



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Facultad de
Psicología
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

El lugar de la(s) parentalidad(es) en la clínica (situacional) infantil

Trabajo Final de Grado

Monografía

Autor: Sebastián Fernández Rodríguez – C.I.: 4.413.973-0

Tutora: Prof. Adj. Mag. Adriana Tortorella

Montevideo, febrero 2020

Índice

| | |
|---|----|
| Resumen..... | 3 |
| Introducción | 4 |
| Capítulo I | 6 |
| Parentalidad(es) | 6 |
| Deseo parental | 9 |
| Competencias y estilos parentales..... | 9 |
| Estilos de educación parental | 11 |
| Funciones simbólicas parentales..... | 14 |
| Capítulo II | 19 |
| Conceptualización del lugar de las parentalidades en la clínica infantil..... | 19 |
| La demanda | 20 |
| Parentalidades y campo analítico infantil..... | 22 |
| Abordajes y estrategia en el encuentro con los padres | 25 |
| Clínica de la relación padres e hijos | 27 |
| Alianza terapéutica..... | 28 |
| Transferencia y contratransferencia en la clínica infantil | 30 |
| Capítulo III | 35 |
| Clínica situacional..... | 35 |
| Abordaje en la exploración de la situación | 37 |
| Consideraciones finales..... | 39 |
| Referencias bibliográficas | 42 |

Resumen

El presente trabajo final de grado de carácter monográfico tiene como objetivo delimitar el lugar de las parentalidades en la clínica infantil. Se diagrama en tres capítulos los cuales se teorizan los tópicos parentalidad, conceptualización de las parentalidades en la clínica infantil y sus elementos pertinentes al presente trabajo y por ultimo los fundamentos y elementos de la clínica situacional.

Cada uno de los capítulos aportará elementos para construir un aparato teórico en relación a la temática que dé cuenta de los fundamentos de construcción del concepto parentalidad, los estilos de crianza y las figuras simbólicas de la tríada, madre, padre, bebé. Los diferentes abordajes que se pueden realizar, sea en la inclusión o exclusión de las figuras parentales en la clínica infantil, así como algunos de los elementos del campo analítico que los involucra, como demanda, alianza, transferencia y contratransferencia. Por último, se expondrán los fundamentos que sustentan el abordaje clínico situacional y los lineamientos de la exploración de la situación.

En las consideraciones finales se enumerarán los conceptos más destacados del desarrollo teórico con el fin de dar una respuesta a la cuestión de los lugares que operarían las figuras parentales en la clínica infantil.

Palabras clave: parentalidades – clínica infantil – clínica situacional.

Introducción

El presente trabajo se enmarca dentro los lineamientos del trabajo final de grado para el egreso de la licenciatura en Psicología. Esta producción pretende delimitar el lugar de las parentalidades en la clínica infantil (desde un marco teórico psicoanalítico). Para ello se hará un revisión e integración teórica apoyados en tres temáticas: parentalidades, conceptualización de las parentalidades en la clínica infantil y los fundamentos de la clínica situacional.

Para comodidad del lector, se ha diagramado el trabajo en tres capítulos. El primer en relación a Parentalidad, en él se pretende dar a conocer detalles del concepto, fundamento e historia del mismo. La idea de *lo parental* es pertinente porque nos abre un campo de trabajo en el cual convergen diferentes creencias y acciones concretas. Se la contrasta con la idea de familia las cuales ambas se codeterminan y se designa el deseo parental como elemento destacado en la construcción de parentalidad, así como los elementos fantasmáticos. Luego se expondrá un recorrido teórico sobre las competencias y estilos parentales donde se podrá dilucidar las concepciones de parentalidad social y biológica, adjudicando las capacidades de parentalización a proceso internos en relación al desarrollo personal y capacidad de representación experiencial en la crianza. Para luego detallar los estilos de educación parental trabajados y retomados por diferentes autores.

Para configurar los lugares asignados de padre o madre a nivel simbólico y con el fin de contrastarla con la construcción de parentalidades diversas que se presentan en la actualidad se desarrollan los preceptos teóricos psicoanalíticos de los mismos, dejando en claro que estos, como funciones simbólicas pueden ser ocupados más allá del linaje biológico.

En el segundo capítulo se pretende conceptualizar el lugar de las parentalidades en la clínica infantil. Empezando por la fundamentación de las dos versiones posibles que son incluir o no a los padres en el tratamiento del niño/a. Luego se formula la estructura de la demanda, que en clínica con niños es siempre ha pedido, de los propios padres, de un tercero o de una institución. Este punto primario nos lleva a ahondar luego en las particularidades del campo analítico infantil, las diferentes visiones que fundamentan diferentes autores, contemporáneos o no sobre las figuras parentales en este campo. Luego se centra en el abordaje y estrategia en el encuentro con padres,

aquí ya nos posicionamos en la necesaria construcción de la alianza con los padres para la cual se fundamentarán diferentes objetivos e interpretaciones de la intervención.

Como ejemplo de abordaje para la clínica actual se plantean los lineamientos de Dio Bleichmar sobre la clínica relacional sus fundamentos y elementos en pos de una construcción novedosa de intervención con padres y niños/as, en donde se prioriza la relación más que a los sujetos o roles aislados.

A partir de allí se analizarán desde la concepción relacional y sobre otros autores, la alianza, la transferencia y la contratransferencia entendida desde los lugares que ocuparían las parentalidades.

En el capítulo tercero se fundamentarán los preceptos en que se apoyan la clínica situacional, abordada en este trabajo por ser entendida como la que mejor se ajustaría a los requerimientos de la compleja estructura de la clínica infantil en la cual convergen diferentes elementos, figuras parentales reales y transferencias. Y la que darían un lugar protagónico al niño/a sin dejar de incluir a los padres en este proceso y que ello no perturbe el campo. Además, se reseñará el abordaje de la exploración de la situación, sus elementos y descripción.

En las conclusiones finales, como se ha indicado en el resumen se pretende exponer los elementos más destacados que se fueron decantando del recorrido teórico realizado para intentar dar respuesta a la consigna inicial, a sabiendas que el título de la misma ya nos da un anticipo, en donde se pretende un abordaje situacional llevado a la clínica con niños en relación a las figuras parentales.

Parentalidad(es)

Si se piensa a la familia como un sistema, comprende dentro de ésta un subsistema parental, que lo integran los referentes adultos encargados del cuidado y crianza de los niños y niñas en el contexto del hogar. Desde la multiplicidad de estilos y prácticas de crianza que se desarrollan en la vida cotidiana se circunscriben las creencias y acciones concretas de los que acompañan y promueven el desarrollo de los niños/as. Las características frecuentes son el cuidado físico, la comunicación y la regulación afectiva, así como las expectativas en relación a los logros evolutivos (Balzaretto, Cambón y Silva, 2017).

