...) en el procesos de consulta, y ante la eventualidad de que se defina el inicio de un tratamiento analítico, los padres tienen que haber desarrollado una sensibilidad mínima con respecto a la pertinencia y a la oportunidad del mismo. Hace falta un compromiso libidinal con el tratamiento, para que este pueda desarrollarse. El tratamiento del hijo tiene que tener un lugar en el “espacio psíquico” de los padres. (p. 8).

Aceptar que no pueden, sensibilidad, pertinencia, compromiso y espacio psíquico son las palabras claves para comenzar a elaborar una respuesta a la interrogante.

Primero que nada, tiene que hacerse presente en por lo menos uno de los miembros de la pareja parental, un **no puedo** o no podemos. Es allí cuando se comienza a pensar en algún tipo de ayuda ya que de cierta forma se está reconociendo una falta.

Los padres tienen que haber desarrollado un nivel de **sensibilidad** tanto con su hijo como con ellos mismos, mucho más elevado del habitual para poder conectarse con ese malestar que les genera el hecho de no poder.

En lo que respecta a la **pertinencia** de la situación, la relaciono con el monto de angustia. Cuando ya no se puede lidiar, ni soportar el monto tan elevado de angustia, es cuando se comienza a instaurar la circunstancia pertinente para realizar la consulta.

Es adecuado mencionar aquí lo que plantea Costas (2009) al respecto: “No se trata pues de un malestar cualquiera, sino del que abre las puertas a la transferencia, habilita al Otro a intervenir” (p. 46). Allí donde estamos habilitados a intervenir es donde podemos actuar.

El **compromiso** es primordial. Que los padres se sientan comprometidos con la angustia, con el sufrimiento, con lo que les ocurre a ellos y a su hijo, pero que no lo pueden soportar ni tampoco responder, será un factor fundamental que los llevará a consultar, pero que se transformará luego en un recurso para el futuro sostén del tratamiento.

El compromiso forma parte de los pilares fundamentales que le brindarán la estabilidad que necesita el espacio del tratamiento del niño. Mantener la estabilidad de los mismos es un trabajo en conjunto nuestro y de los padres, ya que el niño se va estructurando en base a estos pilares.

Tenemos que elaborar en conjunto con los padres el interés en mantener firme los pilares que sostendrán la estructura del tratamiento, y que a pesar de los “temblores” que esta estructura pueda sufrir, pongan su interés en sostener el espacio; mantenerlo sin que se derrumbe. Está en nosotros la tarea de animar a los padres a que desarrollen el interés en continuar a pesar de las sacudidas que todo tratamiento siempre acarrea.

Es importante que desde nuestro lugar de profesionales, se deje ver también nuestro compromiso y motivación con el rol y con el tratamiento.

Desde la perspectiva del terapeuta, el compromiso del paciente con el tratamiento ha demostrado ser un buen indicador de éxito. También el compromiso del terapeuta, apreciado por el paciente, se asocia consistentemente con el éxito del tratamiento, mientras que el desapego o falta o falta de compromiso del terapeuta tiende a predecir resultados pobres. (Jiménez, 2005, p. 6).

Dejarse sorprender por cada paciente, no tratando de predecir, genera un vínculo profesional sólido y colabora con el desarrollo de estabilidad y consistencia al tratamiento.

Por último, es importante que los padres estén dispuestos a ceder un lugar de su **espacio psíquico** para que lo ocupe el tratamiento de su hijo. Los padres tienen que cargar con su sufrimiento y con el de sus hijos. No es una tarea fácil.

A estas características que extraje de la cita del Schroeder (no poder, sensibilidad, pertinencia, compromiso y espacio psíquico), me gustaría poder agregarle un aporte para conformar una respuesta consistente.

La motivación de los padres para consultar se tiene que ver invadida por la **angustia**. La angustia por sí sola creo que conforma un gran empuje para sacar a los padres de su lugar e ir por ayuda. Tal como la define Bleichmar (2005) en la cita que sigue a continuación, la angustia es una urgencia para la mente y nos exige que hagamos algo.

La angustia, emoción displacentera y desorganizante por excelencia, es una urgencia para la mente y una exigencia de trabajo, por lo que podría ser considerada una fuerza motivacional per se, ya que pone en juego al cuerpo y a la mente.

(...) la angustia del niño es el reto mayor al que se enfrentan todos los padres y es tarea del adulto la regulación y contención adecuada de la ansiedad del niño. (Pág. 58 - 59).

Al realizar una comparación entre Schroeder y Bleichmar, se puede ver que los dos hablan de la gran responsabilidad que tiene el adulto en lo que respecta al monto de angustia con el que está cargando el niño. Los adultos son la parte responsable de la contención de esa angustia, y por ello es necesario que estén dispuestos, como nos decía Schroeder, a ceder parte de su espacio psíquico para el tratamiento del niño.

Los profesionales tenemos que aprender en cada caso a descifrar la forma de ser partícipes de estos procesos tan complejos, pero sin crear falsas expectativas o ilusiones. Tenemos que ser capaces de ayudar a comprender, a crear recursos, a orientar, y sobre todo, que los padres entiendan que no tenemos una receta para curar a su hijo, sino que la cura requiere trabajo en equipo y esa cura se materializa allí donde no está el analista.

Es importante trabajar sobre las fantasías y expectativas con las que llegan los padres al espacio, transformándolas en deseo de trabajo activo y que ellos no pasen

desapercibidos en el tratamiento. Un tratamiento con padres participando activamente, suma mucho a la hora de alcanzar el éxito del mismo

Me gustaría destacar dos citas de diferentes autores los que hacen énfasis en lo que desarrollé hasta aquí:

(...) no me gusta hacer que los padres crean que en análisis estriba su salvación. (...) me refiero a que debe evitarse dar la impresión de que sí, el psicoanálisis curará al paciente, es decir, hará de él lo que ustedes quieran, sin que ustedes tengan que hacer ningún esfuerzo.”(Winnicott, s.f., citado en Costas, 2009, p. 39).

“Combatir la concepción del análisis como un camino de salvación, enfatizando al mismo tiempo la necesaria participación de los padres en los cambios que provocará el análisis de un niño”. (Costas, 2009, p. 39).

Ψ *Conflictiva familiar latente*

Luego de haber desglosado a grandes rasgos las concepciones de demanda, derivación, motivo y motivación, es importante tener en cuenta que la demanda no debe ser tomada al pie de la letra, tal como la traen los padres, sino que tenemos que dejar entreabierta una puerta para que a través del niño y de su construcción, se pueda ver funcionar la neurosis familiar “(...) el síntoma del niño se convierte en soporte” (Mannoni, 1979, p. 45).

Ahora bien, tenemos que considerar que la manifestación de síntoma en el niño genera angustia y a la vez sostiene un funcionamiento neurótico familiar, por lo cual sería importante plantearnos la posibilidad de que el niño es llevado a la consulta ya que algo no funciona de la forma esperada. Por lo tanto, se podría decir que desde el punto de vista de los padres, de las maestras, o de alguien más, ese niño está fallando. Esa falla, seguramente es con respecto al funcionamiento del sistema parento filial en el que se encuentra inserto.

Blinder, et al. (2008) por su parte expresan que “La problemática del hijo puede estar condensando y desplazando una **conflictiva familiar latente**” (p. 32). Para poder pararnos desde esta perspectiva, debemos trasladarnos a la que fue la primera consulta con los padres. Esta problemática podría remitir a una conflictiva familiar latente que provoca un sufrimiento parental. Aquí debemos volver a los contenidos de la primer consulta y reelaborar la pregunta de por quién consultan y quien está sufriendo.

Con respecto al sufrimiento y al pedido que el mismo conlleva, Blinder, et al. (2008) expresan:

Cuando la consulta es pedida directamente por los padres es indicador que sufren y que ellos se den cuenta de la dificultad de su niño implica una primera ruptura de la homeostasis familiar en las regulaciones narcisistas y conlleva a inevitable comparación entre el niño ideal y el niño real, que padece algo. (...) Es el momento en el que el narcisismo de los padres puede sentirse vulnerado, con las consecuencias que esto puede acarrear como ser el abandono de las entrevistas. (pp. 41- 42).

Siguiendo las palabras del autor, podríamos decir que si hay un pedido manifiesto por parte de los padres, existe por lo tanto un sufrimiento que lo precede.

Cada entrevista a la que concurrían los padres de Sofía, la siguiente sesión no concurría nadie. Esto se repitió varias veces, lo cual me llevó a realizar diferentes hipótesis del porqué de esta situación. Y en lo referente a esta circunstancia, acuerdo con Blinder respecto al posible sentimiento de narcisismo vulnerado de los padres, ya que la sensación que me generaba cada vez que se hablaba con ellos, era como si se sacudieran los cimientos que sostenían algo muy alto. Ellos mismos realizaban un constante cuestionamiento acerca del ideal y la realidad de su hija y eso era algo que los hacía “sacudirse”.

De todos modos, creo que es alentador que esto suceda, ya que da cuenta de que por un lugar u otro se sienten, implicados como parte de ese “algo” que les ocurre con su hija. “El análisis de niños necesariamente moviliza por lo menos algo en los padres”. (Sirota, 2006, p.8).

Más allá del ejemplo anterior, pueden existir ocasiones en las que vemos en el niño la manifestación de algún síntoma, pero debemos evitar naturalizarlo, dándole espacio a la pregunta ¿para quién es visible y para quien no? Quizás en nuestro espacio se haga bastante más evidente y no naturalizado, pero muchas veces para los padres es más accesible consultar, por ejemplo, por una falla en lo académico y no directamente por las implicancias que conlleva el síntoma.

Blinder, et al. (2008) expresan de forma muy adecuada en lo que respecta a la implicancia de los padres con el síntoma del niño, cuando se presenta también algún tipo de variación referente al aspecto escolar.

Tendría mejor pronóstico cuando hay una identificación de los padres con el sufrimiento sintomático del hijo. Por ejemplo, es frecuente que los padres, frente a

una dificultad de aprendizaje, se identifiquen más con la exigencia escolar que con el sufrimiento y la herida narcisista que la familia produce en el niño. Si se identifican con la exigencia duplica la exigencia superyoica; si se identifican con el sufrimiento, pueden escuchar lo que impide al niño aprender (p. 42)

En cuanto a Sofía, nos encontrábamos por un lado, ante una enuresis que formaba parte de lo “no dicho” en el espacio de consulta, y por otro, ante una supuesta dificultad de aprendizaje de la cual se hablaba constantemente e incluso la madre llevó varios papeles que “avalaban” de cierto modo la presencia de dicha dificultad. Definitivamente, a estos padres les era más accesible en ese momento, poder identificarse con la exigencia superyoica que remitía a aspectos de los mandatos académicos, antes que identificarse con el sufrimiento del niño, con su propio sufrimiento, para luego poder comenzar a entender la relación que esto tenía con el aprendizaje escolar de la niña.

Cabe aclarar que esto no quiere decir que no haya implicancia por parte de los padres, ya que existía una implicación que se veía en el espacio de la consulta; pero como con anterioridad, el aspecto del que hasta ese momento los posibilitaba sentirse parte, era prioritariamente el académico.

Quizás era también parte del pedido de esos padres la ayuda para identificarse con ese síntoma del que no se hablaba, que formaba parte del silencio y con esto remitía al vacío, a la angustia de no saber.

Debemos detenernos a escuchar el sufrimiento que traen consigo los padres, ya que es uno de los factores que marcaron el camino que los llevó a la consulta por el niño. Para los padres es difícil poder comprender que ellos mismos están sufriendo y más cuando sienten que su hijo les falla y que ellos están fallando en el ejercicio de su parentalidad.

Muchas veces no logran expresar que ellos también sufren a raíz del sufrimiento de sus hijos, así como tampoco pueden contener a esos niños. Y esto forma parte de nuestra tarea, poder identificar esos sentimientos que disfrazan el sufrimiento, poder ayudar a canalizarlo y comprenderlo como tal.

Al respecto, Bleichmar (2005) en uno de sus ejemplos sostiene:

El sufrimiento o ansiedad de Sarah era un disparador de ansiedad en los padres que se expresaba mediante irritación, malos modos, críticas y rigidez. Pocas veces los encontraba en condiciones afectivas que pudieran ejercer un efecto consolador o benéfico sobre la niña (p. 88).

Tanto el desplazamiento como la negación de la angustia, dejan entrever vestigios de que algo no funciona bien. Aquí me gustaría dar paso al concepto de **herida narcisista**, siguiendo a Blinder, et al. (2008) los cuales sostienen que “la herida narcisista representa el reconocer que algo no funciona bien en el hijo” (p. 36).

Esto me remite a la importancia que conlleva el acto de que los padres puedan poner en palabras aquello que no concuerda con el funcionamiento esperado de sus hijos. El hecho de que por lo menos uno de los padres logre cuestionarse acerca de su hijo real y su hijo ideal es un buen recurso para poder profundizar en un espacio de psicoterapia.

Existen ocasiones en que los padres pueden llegar a expresar de algún modo cierto miedo o temor a la consulta psicológica, ya que traen consigo la fantasía de la culpabilización por parte del profesional; pueden imaginar que el profesional les va a decir algo así como que todo lo que no funciona bien en su hijo es por culpa de ellos, y eso de desgarrador para una pareja de padres.

“Pero no todos los padres consultan, pueden llegar a vernos sin consultar. En ese caso, no consultan pero demandan. El niño ha herido la imagen del narcisismo paterno, o bien molesta por su falta de ajuste a lo esperado de él” (Flesler, 2007, p. 142).