Como indican Batthyány y Perrotta (citados por Balzaretto, Cambón y Silva, 2017) cuando se habla de parentalidades pensamos en la significación de los adultos en la crianza estable y sensible de los niños y niñas. Refiere a la acción de ayudar al niño/a, en su condición temprana de dependencia en el desarrollo y el bienestar. Esto engloba al cuidado material, que implica un trabajo, cuidado económico que implica un costo financiero y del cuidado psicológico, implicando un vínculo afectivo, emocional y sentimental.

La parentalidad no es independiente de la estructura o composición familiar, como lo aborda Bourdieu (citado por Álvarez et al., 2014) la familia sería una institución compleja y dinámica, con historia y geografía variables constituyente en la vida privada y pública que existe al mismo tiempo como categoría social, como experiencia concreta y como estructura objetiva de la cultura. Se encuentra inscrita en la objetividad de las estructuras sociales y en la subjetividad de las estructuras mentales. La familia toma un lugar central en las relaciones sociales, pero no debe por tanto, considerarse natural. Bourdieu (citado por Álvarez et al., 2014), además nos acerca la noción de lo familiar como *campo*, en tanto, espacio social de acción e influencia. Por su parte la parentalidad remite a actitudes y formas de interacción paterno/materno-filiales, en el ejercicio de las responsabilidades socialmente consumadas a los padres y madres por su posición en el sistema de relaciones, independiente de los lazos biológicos de filiación y

consanguinidad. Ambas concepciones se entrecruzan y codeterminan “la concepción de familia influye en el ejercicio de la parentalidad, y éste, a su vez, en la configuración de una familia” (p. 352).

El término parentalidad como tal, fue consumado a mediados del siglo pasado, en la década de los años 60 Racamier (citado por Balparda y Schroeder, 2014) lo acuña designando a una función básica que incluye las maternas y las paternas, de sostén y terceridad, no denotando necesariamente al sexo biológico ni a una persona exclusivamente. Para los años 70 Lebovici (citado por Balparda y Schroeder, 2014), quién desarrolló más ampliamente el concepto, plantea por un lado la parentalidad y por otro la filiación como doble proceso que incluye a padres, hermanos, abuelos, miembros del universo familiar y al hijo/a.

De los Santos, Di Fabio, Marotta y Pierri (2018), dialogan entre parentalidad y psicoanálisis dando cuenta de la construcción que deben realizar los padres para ubicarse como tales frente al hijo/a. Lebovici (citado por De los Santos et al., 2018) destaca la interacción madre-lactante como proceso en el que la mujer entra en comunicación con el bebé, respondiendo éste con sus propios recursos. Junto a Lamour (citado por De los Santos et al., 2018), jerarquizan los aspectos fantasmáticos e intergeneracionales en la relación temprana madre-bebé. Plantean así tres niveles para la evaluación de la interacción, como ser la comportamental, dimensión corporal, visual, vocal y ternura. La interacción afectiva de la vida emocional del bebé y de la madre y por último las interacciones fantasmáticas, digamos la influencia recíproca de la vida psíquica de la madre y el bebé. Esta relación establecida entre ambos construye un articulado de imágenes, la del bebé fantaseado desde el inconsciente de la madre, la del bebé imaginado desde el preconscious y la del bebé real.

Stern (citado por De los Santos et al., 2018) incursiona en el mundo del bebé como sujeto activo. Dando relevancia al proceso de subjetivación que transita la mujer antes y después del nacimiento del hijo/a. Lo posiciona como una experiencia profunda y privada donde la mujer adquiere otra identidad, definiendo tal como “constelación maternal” que da cuenta del carácter mental, adaptativo, único y apropiado para hacer frente a la nueva realidad de crianza.

Tanto Lebovici, como Stern (citados por De los Santos et al., 2018) remarcan el papel de la mujer-madre, ingresando al hombre-padre en segundo momento de interacción, sin dar cuenta sobre las variables contextuales que consecuentemente producen efectos y moldean las posibilidades de construcción de la parentalidad. Ligan parentalidad al espacio o disposición que construyen y/o generan los genitores, quedando así la parentalidad ligada a la filiación biológica. Haciendo énfasis en el binomio madre-hijo/a omitiendo las consideraciones de la relación padre-hijo/a, así como las condiciones del contexto sociohistórico en que se despliegan las parentalidades; colocando estas posturas como restrictivas en tanto a los enfoques más actuales sobre parentalidad. Aun así, sigue siendo pertinente la mención de estos autores, por la importancia que los mismos dan en reconocer y atender la realidad fantasmática añejada en las experiencias e historia personal precedentes de los adultos-padres, las cuales dan cuenta del lugar otorgado al hijo y las posibilidades de su cuidado. Esta perspectiva teórica incumbe en el orden del deseo, en términos psicoanalíticos y como se pone en juego la disponibilidad emocional necesaria para el cuidado.

Claude Martin (citado por De los Santos et al., 2018), trayendo aportes desde la sociología reconoce el valor que la parentalidad agrega a los conocidos conceptos de parentesco, paternidad y maternidad. Su potencia descriptiva no se apoya en un lugar o estado legal, sino que se categoriza una diferencia respecto a lugares de padre o madre u aquellos que son nombrados como tales por su condición biológica, de función y ejercicio concreto tendiente a garantizar las necesidades y cuidados necesarios de los niños, niñas y adolescentes. “El parentesco en tanto linaje genealógico se mantiene en lugar de exclusividad, no así las parentalidades, abriendo el campo a nuevas realidades” (p. 81).

La aparición del término parentalidad, para Martin (citado por De los Santos et al., 2018), puede ser entendido como un recurso para dar visibilidad a aquellos adultos que ejercen el rol parental, de forma estable en la vida de niños, niñas y adolescentes, cuya legitimidad, muchas veces no está dada por una situación legal sino por la conjunción de habilidades y capacidades para ocupar tal rol. Al formato original de parentalidad que se conciliaba al parentesco se le oponen una serie de situaciones que cuestionan los presupuestos que lo fundan, como adopción, procreación asistida, familias ensambladas, etc.

Deseo parental

Gazzano (citado por López, 2014), afirma que un niño/a es muchas cosas, pero previo a su nacimiento y de tener existencia propia, es un lugar en el psiquismo de sus padres, un lugar en principio vacío que se llenará por el camino del *deseo*, el deseo de un hijo. Cuando un sujeto se convierte en padre la resignificación inconsciente de lo recibido de su propia parentalidad estará disponible en lo ofrecido a su hijo, le dará un lugar, para nutrirse de fantasmas paternos que irán encontrando su unicidad.

Carril (2000) indica que el deseo de un hijo depende de determinaciones psíquicas singulares, como la vivencia del embarazo, el goce del hijo y la experiencia de la femineidad materna o paterna. A su vez se presentan objetivos narcisistas y edípicos inherentes a la historia parental y al mismo tiempo determinantes provenientes del imaginario social. El deseo de un hijo es un largo proceso que se viene gestando en la infancia y se relaciona con el desarrollo psicosexual del niño/a determinado por los procesos identificatorios que se implantan en la mente del niño con ambos padres (incluidas las identificaciones de género) de donde resultan mensajes inconscientes que incluyen representaciones sobre maternidad o paternidad. Silvia Tubert (citada por Carril 2000), diferencia entre deseo de un hijo del deseo de maternidad, el primero más relacionado al registro del tener y en conformación al ideal del Yo en un proceso resolutivo del Edipo (relacionado con emblemas culturales en cuanto a su género) y el segundo proveniente del ser-como madre, terreno del Yo Ideal (relacionado con el narcisismo infantil en la mente del adulto), en un registro de identificación primaria con la madre.