Como bien plantea Flesler, se puede ver en estos casos una demanda en relación al narcisismo parental. El niño no se ajusta, no sigue las reglas del contrato que fue establecido de antemano. Tal cual plantea la autora, es allí donde puede radicar la esencia de la demanda parental, en exigirnos que hagamos algo con ese niño que no se ajustó a lo que ellos querían o de la forma que ellos pretendían. No les interesa cuestionarse qué le ocurre a su hijo, sino demandar que hagamos algo con respecto a eso. No consultan, sino que demandan, exigen.

Según Jaroslavsky (2008) El Contrato Narcisista se instaura gracias a una preinvestidura o precatectización del niño por parte del grupo (el grupo familiar) como una voz futura que ocupará el lugar previamente designado para el infans. Por lo tanto el grupo anticipa el rol proyectado sobre el niño que éste debe jugar, también proyecta sobre él su modelo ideal, sobre la creencia en la permanencia y la perennidad del conjunto social.

Si el niño se desvía de la línea que fue proyectada de antemano, va entonces por un camino diferente, el cual es angustiante para la familia, porque tienen que

trazar un nuevo camino con él y no seguir caminando por encima de la línea media. No cumple con lo establecido, y esto molesta, enoja, aparta, pero allí es donde radica nuestra tarea, en estimular a los padres a que se reinventen en conjunto con su hijo, que se sientan parte de la proyección de múltiples y posibles líneas a seguir.

“Escuchar a los padres supone muchas veces ser requerido y está dispuesto a sostenerlos y contenerlos en su profundo dolor” (Schroeder, 2001, p. 6). Aquí hay presente un conjunto de necesidades. Nosotros los profesionales, también precisamos contenerlos y ayudarlos a que su estado emocional sea el adecuado para sostener el espacio de su hijo. Es necesario que los padres vean que a medida que ellos se involucran y colaboran con el avance del tratamiento, su hijo también lo hace y eso alimenta el narcisismo parental de forma positiva.

Ψ *Invariantes funcionales*

Siguiendo la línea de pensamiento de Costas (2009), cuando los padres llegan a la consulta se encuentran en un “momento de vacilación respecto del lugar que les corresponde ocupar.” (p. 46). Tal era el caso del padre de Sofía, el que se cuestionaba su función paterna y afirmaba que la madre ocupaba un lugar que a él le gustaría ocupar.

Esto me lleva a pensar en el planteamiento que realiza Sara Amores (2000) sobre las **invariantes funcionales**, es decir, sobre la función de sostén por un lado, relacionada a la función materna, y, por otro lado la función de corte, relacionada a la función paterna. Como hipótesis, me cuestiono acerca de la relación que pueda tener este deseo del lugar y la función del otro miembro de la pareja parental con una posible rivalidad o competencia narcisística entre ambos padres.

Costas (2009), plantea lo siguiente: “Si acordamos que las funciones parentales son esenciales para la constitución de un sujeto, nuestro accionar se orientará a preservar dichas funciones” (p. 46)

Estoy de acuerdo con las palabras que plantea la autora ya que es más que esencial y estructurante para el sujeto, poder constituirse como tal, tomando como base las funciones parentales. Aquí no se plantea que la función de sostén debe ser mantenida por la madre, y la de corte por el padre, sino que simplemente tienen que estar presentes para el correcto desarrollo del sujeto. Mientras esté presente la función, quién la cumple no va a ser lo más relevante.

Tal como bien señala Bleichmar (2005) “Tanto la maternidad como la paternidad no son solo experiencias subjetivas o roles asumidos, sino que constituyen categorías sociales”. (p. 22).

Entiendo entonces, que el hecho de ser madre o padre forma parte también de un contrato social, que del mismo modo que ocurre con el contrato narcisista, se esperan ciertas cosas de esas figuras que van a ocupar dos personas como madre y padre de un niño. Hay algo ya establecido que va más allá del deseo que tenga cada uno de ocupar tal o cual lugar, y que se relaciona con la cultura de la sociedad de la que formamos parte.

Como dije anteriormente, con el padre de Sofía ocurría que se cuestionaba en el espacio de la consulta su función paterna y expresaba que la madre de la niña ocupaba el lugar que a él le gustaría ocupar. Es interesante plantear interrogantes acerca de este deseo de estar en el lugar que no está ¿El padre pensará que puede hacer las cosas de mejor manera que la madre? ¿Forma parte de la rivalidad narcisística parental? ¿O por ser hombre y al haber un mandato social debe ocupar el lugar de “padre” cumpliendo la función de corte?

Lacan sostiene que la concepción sobre la estructura edípica como diferente al Complejo de Edipo es la base para comprender los conceptos de función materna y paterna. La estructura edípica es descrita como una organización caracterizada por posiciones o lugares que van a ser ocupados por personas, la estructura precede a las personas que van a ocupar esos lugares, como ocurre entre el argumento de una obra teatral y los actores que la representan. Lacan agrega que el lugar o posición dependerá o será función de algo que circula entre ellos. (Bleichmar, 2005. p. 450).

Entre las palabras de Bleichmar, citando a Lacan, destaco la frase “la estructura precede a las personas que van a ocupar esos lugares, como ocurre entre el argumento de una obra teatral y los actores que la representan”, sería importante agregar que tenemos que procurar que los papeles de la obra estén ocupados y asumidos, ayudando al actor a encontrarse con el personaje.

De todos modos, remarco lo que dije anteriormente, considero importante enfocar el tratamiento en una zona de trabajo que es “lo parental”, dejando como secundario, pero no por ello sin importancia, el lugar que ocupan o quieran ocupar los padres, ya que si nos enfocáramos en eso se perdería la riqueza que se genera en el medio, en esa amplia zona que abarca el vínculo parental, familiar y de la pareja.

El hecho de trabajar sobre la zona parental, coloca a los padres en un lugar diferente al de paciente. Debemos trabajar sobre estos padres para el desarrollo de habilidades en mayor medida, de sostén, ya que estas son necesarias para el establecimiento de una alianza de trabajo, la creación de nuevos sentidos y la posterior elaboración.

En el espacio del tratamiento se asientan las funciones de sostén y corte. Por un lado, se despliegan características propias de la interdicción, que las otorga el establecimiento de un encuadre, con sus propios límites, pero que a la vez también contiene; funciona como un espacio contenedor auxiliar al espacio materno.

En el caso del papá de Sofía, él expresaba su deseo por ocupar un lugar de sostén, ya que por motivos que no se profundizaron, parecía no sentirse cómodo desplegando una función de corte. De todos modos, era importante aprovechar la instauración de este deseo en favor del espacio del tratamiento.

Se le permite y se lo alienta a desplegar el sostén del tratamiento, pero es importante hacerle saber que se realiza de forma funcional ya que luego de culminado el proceso, la función tiene que seguir presente, pero ya no dentro del espacio del análisis sino articulada al vínculo parento – filial en el día a día de la familia.

Hay un tercer lugar que va más allá de las funciones parentales clásicas y que aparece inmerso en la situación analítica que es la figura del psicólogo.

El niño realiza una construcción de esta figura ya desde antes de llegar a la primera consulta, ya sea porque los padres le transmiten algo o se lo esconden, que de igual manera implica la transmisión de un mensaje.

El lugar y la importancia que como analistas adquirimos y poseemos para un niño en un tratamiento está pautado, desde el comienzo y a lo largo de todo el trabajo, por los padres. " (...) Son los padres los que contribuyen a sostener la creencia en el saber y el poder del analista" (Schroeder, 2001, p.8).

Hay muchas fantasías y expectativas en lo que respecta a la figura del psicólogo. La angustia o ansiedad que puede generar en los padres acudir a la consulta psicológica, radica en la dualidad de posibles devoluciones que el psicólogo podría realizar; es decir, por un lado puede ser que se haga una aproximación a la problemática, pero también existe la posibilidad de que el psicólogo sea la primera persona que le transmita a los padres que lo que los alarma en su niño es acorde o esperable. Siendo esto un gran alivio para los padres. (Bleichmar, 2005, p. 436),

“El vínculo entre el niño y el analista deberá ser sostenido por los progenitores. Dicho sostén no será uniforme ni progresará en forma lineal. Se verá sometido a avatares transferenciales” (Schroeder, 2001. p.9).

Los padres siguen siendo la pieza clave incluso en lo que respecta a lo que los niños transmiten de su espacio de psicoterapia así como del analista. Son figuras de relevancia siempre. Como ocurre en la mayoría de los aspectos anteriores, es esencial también en este punto lo que se transmite al niño por parte de los padres.

En otras palabras Mannoni (1979, p.139) habla de los lugares y las funciones de cada uno de los miembros de la situación analítica. Por un lado, presenta al “niño – problema” el cual es el portador de la problemática de la pareja parental; por otra parte habla de un pareja de padres que preguntan a través de su hijo y que se encuentran atravesados por estructuras ocultas que rigen la vida colectiva, y en un tercer lugar deja ver la figura del psicólogo con el rol de “permitir que la palabra sea”. Cuando se permite que la palabra de los padres “sea”, es cuando la relación analítica desarrolla una posibilidad de apertura a un proceso transferencial.

Ψ *Transferencias (s)*

Las intervenciones con niños traen de forma implícita el trabajo con sus padres, lo cual complejiza y pluraliza cada uno de los conceptos y procesos. En lo que respecta al concepto de **transferencia** en la clínica de niños, lo más adecuado para su comprensión sería hablar de transferencias en plural o múltiples transferencias

Es interesante poder ver lo que plantean los distintos autores sobre la transferencia y la presencia de los padres en los espacios de los niños.

Por un lado, Freud (1986) sostiene: “En el niño, donde se podría contar con los mayores éxitos, hallamos las dificultades externas de la situación parental, que, empero, forman parte de la condición infantil” (p.142).

Blinder, et al. (2008) siguen una línea similar al exponer que “Hay una situación transferencial peculiar en el análisis con niños que suele complicar los tratamientos: la transferencia que se desarrolla con los padres” (p. 69)

La incertidumbre que genera la presencia parental provoca molestias por el hecho de no saber en muchas ocasiones cómo manejar esta situación que hace que nos interpelemos acerca del ideal de trabajo. A esto se le suma el desarrollo de un proceso transferencial que tenemos que encontrar la manera de incluirlo en el tratamiento del niño y trabajar también en base a esta transferencia ya que es un factor que a futuro

sumará para conformar el desarrollo de la alianza de trabajo firme. Pero como bien dice Freud, los padres son parte de lo que componen la condición infantil y se funda en las bases de cada uno de los terapeutas infantiles el hecho de querer y tener que trabajar entorno a lo parental.

Es importante poder pensar en esa aparente complicación, como la zona más rica de trabajo, la básica, la esencial y necesaria para llevar adelante un tratamiento, pensar a la transferencia como el punto donde se encuentran las intersubjetividades de los que componen la situación analítica.

Una de las primeras palabras con las que comencé esta monografía, fue con la idea de que los niños no llegan solos a la consulta, pero creo que tampoco debemos precipitarnos en buscar un lugar a los padres. Tanto nosotros como los padres y los niños, tenemos que aprender a construir, y una construcción implica primero que nada un deseo, luego un pensamiento, luego una planificación y recién ahí comenzamos paso a paso y en conjunto a crear artesanalmente un lugar de trabajo para los padres. Pero siempre debemos ser cautelosos porque son ellos quienes sostienen la base, y esa base se funda en el deseo; sin deseo parental no hay proceso que perdure.

Al respecto, Costas (2009) refiere que: “No hay un verdadero análisis que pueda sostenerse sin la transferencia de los padres” (p. 46).

Justamente, precisamos que los padres cumplan con su función de sostén del análisis. Es a esta función de sostén por la que nos tenemos que preocupar en buscarle un lugar para ocupar y no a la figura de los padres.

El desarrollo de una transferencia parental, es el paso previo para la conformación de una alianza terapéutica de trabajo, lo cual profundizaré más adelante. Es por esto que se torna elemental poder tomar la transferencia parental como una apertura y no como una barrera en el momento de desplegar nuestra labor. “Manejar la transferencia no es manejar a los padres sino potenciar nuevos significados”. (Bruno, 2014, p. 51)

A la hora de llevar estas concepciones a la clínica, sería importante tener en cuenta las palabras de Blinder, et al. (2008) respecto a las transferencias:

El adulto repite lo que vivió, pero el niño repite lo que vivió y lo que está viviendo. Hay algo de contemporaneidad en su repetición. (...) La transferencia se presenta bajo la forma del amor, y el amor de transferencia es el motor del proceso analítico. En la demanda de ser amado se intenta restaurar la situación constructiva del sujeto: ha de ser amado, libidinizado, y narcisado por otro para llegar a ser sujeto.

Es desde el narcisismo de los padres, el narcisismo primario, desde donde se comienza a organizar el niño (p. 64 - 65)

Estas últimas palabras son para mí, las que contienen la esencia del mensaje. Desde ese narcisismo primario que se reedita hoy en los padres a través de la transferencia que se genera con un terapeuta por la problemática de su hijo, es desde donde el niño desarrolla la contemporaneidad de su repetición.

Tomando como dos grandes grupos a los padres y al niño, ambos piden ser reafirmados y reconstruidos como sujetos a través del amor, el narcisismo y la libido que le ofrece el otro. Ese otro, por un lado, para los padres lo conforman su hijo y el terapeuta, mientras que por otro, para el niño también lo es el terapeuta y lo son sus padres.

Ψ *Alianza terapéutica o de trabajo*

Tal como fue mencionado con anterioridad, el establecimiento de la transferencia parental, conforma un paso previo a la instauración de la **alianza de trabajo** que se convendrá con los padres. Como primer aspecto a tener en cuenta, Bleichmar (2005) señala que siempre es conveniente tomar “alguno de los aspectos positivos de la relación” para contribuir de ese modo a la creación de la alianza terapéutica. (Pág. 494). Siempre partir de lo que ya se tiene, y de eso tomar la parte más positiva.