Competencias y estilos parentales

Se destacan los trabajos de Barudy y Dantagnan del año 2010 (citados por De los Santos et al., 2018), desarrollando el planteo de las competencias y estilos parentales, identificando y relacionando tipos y patrones de conducta que hallándose presentes refuerzan una u otras cualidades de la interacción con niños y niñas. Estos planteos se identifican con la teoría del apego de Bowlby (citado por De los Santos et al., 2018) de la década de los 90. La misma pretende colocar a la conducta del apego como necesidad del infante de tener una figura estable y confiable. Desde este marco emerge el concepto de competencias parentales que alude a las capacidades prácticas que tienen padres y madres para cuidar, proteger y educar a sus hijos en forma adecuada. Procurando en éstos un desarrollo sano. De los Santos et al. (2018)

sostienen que la parentalidad puede ser biológica o social. La primera en relación a la procreación o posibilidad de. La segunda se enmarca más en la capacidad de asegurar una crianza adecuada. En este contexto puede que los padres biológicos asuman una parentalidad social como continuidad de una parentalidad biológica, pero puede suceder que padres y/o madres biológicos no se hallen en condiciones de asumir y por ende asegurar un desarrollo sano de sus hijos, consecuentemente otras figuras adultas pueden asumir la parentalidad, concebida ésta más como una capacidad que como un rol asignado.

Estas competencias aluden, en tanto, al conjunto de habilidades y capacidades que permitirían hacer efectivo el ejercicio idóneo de la parentalidad social. Tales habilidades y capacidades a las que se hacen mención, se conforman a partir de un complejo proceso desde donde emergen diferentes factores biológicos y hereditarios, experiencias de vida y contextos socioculturales. Es importante resaltar que estos desarrollos se centrarían en las competencias parentales, responsabilidad y/o capacidad de los adultos, sin darle lugar al papel que juegan los niños, niñas y adolescentes en la construcción de dichas facultades.

Por su parte Aznar (2009) habla de capacidades de parentalización como procesos internos de los padres que se relacionan con su desarrollo personal y la capacidad de representación experiencial de crianza. Esta capacidad se enlaza con la disposición de instalar un vínculo que le demandará masivamente obligándolos a desarrollarse y adaptarse a situaciones novedosas. Las mismas están relacionadas con diferentes sistemas motivacionales, además de dos capacidades centrales, la de representar la propia subjetividad y la del niño/a (función reflexiva), que variará a lo largo de la crianza y unida a la anterior, la de reconocer al niño/a como una figura completa, entendiendo que emergen dos figuras del niño/a: una la representada por la mente de los padres y otra la del niño/a real a conocer.

Dentro de las pertinencias de la crianza de niños y niñas Cohen (2014) destaca la importancia vital para los individuos de las experiencias afectivas tempranas con adultos responsables de los cuidados que motivan y ponen límites. El infante no solo necesita de sus padres satisfacer necesidades de orden orgánico y primario, también requiere de un intercambio de afectos, conocer el mundo en el que está inscripto, manipular los objetos e instrumentar la realidad social: comunicándose y, por tanto, constituirse como ser humano. El autor afirma que más allá de los cambios que han

embestido las estructuras familiares y que se continuarán produciendo, es importante destacar la importancia de la educación parental, existiendo una relevancia entre los estilos de crianza y los efectos que estos tienen en los niños y niñas, ya sea en comportamientos ajustados al medio o en diferentes problemas de adaptación.

Estilos de educación parental

En relación a los estilos de crianza Baumrind (citado por Cohen, 2014) elaboró un modelo que consta de tres variables parentales básicas: control, comunicación e implicación afectiva. En base a estas variables estableció determinados estilos educativos parentales: autoritario, democrático y permisivo; encontró de esta forma el correlato con el desarrollo de cualidades y características en niños de entre 3 y 15 años. El modelo democrático, como técnica inductiva de apoyo se resalta como el que más favorece el ajuste social y familiar del niño/a proporcionando una adecuada seguridad emocional y autoestima, se desarrollará este y otros puntos de los estilos de crianza más adelante.

Cohen (2014), además indica que el ajuste psicológico se relaciona con ambientes familiares regidos por el apoyo y la atención. La comunicación, el apoyo y el cariño estimulan el desarrollo positivo del niño/a, de hecho, desde el afecto en altos niveles, las estrategias disciplinarias de los padres son más efectivas. Así como los estilos marcan efectos, también el ambiente familiar incide en el desarrollo emocional y social del infante. La discordancia marital está vinculada al desarrollo de la agresividad, conductas antisociales así como otros tipos de disturbios emocionales. En las pautas de crianza influyen la conflictiva parental. Así como los mensajes confusos o contradictorios que entorpecen los procesos de discernimiento y predictibilidad del mundo que rodea a los niños y las niñas. Se destaca además como el acuerdo parental en referencia a las pautas de crianza beneficia la calidad de las relaciones entre padres e hijos y repercute en el buen estado emocional de los padres.

Tanto el clima familiar como los estilos de crianza, son independientes de que las familias estén constituidas por el padre y la madre, por uno de ellos o que se establezca una tenencia compartida. En experiencia profesional como en la literatura enfocada en la temática se extrae la no relevancia de la conformación de una pareja afectiva. Los niños y niñas que tiene una buena relación con un solo padre (o madre) crecen sin problemas en contrapartida a hogares conflictivos con presencia de ambos padres. Un padre hostil y rechazante puede causar más daños que un padre ausente.

Para ampliar los conceptos de estilos de crianza de Baumrind (citado por Capano y Ubach, 2013) estos últimos autores nos hacen colocarnos en la contemporaneidad de los cambios socio-culturales, tecnológicos/científicos, comunicacionales, etc. Esto conlleva, a un cambio (constante) en los estilos de crianza de niños, niñas y adolescentes presentando un desafío de transformación para los padres de hoy en día. Encontrándose con que los estilos de crianza que los precedieron hoy figuran obsoletos y en franca declinación. El anterior paradigma de educación parental se apoyaba en la objetivación del niño/adolescente, con el deber de cumplir su educación desde la obediencia, la dependencia y el servilismo. Un modelo rígido, férreo, sin concesiones (un modelo autoritario). Con el advenimiento de la Convención de Derechos del niño en los años 70 se reivindicó el cambio de paradigma, aparece por tanto la figura del niño/adolescente como sujeto de derecho, colocándolo de esta forma en igualdad de condiciones junto a los adultos. En este corolario, Maccoby y Martín (citados por Capano y Ubach, 2013) reformulan los tópicos de Baumrind (citado por Capano y Ubach, 2013) proponiendo cuatro estilos parentales a partir de dos dimensiones afecto/comunicación y control/establecimiento de límites. La primera dimensión remite al amor, aprobación, aceptación y la ayuda brindada. La segunda se relaciona con el disciplinamiento, en vinculación con el control y la supervisión, así como el cumplimiento de las normas planteadas por los adultos. Desde estas dimensiones se desarrollan cuatro estilos parentales: autoritario, permisivo, democrático y negligente.