A grandes rasgos, se entiende por alianza terapéutica o de trabajo al “fenómeno más racional que se daría entre ambos componentes del vínculo facilitado por el encuadre”. (Greenson, 1967). La misma conforma un proceso intermedio entre el establecimiento de la transferencia parental y el futuro éxito del tratamiento.

(...) la alianza terapéutica es un concepto que designa 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. Se considera que se trata de un acuerdo entre el terapeuta y la parte adulta, la parte sin conflicto o más racional del paciente, en el caso de los padres, con los aspectos conscientes, racionales y colaboradores con la tarea de trabajo terapéutico por la que acuden. (...) los psicoanalistas de niños que trabajan con los padres consideran esencial esta alianza. (Bleichmar, 2005, p. 425 - 426).

Sandler, J., Dare, Ch., Holder, H. (1973), se refieren a una relación que permite trabajar de forma intencional en un tratamiento aceptado por el paciente, suponiendo que al establecerse un acuerdo de alianza de trabajo, el paciente y el analista se identifican con las metas del tratamiento.

Esta concepción debe ser trasladada a los padres entorno al espacio de sus hijos. Ellos son los que tienen que realizar una apertura de su parte más racional y utilizarlo para trabajar activamente en el tratamiento. Las metas y objetivos a alcanzar deben ser pensados y plasmados en conjunto y se deben establecer modalidades de trabajo para lograr los mismos. El compromiso con el tratamiento debe ser consistente, tiene que hacer sentir su peso. Si los padres se sienten identificados, el proceso avanza ya que la identificación implica asimilar aspectos exteriores, en este caso, aspectos de las metas planteadas en el tratamiento, y utilizarlos para avanzar.

(...) “el principio básico del trabajo terapéutico con los padres, no se trata de ponerlos en cuestión, sino de ampliar su capacidad de atribuir significados a la conducta o reacciones de los niños”. (Bleichmar, 2005, p. 95)

No es deber del psicólogo cuestionar a los padres sobre su forma de ejercer las paternidades y maternidades, sino que se tiene que pretender ampliar su abanico de sentidos para que ellos logren contener de forma adecuada los malestares de sus hijos, sobre todo la angustia, así como poder adaptarse a los diferentes “sí mismos” de sus hijos.

Esta terminología de los “sí mismo”, es utilizada por Hernan Alvarez en la reseña que realiza del libro “Negociando la Alianza Terapéutica. Guía para el tratamiento relacional” de Safran y Muran (2000). El autor sostiene que cada persona tiene múltiples “sí-mismos”, o estados interdependientes que emergen en diferentes momentos, según los contextos relacionales. La terapia no persigue integrar las diferentes partes del self, sino facilitar el diálogo entre ellas, ya que experimentar y aceptar la multiplicidad de sí mismos para un paciente es una parte del proceso de cambio.

Al niño no se lo puede encerrar en una forma correcta de ser, sino que hay que colaborar con los padres y con el niño a que dialoguen y aprendan a relacionarse con cada “sí mismo” del niño; es necesario que los padres acepten la multiplicidad, las diferentes versiones de su hijo. De todos modos, es importante tener en cuenta que los padres también son sujetos con “sí mismos”, y esto tiene que poder ser articulado a la hora de realizar cualquier tipo de intervenciones.

Un acuerdo de trabajo constante es beneficioso para el tratamiento en general ya que desde el lugar del niño, “la propuesta de trabajo con los padres (...) le permite percibir rápidamente que se le saca del lugar de depositario exclusivo del problema”. (Aznar, 2009, p. 297), generando esto una apertura visible en el tratamiento.

Por otro lado, “los padres se sienten más conscientes y menos culpabilizados al ser incluidos en los procesos terapéuticos” (Aznar, 2009, p. 298), lo cual los carga de un monto de responsabilidad necesario para el avance; sentirse responsable del problema y a la vez ser el motor de búsqueda de la solución, aumenta en su totalidad el compromiso, la implicancia, la motivación y el interés.

La alianza terapéutica debe ser considerada como el factor central y genérico para alcanzar las metas del tratamiento. Este factor debe ir acompañado de una sintonía afectiva, lo cual distingue al terapeuta en sus características personales.

La empatía por un lado y la búsqueda del éxito del tratamiento por otro, son elementos que estructuran al analista en la situación clínica y que el paciente valorará de forma positiva, redundando esto directamente en el espacio del tratamiento y en la calidad del vínculo.

Se debe actuar de manera profesional a la hora de tratar tanto con un niño como con sus padres, incluyendo siempre cierto monto de afectividad, propiciando así una evolución favorable del tratamiento. En esencia, la demanda de ser amado está siempre presente, y a esta demanda se le debe dar el espacio correspondiente.

Si los pacientes experimentan el vínculo terapéutico como un entorno que ampara y que ofrece seguridad y apoyo para su comportamiento exploratorio independiente, se fortalecerá su habilidad para suspender reacciones defensivas y mejorará la capacidad para aprender maneras más adaptativas de enfrentar situaciones previamente amenazantes (Jiménez, 2005, p.7).

Toda aquella experiencia y / o recuerdo que vaya acompañada de un afecto será la que quede asentada. Un vínculo, como lo es el terapéutico, si es acompañado de una carga afectiva positiva, donde los padres sienten seguridad y apoyo, generará una posibilidad de apertura a nuevas o diferentes modalidades de vincularse con su hijo. “La nueva relación con un adulto será para el niño una fuente de activación de distintas dimensiones de su psiquismo: autoestima, afectividad, estimulación cognitiva y emocional” (Lanvedo, 2001 citado en Bleichmar, 2005, p. 450).

La alianza terapéutica será promovida en por lo menos uno de los referentes adultos, así como en el niño. Es importante exigir un poco más en los adultos, ya que

aquí es donde radica gran parte del trabajo de lo parental como zona de trabajo. Para que los padres se sientan capaces y con deseo de sostener, hay que brindarles una buena base donde pararse, advirtiéndolos de los movimientos, pero generando compromiso.

Se debe aspirar a que se generen movimientos intersubjetivos en la familia o en el lugar que habita el niño, para así poder sostener la eventualidad de un posible cambio.

Existe la posibilidad y es anhelado que en el niño se produzca algún tipo de cambio, pero en lo que se refiere a lo parental, es más acorde hablar de movimientos habilitantes para elaborar la apertura de nuevos o diferentes sentidos de lo habitual.

La apertura a nuevos sentidos requiere del desarrollo de un proceso de madurez psíquica para poder acontecer como tal. Es por ello que creo pertinente continuar con la concepción psicoanalítica de "Insight" e ir de este modo cerrando el desarrollo de la presente monografía.

Ψ *Insight*

Es adecuado en este punto, mencionar el término psicoanalítico "**insight**" como expresión de la madurez psíquica necesaria para que los padres puedan pararse de forma firme ante la posibilidad de un cambio. No se trata solamente de que éstos sean conscientes de que en ellos radica la esencia y la posibilidad del cambio, sino que tienen que apropiarse e instaurar allí gran parte de su deseo.