Estilo parental democrático

Según Capano y Ubach, (2013) el estilo democrático que se relaciona con el afecto, control y exigencia de madurez, fomenta en los niños, niñas y adolescentes mejor ajuste emocional y comportamental, estimulando la expresión de las necesidades, promoviendo responsabilidad y otorgando autonomía. Con la inferencia de este estilo de crianza los niños manifiestan un estado emocional estable, alegre, con elevada autoestima, autocontrol y buen rendimiento académico. Genera espacios de menor conflictiva y mayor bienestar psíquico. Presentan altos niveles de satisfacción, mayor confianza en el manejo de situaciones novedosas, así como un mayor grado de independencia. El estilo democrático implica tres elementos, como ser, el afecto y la comunicación, fomentar la autonomía y el establecimiento de límites, así como la supervisión de su conducta.

Estilo parental negligente

Los mencionados autores plantean el estilo negligente como promotor de un alto número de problemas a nivel académico, emocional y conductual. La ausencia de tres vertientes como son el afecto, la supervisión y la guía presentan en los niños/as que crecen en estos contextos parentales, problemas en el desarrollo en relación a la inseguridad e inestabilidad; haciéndolos dependientes, con dificultades en las relaciones de pares, presentando baja tolerancia a la frustración, pudiendo de esta forma presentar en el futuro conductas delictivas y/o abusivas. Este estilo está marcado por la indiferencia, la permisividad, la pasividad, la irritabilidad y la ambigüedad. No habiendo ni afecto ni normas que sustenten al niño/a. Está transversalizado por el castigo físico como medida disciplinaria, predominando la falta de coherencia, escaso control e implicación emocional. Engloba esta categoría a los padres con estilos educativos parentales permisivos y autoritarios.

De hecho, los niños/as que se desarrollan en hogares permisivos, presentan dificultades en la obediencia, así como en la interiorización de valores y baja autoestima. Bajos niveles de confianza y control de sus impulsos, dificultades a nivel conductual como ser el consumo de sustancias y alcohol.

Estilo parental autoritario

El estilo educativo autoritario plantea problemáticas a nivel emocional, el escaso apoyo consolida una baja autoestima y confianza en deterioro. Las actitudes parentales reprobativas y escasamente afectivas se vinculan con el consumo abusivo de alcohol en el futuro. El castigo físico que se despliega genera problemas de impulsividad y agresión de los niños/as hacia sus padres, provocando inadaptación personal y social entorpeciendo el ajuste emocional y social. Los padres desde esta posición manejan un importante nivel de control restrictivo con bajos niveles de comunicación y afectividad. Los niños/as se encuentran con un alto control externo donde sus padres colocan la obediencia como virtud y pretenden subordinación de su parte restringiendo su autonomía. Esto consecuentemente se desvirtúa en perfiles de niños/as tímidos, con poca o nula expresión de afecto con sus padres, una pobreza en la interiorización de valores, llevándolos a ser irritables, vulnerables y poco alegres, con tendencias depresivas y de culpabilización. En la adolescencia cuando se presentan los cambios

de paradigma, la rebeldía es el mecanismo para la búsqueda de mayor libertad y autonomía (Capano y Ubach, 2013).

Parentalidad positiva

Si bien el estilo democrático los autores Capano y Ubach (2013), lo consideran el más adecuado en tanto al auto-control y estabilidad psíquica de niños, niñas y adolescentes, la idea de democracia en la interna familiar ha suscitado confusiones en cuanto al lugar que deben asumir los padres homologando a este estilo una suerte de abandono de las exigencias y el control. En realidad, el concepto expresa ideas contrarias. Pero para despejar dudas y mitigar las confusiones los autores plantean el término parentalidad positiva como una adaptación más apropiada a este tiempo, así como a las posibilidades de los adultos y de los niños/as y adolescentes.

Este estilo es expresado como un valioso recurso para el proceso de socialización, consumado como contribución progresiva, proponiendo un protagonismo de padres, madres e hijos/as en la construcción de normas y valores familiares; apoyándose en la negociación y adaptación conjunta. Desde la construcción conjunta se valoran el razonamiento y la reflexión, además se resalta la necesidad de ejercer de manera responsable la autoridad parental, preservando los derechos de los niños/as. Como indica Rodrigo, Máiquez y Martín (citados por Capano y Ubach, 2013):

La parentalidad positiva se refiere al comportamiento de los padres sustentado en el interés superior del niño (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1989) desde el cual promueve la atención, el desarrollo de las capacidades, el ejercicio de la no violencia, ofreciendo el reconocimiento y la orientación necesaria sin dejar de incluir el establecimiento de los límites que permitan el pleno desarrollo del niño y el adolescente (p. 90).

Funciones simbólicas parentales

Los autores Balparda y Schroeder (2014) plantean la cuestión de la inherencia de la función separadora y simbolizante del hombre-padre en la sociedad post-patriarcal. Esta no tomaría un lugar inamovible o decantado, sino que se propone deconstruir el concepto de función paterna a efectos de cuestionar el complejo de Edipo como universal humano. Esto lleva a repensar el complejo para volver a plantear el lugar estructural que da cuenta la construcción de sujeto en las diferentes épocas. Green

(citado por Balparda y Schroeder, 2014), sostiene la necesidad de plantear una teoría de triangulación generalizada con un tercero sustituible. Siendo de esta forma posible pensar que, en una relación triangular, el lugar de tercero imprescindible en la estructuración psíquica, no sea remitido exclusivamente al padre. La función de éste está enmarcada en cumplir la función de cortar, separar, prohibir y establecer consecuentemente un límite habilitador. Esta figura de tercero no remitiría a una figura en particular, sino como una articulación de funciones de investidura y de corte, de deseo y separación hacia el niño/a. Estableciéndose el lazo social y el nacimiento también es mandatorio un adulto significativo que reciba al niño/a.

El lazo social establecido por el adulto implica la prohibición de que el niño se apropie para su goce del cuerpo de éste. Tal prohibición, de carácter inconsciente en el adulto es fundante de cultura y posee un carácter universal (Balparda y Schroeder, 2014). Esta prohibición se enmarca en las dimensiones parentales de interdicción y sostén, en el cual el ejercicio se ve sustentado por la asimetría relacional parento-filial, la pareja parental establece para sí y para sus hijos la renuncia pulsional generando el otro de la pareja y del hijo/a en tanto sujetos. Si esta renuncia se impone el niño/a no configura un objeto a ser gozado/apropiado habilitando la constitución y sostén del aparato psíquico (Rojas, 2004).