El insight como proceso es importante que suceda en el niño a su manera, más allá que la esencia de su acontecer debe estar presente en los padres, ya que como se desarrolló a lo largo de todo este documento, hemos venido trabajando para que la fortaleza de lo parental radique en el sostén y en el compromiso con el tratamiento de sus hijos

Segal (1965) define al insight psicoanalítico como "la adquisición del conocimiento del propio inconsciente mediante la experiencia consciente y, en la mayoría de los casos, la capacidad para reconocer explícita y verbalmente procesos hasta entonces inconscientes" (p. 2).

De eso se trata la madurez psíquica, de llegar a capas profundas del inconsciente utilizando como vehículo el propio sistema consciente; de alcanzar a través de la palabra el conocimiento de lo que hasta ahora formaba parte de un sistema latente.

El insight solo puede experimentarse en la relación transferencial previa (Segal, 1965, p. 2), entendiéndose por lo tanto, que es un trabajo en conjunto y que la figura del psicólogo es sumamente importante para alcanzarlo, ya que se sucede allí, donde se instala lo transferencial.

La relevancia de alcanzar el insight en relación a la pareja parental, es importante ya que este conocimiento "(...) capacita a la persona para manejar sus propios sentimientos y el mundo exterior en términos más realistas". (Segal, 1965, p. 3). El hecho de que los padres tengan instalado su deseo en el tratamiento del niño, es lo que los va a capacitar para manejar sus sentimientos y poder comprender, pero sobre todo, contener de forma adecuada, los sentimientos y las vivencias de sus hijos.

Antes de alcanzar el momento del insight, transcurrió un proceso de trabajo previo, en el cual sucedieron movimientos que fueron reestructurando a los distintos integrantes de la situación analítica.

El insight es el momento en que los esfuerzos conjuntos del analista y del paciente llegan a la toma de conciencia. (...) entre tanto, algo ha pasado: se ha superado un obstáculo, se ha reintegrado algo que estaba clivado, se ha modificado la situación objetal interna del paciente y, en menor medida la del analista. (Madeleine, 1964, p. 10).

En el caso del trabajo con la zona parental, volvemos a retomar ese conflicto familiar latente que se condensa en la problemática del niño. Tanto cuando el niño como los padres, logran contactarse con la naturaleza de este conflicto, es cuando se alcanza el insight. Cada uno tomará conciencia de forma diferente, y el niño lo hará con sus propias características que distinguen a la infancia. "El niño hace insight con sus propias características a través de su tendencia a la negación, al desplazamiento, a la proyección a su aferramiento al principio de placer". (Sirota, 2006, p. 4).

"Insight como el proceso a través del cual alcanzamos una visión nueva y distinta de nosotros mismos" (Valdivieso, S., Ramírez, C., 2002, p. 2).

Al decir "nosotros mismos", el autor deja de referirse solamente a los pacientes, involucrándose ella también de cierta manera. El insight se tiene que dar como ese proceso en el cual la nueva visión o visiones abarcan tanto al paciente como al terapeuta y en el caso de la clínica de niños, a los padres. Cada uno a su manera se tiene que ver sorprendido, interpelado y cuestionado por una visión que difiera en algún aspecto con la habitual.

Por otra parte, los autores Bayo (2006) y Etchegoyen (1986) plantean una relación directa del concepto de insight con el de elaboración, como indicador de avance en el tratamiento.

Por un lado, Bayo (2006) sostiene que " (...) si el proceso psicoterapéutico avanza, vemos (...) que de repetir pasa a elaborar. (p. 16), lo cual para nuestro espacio se hace altamente visible. La elaboración es significativa cuando sucede y el paciente lo hace notar.

Por su parte, "Etchegoyen plantea que los procesos de insight y elaboración están estrechamente relacionados. Habría aquí una diferencia notable respecto al concepto mas popular de insight en el sentido de un conocimiento súbito e iluminador". (Valdivieso, et al., 2002, p. 3).

El insight va más allá de hacer consciente lo inconsciente. Se trata de escuchar algo, tomar conciencia, apropiarse y elaborarlo. Como bien dice Etchegoyen, va más allá de un "conocimiento súbito e iluminador". Se llega a ese punto porque se trabaja para alcanzarlo.

Al respecto, Valdivieso, et al. (2002) citando a Freud " de acuerdo a Freud en su trabajo recordar, repetir, reelaborar, la elaboración seria el proceso que va desde que el paciente toma conocimiento de algo que le dice el analista que, venciendo sus restricciones, lo acepta con convicción". (p. 3).

De todos modos, la elaboración es un proceso y no por el simple hecho de decirle algo al paciente o a su familia, éstos lo van a elaborar e inmediatamente crear nuevos sentidos, sino que como en casi todos los procesos, sin deseo y convicción adicional a la del tratamiento no se podrán "crear nuevas maneras de satisfacción". (Valdivieso, et al. 2002, p. 3).

"Para que exista un nuevo conocimiento, es necesario destruir las teorías o al menos incluirlas en un contexto más amplio que vincule elementos desconocidos e incluso opuestos". (Valdivieso, et al. 2002 p. 4).

Los autores plantean la elaboración como el camino que recorre el insight hasta su nuevo desarrollo, incluyendo la capacidad de integrar y sintetizar nuevos conocimientos del yo; "insight como creador de nuevos aspectos de la reorganización psíquica". (Valdivieso, et al. 2002 p. 4).

A esto, le suman una elaboración reflexiva la cual surge a partir de la interpretación en el sentido de que se da un nuevo contexto a los contenidos que entrega el paciente.

Este nuevo contexto tiene que ver con nuevas teorías que amplían y profundizan la visión de sí mismo.

“(…) para poder tener insight se requiere un control sobre la descarga de afectos, es decir, el paciente debe ser capaz de tolerar afectos displacenteros. El yo debe ser capaz finalmente de tolerar la nueva posición, elaborarla, asimilarla e integrarla conectándola con el funcionamiento cotidiano”. (Valdivieso, et al. 2002, p. 5).

No menos importante es la realidad de tener que integrar la nueva posición o posiciones al funcionamiento de la vida cotidiana, tener que amoldar y adaptar lo que se generó dentro del espacio de la consulta a la cotidianidad del niño y su casa, el niño y su familia, el niño y la escuela, así como el niño consigo mismo. Mientras el yo de los padres no sea capaz de pensar, tolerar y elaborar aspectos que conlleven una carga de afectos displacenteros, no va a ser posible alcanzar el insight.

De forma conjunta, es interesante cuestionarse acerca del papel que juega el insight en relación a la posibilidad de un cambio psíquico en el paciente.