De esta forma podemos pensar, en una madre o bien un adulto significativo, que ejerza una función simbólica por sí misma y dada su condición de sujeto deseante ejerza las funciones de investidura y de corte (como lo haría un padre). En las últimas décadas se ha observado como muchos varones se interesan por ocupar un lugar protagónico en la crianza de sus hijos. La investidura libidinal por este acercamiento en los cuidados es inherente a la función de corte. También desde el lugar de la figura materna se coloca en un lugar de tercero, marcado por los ritmos de presencia-ausencia. Posicionando a la madre más allá del deseo de un hijo-falo propiciando las operaciones simbólicas de separación.

Siguiendo con los autores Balparda y Schroeder (2014) éstos señalan que las capacidades simbólicas que operan en una madre no restarían importancia a las ejercidas en la función paterna, sean estas libidinales como de corte. Se ha propuesto, de hecho, sustituir el término función paterna por función simbólica, para independizar el lugar desde donde es ejercida. Lo que se pone en juego entonces *son las formas de ejercer las funciones simbólicas en las parentalidades*, “no solo en las presentes configuraciones familiares, sino en toda forma de lazo social entre un adulto y un niño en situación de crianza” (p. 137).

Desde esta perspectiva dimensionar las alternativas de cuidado y crianza formaría parte de los que los autores llaman función(es) parentalizante(s), sea esta función tercera o simbólica. Esta incluiría tanto la narcisización como la función de interdicción, que promueven la subjetivación y la autonomía, debiendo ser esta la conducta y disposición de los adultos que ejerzan funciones parentales, en cualquier lugar que se encuentre, sea estos hogares constituidos o instituciones estatales que se dediquen al amparo de niños, niñas y adolescentes (Balparda y Schroeder, 2014).

Con respecto al lugar del niño/a en este escenario, Guerra (2014) nos acerca el concepto de intersubjetividad. El mismo permite pensar al bebé como copartícipe en su proceso de subjetivación. Esta interesante perspectiva que se ha desarrollado en los últimos años da una nueva mirada a la construcción psíquica del bebé, esto conlleva a cambios de orden epistemológicos como culturales. Los cambios en la imagen del bebé empezaron a observarse después de la Segunda Guerra Mundial, en un clima experiencial de abandono sufridas por bebés y niños pequeños, esto llevó a la lectura de las reacciones de éstos ante la pérdida. Amplias investigaciones tuvieron como consecuencia un cambio en la figura del bebé, en lo que respecta a la representación cultural del mismo, siendo abordado como una persona en construcción, no sólo como un lactante. En la década de los 70 fue que se amplió la investigación y se demostró a un bebé con dotes potencialmente interactivos.

De esta forma el concepto de intersubjetividad se fue consumando, para autores como Trevarthen y Aitken (citado por Guerra, 2014), el mismo sería una potencialidad primaria, inicial, condicionante del encuentro humano, desde donde el bebé puede interactuar inicialmente con el otro adquiriendo grados de conciencia de separación.

Es desde esta perspectiva que se jerarquiza las conductas del apego en la etapa preverbal (de 0 a 2 años), como el momento más revolucionario en la vida de un ser humano y en los que más depende de la participación externa, en ella hay una absoluta dependencia al medio, así como una falta de autonomía. Luego se desarrolla la independencia motriz y simbólica (semióticamente hablando), con el acceso al lenguaje, bases que permitirán a los cuatro años la capacidad de mentalización. Definiendo ésta última como la posibilidad de vivenciar lo afectivo como estados mentales diferenciados del otro, dando lugar a el entendimiento de las emociones e intenciones propias y ajenas. Esto es de suma importancia, como indica su exponente Fonagy (citado por Guerra, 2014), para la regulación afectiva y la integración de la impulsividad. "Sin otro

que lo piense el bebé por sí mismo no puede adquirir la capacidad simbólica del lenguaje y del pensamiento” (p. 170).

Si hablamos de intersubjetividad es importante considerar que se entiende por subjetivación. Como indica Guerra (2014) algunos autores la abordan como la experiencia de hacer subjetivo algo, dar sentido a una experiencia en tanto a sí mismo. No solo como aportes externos sino como lo consumado desde la vivencia desde sí mismo. Otros lo manejan como el pasaje desde el funcionamiento sensorial al representacional.

En definitiva, podemos decir que la subjetivación es el proceso por el cual el bebé puede ir co-construyendo ‘su’ perspectiva de una manera singular de vivenciar las experiencias y de expresarlas de diferentes maneras a través de recursos corporales y simbólicos (Guerra, 2014, p. 175).

Posicionándonos en el comienzo desde la premisa que los lugares asignados de padre y/o madre, pueden ser, como funciones simbólicas, ocupados más allá de la diada progenitora exclusivamente, Guerra (2014) nos acerca una pertinente descripción de las funciones maternas, paternas y del bebé. Especialmente explorando el vínculo emocional de este último con la familia.

Funciones maternas

Dentro de las funciones maternas Guerra (2014) destaca, el sostener y unificar tanto cuerpo como psiquismo mediante el ritmo, la atención y la narrativa. Este aspecto influenciado por Winnicot (citado por Guerra, 2014) indica que quién cumpla la función de la madre hace relevancia en el manejo, la tenencia y presentación de objeto para la organización de unicidad en el self del infante. Al mismo tiempo ésta envuelve con sus fantasías (fantasmas) y deseos provenientes de su inconsciente siendo el fruto de hecho, de su mundo pulsional. Proporciona de esta forma un vínculo placentero en el encuentro con su sexualidad sublimada. Constituyéndose el bebé como objeto de su amor, transita por un lento proceso en el cual ella necesita también ser sostenida. La madre cumple la función de espejo, de traducción (por la puesta en palabras) y transformación de las emociones del bebé, estimulando los mecanismos de imitación que son la base de los procesos de introyección del objeto dando continuidad al naciente yo del bebé. Elemento fundamental en las funciones maternas, es también, la

incorporación de la frustración, la discontinuidad y la desilusión en el vínculo con su bebé, como indica Guerra (2014): “ya Winnicott (1971) decía que permitir la desilusión es una de las tareas fundamentales de los padres y educadores” (p. 172). El *no* maternal marca la presencia de un tercero interiorizado que articula la diferenciación con el objeto, así como la interdicción pulsional como preparación (representación) para procesar la ausencia de éste. Así se abre camino al lugar que ocupará el padre concreto y no solamente como tercero simbólico, el cual aportará aspectos fundamentales en la constitución psíquica del bebé.