Para que los padres puedan sostener un cambio en el niño, tiene que ser como fruto de largos procesos y de mucho trabajo en torno a la zona parental, por lo cual no sería aconsejable que esto fuera planteado como meta en procesos cortos como el SAPP; para hablar de cambio psíquico tiene que darse otro tipo de procesos. Podemos hablar, en espacios de tiempo limitado, de metas como la adquisición de nuevos sentidos, o de ampliar horizontes, pero no es adecuado introducir el término cambio psíquico.

Es importante destacar que el cambio no debe implicar la sustitución de las formas de pensar y sentir del niño por formas adultas, sino que se trata de articular las formas propias de vivir, sentir y pensar de la adultez con las de la niñez, construyendo una forma saludable de vincularse.

La madurez psíquica debe llegar a un punto de evolución en el cual puedan convivir y adaptarse de forma no patológica, los diferentes psiquismos.

De todos modos es importante poder considerar “el grado de tolerancia de los padres frente a futuros cambios, cuando las cosas comienzan a moverse”. (Blinder et al., 2008, p. 35).

Al considerar esta afirmación, hay que tener en cuenta aspectos como ser:

Ante la eventualidad de alguna variante en el niño, se hace necesario poder reafirmar las redes con las que cuenta el mismo. Más allá que se haya alcanzado un nivel importante de profundidad con los padres se tiene que generar una apertura

vincular, antes que un cambio, y si es necesario, plantear a los padres la posibilidad de un espacio aparte para ellos como apoyo.

Restablecer el equilibrio del funcionamiento interno de los diferentes sistemas psíquicos, redundara de forma directa en la evolución de cada uno de los miembros de la familia, así pues, por un lado “el hecho de comenzar a experimentar cambios en los niños ayuda a que los padres restablezcan su valoración como padres e implica alcanzar un equilibrio narcisista”. (Bleichmar, 2008. Pág. 97), mientras que por otro lado, “el niño se motivará hacia el crecimiento en la medida que considere que ese es el deseo de sus padres”. (Bleichmar, 2008. Pág. 278)

Para finalizar este apartado y con él comenzar el cierre del trabajo, quisiera incluir las ideas de Schkolnik (2013) la cual refiriéndose a lo que se entiende por nuevos sentidos en el análisis, distingue significado de sentido. “Mientras que el significado supone una relación universal, fija con el referente, el sentido se aplica a lo singular, es siempre móvil y relativo; varía según el lugar, el momento, los interlocutores y el objeto del que se trata”. (p. 24)

En muchos casos, la consulta terapéutica se convierte en una oportunidad para construir la historia de lo vivido, para poner en relación hechos y significados que durante la experiencia fueron registrados pero han quedado aislados por falta de un sentido que permita su codificación adecuada para poder evocarlos y recuperarlos en una historia coherente. La indagación en la consulta opera como un reorganizador, como una especie de detector que captura fragmentos del pasado que se hallaban dispersos y sepultados por la falta de una red de significación que los unificara en un episodio evocable. (Bleichmar, 2005, p. 430).

Ψ Consideraciones finales

Luego de haber realizado el recorrido teórico a través de los diferentes componentes que estructuran la situación analítica, y abordando todo desde la zona parental, es que quisiera resaltar la palabra **deseo**. Este término acompañó el recorrido y tuvo su lugar en cada uno de los apartados, no de forma intencional sino que me vi sorprendida al darme cuenta que cada uno de los componentes de esta zona de trabajo surgía, se movía y lograba desarrollarse como tal, en base a un gran monto de deseo parental.

(...) “el niño se motivará hacia el crecimiento en la medida que considere que ese es el deseo de sus padres”. (Bleichmar, 2005, p. 278).

Los padres tienen que ser capaces de transmitirle a sus hijos el deseo que depositan en el crecimiento; crecimiento que trasciende el plano de lo físico y abarca aspectos emocionales, así como vinculares y de pareja. La transmisión de este deseo tiene que distinguirse de una necesidad o de una demanda parental.

Laplanche, J. y Pontalis, J. (1996), refiriéndose a Lacan, sostienen:

La necesidad se dirige a un objeto específico, con el cual se satisface. La demanda es formulada y se dirige a otro; aunque todavía se refiere a un objeto, esto es para ella inesencial por cuanto la demanda articulada es, en el fondo, demanda de amor. El deseo nace de la separación entre la necesidad y la demanda (p. 97).

Un deseo que puede llegar a la consulta disfrazado de demanda, pero que por medio del trabajo del psicólogo, debería poder salir a la luz. Articular y distinguir la necesidad con la demanda y el deseo, y sostener para que ese deseo sea colocado en el espacio del tratamiento.

Por otra parte, Blinder, et al. (2008) mencionan a Freud como el expositor de la idea de que el mayor deseo que tiene un niño es el de llegar a ser adulto. Trabajar en conjunto para la articulación y conjugación de los deseos, puede concebir en el entorno familiar resultados sanos a futuro o por lo menos generar modos de vida que no tiendan al conflicto o a la patología.

Al crear un foco de trabajo en la zona parental, les estamos pidiendo a los padres de forma implícita, mayor sostén, tolerancia, apoyo, motivación y sobre todo deseo puesto en el espacio. Esto puede conllevar a que se genere cierto desgaste psíquico, pero buscando en las herramientas, debemos encontrar o crear alguna para procurar que no se fatigue el espacio de lo parental. Es trascendental poder reinventarse como

psicólogo, no sólo con cada uno de los pacientes, sino más bien en cada uno de los encuentros dejarse sorprender y no tratar de anticiparse ni predecir.

Como forma de realizar una conjunción de las diferentes particularidades que fueron surgiendo a medida que fui transitando el recorrido bibliográfico, destaco aspectos que son claves a la hora de trabajar en la zona parental. Forma parte de nuestro trabajo y de nuestra responsabilidad contribuir para que los padres logren contactarse con su angustia, apropiarse del deseo, responsabilizarse de que se trata de una problemática parento-filial, de un conflicto condensado; que logren poner en relación hechos y significados, utilizando la consulta como espacio de apertura y reorganizador; darle contenido y sentido al encuentro; ampliar la capacidad reflexiva. Siempre dando tiempo y espacio a la demanda para su estructuración.

Mediante el trabajo en la zona parental se busca el encuentro de las diferentes intersubjetividades, moviendo lo naturalizado, generando aperturas o por lo menos sentidos. Siempre manteniendo como pilar que el hecho de trabajar en base a una problemática parento filial es lo que hará que el tratamiento se prolongue en el tiempo y le otorgue profundidad.

En lo que a mi experiencia personal corresponde, el hecho de haber realizado el recorrido teórico de forma posterior a la experiencia práctica, hizo que la zona parental se convirtiera más desafiante para mí. Es un desafío pensar la práctica clínica, sobre todo cuando se trata de tiempo limitados, ya que hay que ser capaz de sacar provecho, de explotarla, de saber intervenir para que los padres reflexionen y analicen en torno a ella, pero que esas reflexiones tengan la fuerza suficiente como para poder aplicarse en el entorno de la vida diaria.