Funciones paternas

Para Guerra (2014) las funciones paternas, que han sido objeto de estudio de diversas perspectivas teóricas, pueden ser ejercidas por el padre real implicando una función de sostén o como otro diferenciado de la madre, para que ésta pueda abrirse al universo sensorial primario del bebé. La necesidad de otro que se haga cargo de los aspectos suspendidos y que la narcisice posibilitan la ilusión funcional del encuentro. Esta función marca una apertura a un universo de otros tipos de deseos y contacto corpóreo. El padre, como polo exploratorio de lo desconocido y del mundo exterior, por sus características tanto físicas como psíquicas, diferenciadas de la madre introduce la discontinuidad necesaria para la vida psíquica. El coloquio rítmico entre continuidad y discontinuidad impulsa los movimientos de subjetivación para que advenga lo inesperado. En las formas de discontinuidad existentes desde el principio en la relación madre-bebé, es el padre en su interacción corporal y lúdica quien dejará más marcas en este ámbito. De tal forma el padre marca en su interacción una diferencia como valor de interdicción estructurante. Con su sola presencia el padre marca una brecha, de la incompletud, de la separación en la relación madre-bebé, transmitiendo la prohibición del incesto. En donde dará al bebé la posibilidad de la independencia psíquica y física para que advenga el placer de la vinculación con otros.

Funciones del bebé

La presencia del bebé representa como indica Guerra (2014) una verdadera revolución en el seno familiar, portadora de cambios estructurantes, teniendo éste la posibilidad de maravillarse y desesperarse, conmocionando la vida psíquica de los padres. El autoestima materno se reelabora con la presencia del bebé, también siendo posible la presencia de frustración instalando una vivencia de extrañeza que puede ser negativa

para el bebé y para ella misma. Hay un sistema dialógico en el que el bebé necesita de su madre para su supervivencia y la madre de éste para reestructurar su imagen de madre. El bebé se posiciona de esta forma como soporte de las proyecciones parentales. Desde la ambivalencia de este vínculo surgen fantasmas precedentes que reactivan la comunicación primaria corporal. Para la polisensorialidad primaria, su organización rítmica y narrativa posibilita un lenguaje intersubjetivo como una comunicación primaria arcaica. Para el trabajo con madres es mandatorio pensar a la función materna como territorios de ambivalencias e inseguridades. Por ello el bebé posibilita el sostenimiento parcial de la ilusión de completud y continuidad, ya sea confirmando o cuestionando el narcisismo parental. El relacionamiento con el bebé humano implica un revisionismo con el infans que una vez fuimos y que como indica Pontalis (citado por Guerra, 2014) “habita en los intersticios de la palabra” (p. 174). Al nacer, el primer lenguaje es el del cuerpo, donde se instala lo sensorial. Recién llegados los dos años el/la niño/a ya es sujeto hablante experimentando grandes ganancias y también algunas pérdidas, que dependiendo de la calidad del contacto parental posibilitan un encuentro intersubjetivo.

Capítulo II

Conceptualización del lugar de las parentalidades en la clínica infantil

El lugar de los padres en la clínica infantil ha resultado ser un tema controvertido que se ha instalado en las corrientes dinámicas emergiendo de esta controversia diferentes planteamientos teóricos (Aznar, 2001).

Fue Melanie Klein (citada por Schroeder, 2001) quien constituye un marco analítico apropiado a través de la técnica del juego para el trabajo con niños. En este marco se permite el despliegue de la transferencia y consecuentemente la conflictiva inconsciente. La autora destacó la conveniencia de que los padres mantuvieran distancia del análisis de sus hijos.

Klein (citada por Aznar, 2009) ve a los padres como aliados necesarios para la viabilidad del análisis, pero ocupando un papel secundario por una doble motivación: centralizando

lo que transcurre en la estructura intrapsíquica del niño/a (adecuación transferencial con el analista) y en la relación parental con el analista como detrimento de la transferencia con el hijo/a. Destaca la importancia de los datos iniciales y el contacto con los padres, pero limitando la relación posterior.

Por otra parte, Ana Freud (citada por Aznar, 2009) postula la necesidad de considerar la relación parento-filial como estructuradora del aparato psíquico del infante, entendiendo que esta influencia permanece paralelamente al análisis, trabajando de esta forma sobre el mundo interno del niño/a y una realidad externa en pos de modificar relaciones intervinientes en el crecimiento, con un trabajo educativo.

Manoni (citado por Schroeder, 2001) influenciado por las corrientes estructuralistas, afirma que el síntoma del niño está determinado y producido por uno o ambos padres, poniéndose de esta forma el deseo parental como factor patógeno.

De acuerdo a las diferentes perspectivas teóricas que convergen en la historia del psicoanálisis con niños, se evitará lo más posible a los padres o se buscará en éstos las determinaciones sintomáticas de los niños/as. Estas perspectivas disímiles obedecen a posturas que fueron jerarquizándose y tomando relevancia en la clínica infantil, en donde el campo se configura incluyendo lo parental como zona de trabajo, así como los abordajes vinculares. Estas posturas en torno a la perspectiva vincular planteadas por los trabajos pioneros de Pichon-Rivière (citado por Schroeder, 2001) y luego por Berenstein y Puget (citados por Schroeder, 2001) supusieron una ampliación de la perspectiva del trabajo con niños/as (Schroeder, 2001). En la actualidad estos paradigmas se conjugan con la reflexión teórica y al mismo tiempo con resultados de las investigaciones poniendo en el foco del debate científico los planteamientos de intervención con padres articulándose entre lo físico y lo psíquico, lo interpersonal e intergeneracional (Aznar, 2001).

La demanda

Se debe partir de la base de que el psicoanálisis con niños es un psicoanálisis a pedido. De ese pedido que es formulado por los padres (diferente a la demanda que puede ser manifestada de forma explícita o implícita por el niño/a) se despliegan importantes consecuencias en la tarea de psicólogo infantil. La escucha a los padres supone ser requerido y disponible para el sostén y la contención en un su dolor, rabia y/o desilusión. A pesar de que se desmienta o se niegue, la consulta puede resultar una

herida narcisista profunda. El trabajo con niños/as genera movilizaciones contratransferenciales en las entrevistas con padres que dependiendo de si las transferencias sean negativas o idealizadas su comprensión “puede servirnos de brújula “en la noche oscura” y de “pantalla” ante la fascinación de luminosidad” (Schroeder, 2001, p. 6), sufriendo cambios en todo el proceso analítico.

Interpretando el hecho clínico de acuerdo a variables de estructura psíquica, síntoma, conflictiva, transferencia, etc., se diferenciará entre el abordaje técnico y el fundamento conceptual. Estos tópicos se articularán en base a cada situación particular que se presente no aferrándose a preceptos rígidos y generalizantes.