La zona parental es ese lugar donde estamos habilitados a intervenir, donde no se ubica a los padres en el lugar de pacientes, ya que ser paciente implica la pasividad de la persona que espera; el reto justamente radica en trabajar en una zona que saca a los padres del lugar pasivo, del lugar de espera, buscando movimiento y trabajo activo por parte de la pareja parental.

Está en las habilidades del psicólogo ayudar a ordenar las piezas que conformarán al futuro adulto, pero sin dejar de lado y teniendo siempre en cuenta que son los padres los que tiene el conocimiento más certero de sus hijos.

La terminación da sentido retroactivamente al camino analítico ya recorrido. (...) El fin del análisis de un niño necesita el acuerdo de los padres. En el mejor de los casos, de la ubicación de un sujeto, construyéndose frente a la castración y a su deseo, pero esto no garantiza la eficacia de ninguna suerte de predicción sobre su

futuro. (...) Se espera que se trate de un niño con una palabra propia y con posibilidad de transmitir sus angustias, pero sujetado a un Otro que lo está estructurando. (Blinder, et al. 2008, p. 238).

Ψ Glosario

RUP- Revista Universitaria de Psicología

SAPPA- Servicio de Atención Psicológica Preventivo Asistencial.

Ψ Referencias Bibliográficas

- Albajari, V. (1996) “La Entrevista en el Proceso Psicodiagnóstico”. Editorial Psicoteca. Buenos Aires
- Álvarez, H. (2000) Reseña del libro “Negociado la alianza terapéutica. Guía para el tratamiento relacional” Safran, J.D. y Muran, J.C. Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000258>
- Amores, S. (2000) “Clínica del niño y su familia. Una perspectiva vincular psicoanalítica”. Editorial Distal. Buenos Aires.
- Aznar, M. (2009) “Intervención con padres en clínica de niños” Artículo Revista Clínica y Salud Vol. 20 Num 3. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Páginas 291 – 300. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742009000300010&script=sci_arttext.
- Bayo, R. (2006) “Evaluación del cambio psíquico a través del material del paciente” En las IV Jornadas de la F.E.A.P. El cambio en psicoterapia. Segovia: Gradiva, Asociación d’ Estudis Psicoanalitics. Recuperado de <http://www.intercanvis.es/pdf/17/17-02.pdf>
- Bleichmar, E. (2005) “Manual de psicoterapia de la relación padres e hijos”. Editorial Paidós. Buenos Aires.
- Blinder, C., Knobel, J., Siquier, M. (2008) “Clínica psicoanalítica con niños”. Editorial Síntesis. Madrid.
- Bruno, G. (2014) “Significación del motivo de consulta en padres con hijos en entrevistas iniciales para atención psicológica”. Tesis para optar al Título de Magister en Psicología Clínica. Facultad de Psicología – UdelaR. Montevideo.
- Costas, A. (2009) “Tiempo de interpelación: entrevistas iniciales con niños y padres” en “Controversias en Psicoanálisis de Niños y Adolescentes” Num. 4. Recuperado de

http://www.controversiasonline.org.ar/images/stories/Controversias/controversias_n4_esp/costas_antola.pdf.

- De Souza, L. Guerrero, L. Palabé, X. (2005) "Cambio psíquico en pacientes psicóticos atendidos en psicoterapia psicoanalítica grupal y rehabilitación". Revista de Psicoterapia Psicoanalítica Tomo VII Num. 1. Recuperado de <http://www.bvpspsi.org.uy/local/TextosCompletos/audepp/025583272005070106.pdf>
- Flesler, A. (2007) "El niño en análisis y el lugar de los padres" Editorial Paidós. Buenos Aires.
- Freud, S. (1986) Obras completas- Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis y otras obras. (1932 - 1936) XXII. Editorial Amorrortu. Buenos Aires.
- Jaroslavsky, E. (2008) "Contrato Narcisista (P. Aulagnier - R. Kaës)". Artículo extraído de "Psicoanálisis e Intersubjetividad. Familia, pareja, grupos e instituciones". Recuperado de <http://www.intersubjetividad.com.ar/website/articulop.asp?id=213&idioma=&idd=4>.
- Jiménez, J. (2005) "La investigación apoya una técnica psicoanalítica relacional y flexible". Revista Uruguaya de Psicoanálisis. Asociación Psicoanalítica del Uruguay. Montevideo
- Kahansky, E., Rodríguez, M., 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. Recuperado de www.uces.edu.ar.
- Korovsky, E. (1994) "Temas de técnica psicoanalítica". Editorial Roca Viva. Montevideo.
- Laplanche, J., Pontalis, J. (1996) "Diccionario de Psicoanálisis". Editorial Paidós

- Madelein, Baranger, W. (1964) “El insight en la situación analítica”. Revista Uruguaya de Psicoanálisis. Asociación Psicoanalítica del Uruguay. Montevideo
- Mannoni, M. (1979) “La primera entrevista con el psicoanalista” Editorial Gedisa. Barcelona.
- Muníz, A. (1995) “Una experiencia peculiar: la inclusión de la entrevista familiar en el proceso psicodiagnóstico del niño”. Revista Universitaria de Psicología Numero 5. p. 53 – 56.
- Ortigués, E. (1987) “Cómo se decide una psicoterapia de niños”. Editorial Gedisa. Barcelona.
- Rodrigo, M., Máiques, M. Martín, J. (2005) “La educación parental como recurso psicoeducativo para promover la parentalidad positiva”. Recuperado de <http://www.msssi.gob.es/ssi/familiasInfancia/docs/eduParentalRecEducativo.pdf>
Edita Federación Española de Municipios y Provincias. Madrid
- Sandler, J., Dare, Ch., Holder, H. (1973) “El paciente y el analista”. Editorial Paidós. Buenos Aires.
- Schkolnik, F. (2013) “Entre el Sueño y la Vigilia”. Revista Uruguaya de Psicoanálisis (En línea) (116) Pág. 21 – 34. Recuperado de <http://www.apuguay.org/apurevista/2010/16887247201311602.pdf>
- Schroeder, D. (2001) “Conceptualizando el Lugar de los Padres en el Psicoanálisis de Niños”. Unidad de Formación Permanente de Graduados – UdelaR. Montevideo
- Segal, H. (1965) “Factores curativos en psicoanálisis”. Revista Uruguaya de Psicoanálisis. Asociación Psicoanalítica del Uruguay. Montevideo
- Sirota, A. (2006) “Elaboración en Psicoanálisis de Niños” Controversias en Psicoanálisis de Niños y Adolescentes. Buenos Aires. Disponible en http://www.controversiasonline.org.ar/images/stories/Controversias/Ano1_N1/Espanol/5_sirota%20otro.pdf

- Valdivieso, S., Ramírez, C. (2002) “El insight en psicoanálisis y sus dimensiones”. Revista Chilena de Neuropsiquiatría. Pág. 371 – 80. Santiago. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272002000400009&lng=en&nrm=iso&tlng=en.