La consulta se desencadena porque el niño emite un pedido de auxilio, un llamado que evoca un desamparo inicial. Ese llamado es advertido y uno de los padres se contacta con el profesional, no es el niño que llama. En este proceso los padres tienen que desarrollar una sensibilidad mínima con respecto a la pertinencia y la oportunidad del análisis. Hace falta, por tanto, un compromiso libidinal con el tratamiento para que este se encauce, determinar al tratamiento un lugar en el espacio psíquico parental. Tarea del analista es habilitar a través de la escucha e intervención una zona de interrogación y problematización de la consulta, de esta forma dar lugar a una auténtica construcción de una demanda. Esta demanda se trabaja diferenciando y conceptualizando el lugar del niño/a y de los padres. Más allá del pedido de ayuda hay una ambivalencia inevitable en la formulación de éste. El lugar adquirido por el analista para un niño/a está pautado en un principio y a lo largo de todo el tratamiento por los padres. Por tanto, es a través de ellos que se puede establecer y mantener ese lugar y esa importancia. “Son los padres los que contribuyen a sostener la creencia en el saber y el poder del analista” (Schroeder, 2001, p. 9).

Claramente que va a importar el vínculo que se establezca entre el niño y el terapeuta, pero tal deberá ser sostenido por los padres. El mismo, no será uniforme ni lineal estará sometido a las vicisitudes transferenciales que se ponen en movimiento en todo proceso analítico. Es pertinente la renovación del lugar que es otorgado por los padres respecto a su hijo/a.

Por su parte Dio Bleichamar (2013) también asume la demanda de la consulta como un pedido de ayuda por parte de los padres, pero al margen de este reconocimiento manifiesto de su participación en las dificultades de sus hijos se comenzará un proceso de investigación diagnóstica en el cual estarán incluidos. “La unidad de análisis, de comprensión y de cambio será la relación parento-filial” (p. 424).

Focalmente se centrará en el paciente designado manejando el grado de intensidad en el trabajo exploratorio con los padres ya que el objetivo fundamental es construir una alianza terapéutica con los aspectos más desarrollados como padres por ello es de vital importancia la detección precoz de la transferencia parental.

Parentalidades y campo analítico infantil

Schroeder (2001) indica que, si bien el inconsciente del niño/a está en relación con el inconsciente de sus padres, no es un simple reflejo de éste. Los mensajes que recibe el niño sufren un proceso de descualificación y metabolización, por tal motivo no podemos superponer el discurso-deseo de los padres con el síntoma del niño/a.

La historia-relato sobre el hijo, que aparece en el discurso manifiesto de los padres en la consulta, está impregnada por la condición de sujetos de inconsciente de estos últimos. Es decir que es imposible homologar el discurso manifiesto de los padres a los que sería su deseo inconsciente. El deseo de los padres constituye un relato sujeto al proceso secundario, que encubre la manifestación de deseo. (Schroeder, 2001, p. 9).

Por ello Silvia Bleichmar (citada por Schroeder, 2001), sostiene que es ilusorio pensar que podemos acceder al inconsciente de los padres a partir del relato manifiesto que ellos aportan, por tal motivo es importante regirnos por las reglas de método psicoanalítico, en un campo analítico donde se tenga como meta la elaboración transferencial.

Para Schroeder (2001) “las figuras parentales emergen como: 1) figuras parcialmente instituyentes del psiquismo infantil, 2) objetos fantasmaticables como consecuencia de los procesos de metabolización que se producen en el aparato psíquico del niño” (p. 10). Se aborda al aparato psíquico infantil como poseedor de un carácter único, singular e histórico. Donde en su proceso de constitución toman relevancia tanto las relaciones con el semejante como su capacidad de resignificación. En la capacidad del niño/a de formular (de forma implícita) un pedido de análisis se abre la posibilidad de elaboración en transferencia de esa resignificación. “La sobredeterminación estructural en el niño supone que debemos observar una estrategia abierta, a los efectos de propiciar una resimbolización que habilite nuevas vías y el aparato psíquico permanezca así potencialmente abierto a recomposiciones y transcripciones psíquicas” (p. 10).

Los puntos anteriormente mencionados son importantes en la medida que determinan la naturaleza transferencial del análisis con niños y en las entrevistas con padres.

Sabiendo que el niño/a es nuestro paciente, no así sus padres. El trabajo difiere en un caso o en otro. Esta difícil e imprescindible dilucidación propone distinguir entre una transferencia central (T) realizada con el analista (de los padres y el niño/a) y transferencias laterales (t) que son las que van hacia o desde otras personas significativas (otros integrantes de la familia, docentes, médicos, etc.) (Bruno, 2017). Por ello Mannoni (citado por Schroeder, 2001) afirma que el analista de niños trabaja con varias transferencias.

Prego Silva (citada por Schroeder, 2001) señala además, que en la consulta se presentan tres niños, el creado por las proyecciones de los padres cuando son descritos por estos, el creado por el entrevistador que proyecta sobre el niño/a lo proveniente de la teoría a usar y uno tercero que es un desconocido. En este sentido es útil agregar al niño de las teorías psicoanalíticas, al niño que fue y analizó el terapeuta configurando de esta forma una red de representaciones y afectos.

Schroeder (2001) también indica que el cambio en el niño creado por las proyecciones de los padres es el objetivo de todo tratamiento analítico, los cambios que el niño experimenta generan cambios en su entorno por un proceso de internalización de un objeto bueno de su yo. Este cambio en el niño que traen los padres constituye la materia prima del trabajo en las entrevistas, trabajando su condición de padre en relación a ese hijo (labor en lo parental) precisando que este cambio sea recibido y acompañado.

Además de la transferencia y contratransferencia que se despliega en el campo analítico con el infante hay una subestructura relacional que se establece con los padres. En este campo, como indica Baranger y Kancyper (citados por Schroeder, 2001), se apunta a incluir los efectos que ejercen las fantasías inconscientes parentales en la determinación y creación de la fantasía inconsciente básica en el campo analítico con el niño/a. Estas dos subestructuras (la del niño/a con el analista y la del analista con los padres) se contribuyen recíprocamente. Esta lectura ampliada no resulta una terapia sustitutiva del análisis con el niño/a ni tampoco un análisis personal con las figuras parentales, sino que apunta a enriquecer la comprensión del campo transferencial y contratransferencial entre el niño/a y el terapeuta.

Cuando el proceso se atasca importa analizar la resonancia de las transferencias masivas parentales sobre el análisis del hijo, buscando contener y procesar las identificaciones proyectivas, intentando así, que el proceso analítico vuelva a dinamizarse. (Schroeder, 2001, p. 11).

Aberastury (1987) contrariamente, trabajando la cuestión parental desde una óptica kleniana, adopta en la clínica infantil una relación bipersonal con el niño como en los adultos. Indica que a veces los síntomas son fabricados o mantenidos por los padres. Desde esta postura se señala que en lo que al síntoma respecta se debe considerar las series complementarias entre los factores internos y externos. Sabiendo que los padres no pueden muchas veces desarrollar una transferencia positiva por la imposibilidad dada por sus propios conflictos que no son interpretados. Promueve por tanto adoptar una postura distanciada de los padres y ausente de consejos por el obstáculo de manejar una transferencia doble y a veces triple. Cuando un niño/a elabora un conflicto exige por sí mismo un cambio en el entorno, permitiendo a los padres adaptarse a la nueva relación emergente. Si el analista trata de modificar situaciones exteriores se presentaba un factor inconsciente: la rivalidad que los padres establecen con el niño/a colocándose en lugar de hijos rivales siendo el niño/a un privilegiado por estar en tratamiento. Como estos elementos del juego transferencial no son elaborados se mantienen reprimidos llevándolos a fluctuar entre obediencia absoluta o rebelión sistemática. Dejando a los padres fuera de la acción terapéutica el vínculo transferencial con el analista se hace más manejable al estar menos expuesto a las frustraciones frente a un contacto superficial por una transferencia no interpretada.

En relación a lo que se ha venido desarrollando la autora Bruno (2017) cuestiona si los padres serían objetivos al medir el comportamiento de su hijo entendiendo que éste los implica de forma directa. Y que el síntoma opera como un llamado de alerta en un ambiente familiar que no le permite sanar, por tanto, el mantenimiento de éste promueve que el niño/a sea escuchado. Optar por este camino del despliegue del malestar es una actitud que implica tomar partido por la salud mental del niño en un medio que se considera patógeno. “El síntoma sería aquello mediante lo cual el niño persiste en denunciar ese lugar loco en el que fue colocado” (p. 30).

Por su parte Blinder, Knobel y Siquier (2008) indican que se busca determinar el lugar más allá del síntoma, dando paso lo manifiesto a lo latente dentro de la permisividad parental. La complejidad del psicoanálisis con niños radica en el despliegue de historias, deseos y Edipos de los padres que sobredeterminan al niño/a. Al mismo tiempo lo que marca la acción del tratamiento es el deseo de saber del niño y

de los padres sobre lo que le(s) ocurre ya que la problemática del niño/a puede estar de forma condensada en éste/a desplazando una conflictiva familiar latente provenientes de fantasmas o mitos familiares. Por ello es importante considerar si es el niño/a quien necesita tratamiento u otro(s) miembro(s) de la familia, ya que, si nos topamos con un ambiente familiar que no pueda sostener los cambios en la subjetividad de su hijo/a, éste será retirado del tratamiento no logrando desprenderlo de los lazos que lo unen a la situación familiar decantando en fracaso. Es pertinente, por tanto, medir el grado de tolerancia parental frente a esos cambios que puedan llegar a darse. Entendiendo que estos cambios muchas veces son estereotipos rigidizados por generaciones, estos movimientos pueden ponerlos en cuestionamiento y emerger resistencias. Además, se debe considerar que la situación de consulta está aparejada con el miedo que genera una herida narcisista representando el reconocimiento de que algo no funciona bien en el hijo/a. Este temor oscila entre la culpa, el desconcierto y el asombro frente a la problemática y hasta la negación. Como el terapeuta repasa la historia de su hijo los coloca frente a sus funciones parentales por ello se debe ser respetuoso con éstas entendiendo que están ancladas en una historia personal que abarca más de una generación, así como su propia imagen de hijos dentro de un sistema psico-socio-cultural determinante. En el síntoma se determinará cuanto hay de retorno a los reprimido de sus padres, de deseos insatisfechos y no elaborados, insertándose historias no simbolizadas de parte de ellos.

Abordajes y estrategia en el encuentro con los padres

El encuentro con los padres es un importante elemento que el psicólogo infantil debe tener presente en la intervención con el niño/a, a sabiendas que ésta va dirigida hacia él/ella los padres representan un papel determinante en la construcción de la alianza.

Muniz (2018) define la intervención como una modalidad de práctica psicológica para favorecer cambios en el que consulta usando una estrategia que se irá construyendo en un tiempo acotado. Esta construcción tiene como eje la información que se va desplegado en el campo analítico, por ello no está predefinida. La intervención va de la mano de la evaluación, que explora los aspectos de la personalidad del que consulta, en tanto capacidades, fortalezas y debilidades, seleccionando así las más oportunas para la situación de análisis. El encuentro con los padres en la clínica infantil facilitará la exteriorización de los conflictos, la angustia [y las fortalezas] del niño/a. Es importante

marcar que este posicionamiento (respecto a la evaluación e intervención psicológica) propone un accionar complejo que incluya todos los niveles de análisis: contextual, situacional, vincular y dinámico. Por tanto, la evaluación opera como intervención dependiente ésta de la postura ética y epistemológica del psicólogo.

Aznar (2009) plantea un abordaje terapéutico que incluya una comprensión dinámica del proceso de desarrollo de las relaciones entre padres e hijos desde una visión intersubjetiva enmarcada en una lectura grupal del funcionamiento familiar. Esta lectura relacional aporta elementos transformadores de la propia relación terapéutica que constituye de hecho una nueva relación y no sólo el lugar de proyección del mundo interno. En el caso de los padres la mirada relacional permite ampliar la función reflexiva al recrear la naturaleza de las interacciones parento-filiales desde su propia historicidad. A su vez la comprensión actual del desarrollo permite delimitar las capacidades de parentalización.

Los objetivos que se plantean en las intervenciones se enmarcarían en: a) el favorecimiento en la relación terapeuta-padres, trabajando las dificultades que se presenten en el desempeño de tal papel, viéndose valorados en sus capacidades y comprendidos en sus dificultades. b) El establecimiento de la alianza con los padres, promoviendo cambios en lo intergeneracional y en la estructuración triangular actual. c) La facilitación en la comprensión de las dificultades del niño siendo parte éste de una estructura familiar, cuyos cambios favorecerán el cambio previsto en el niño/a. d) Y la ampliación de la capacidad reflexiva parental, objetivo que engloba a los demás puntos que se están indicando (Aznar, 2009).

Rojas (2004) dimensiona el lugar del análisis en las parentalidades centrándose en diferentes ejes y funciones en la conformación de psiquismo infantil que hacen al modo de “ir siendo” padres, para adentrarse en el camino del “devenir” padres, no tratándose solo de “ser” al ocupar un lugar y denominación fijados en lo cultural. Esto supone intervenciones que operan en los niveles inconscientes y preconscious del psiquismo de los padres, niveles de especial incidencia en los procesos constitutivos del niño/a. Estos puntos son importantes en tanto a que se interpreta los modos con que la familia sostiene desconociendo aspectos de la problemática del niño/a yendo más allá de sus expectativas conscientes pudiendo estas obstaculizar procesos transformadores.

La clínica infantil en la actualidad en un intento de ampliación de la metodología tradicional se instala como una clínica de relación. Según Dio Bleichmar (2013) el niño/a es un nuevo y reciente paciente que no es una persona sino una relación. Esta relación para los psicólogos infantiles será la unidad de trabajo, objeto de estudio, examen y transformación. Se reconoce en un primer momento que en el tratamiento de un niño/a los padres están presentes tanto en la mente como en la relación que el terapeuta desarrolla con el niño/a; por tanto es fundamental contar con soportes teóricos que den cuenta de esta relación. Los padres ya sea colaborando o perturbando el campo terapéutico son el origen y la fuente del mundo interno del niño en una relación diaria y actual. El desafío y la habilidad del terapeuta radican en la capacidad de integración entre alianza y colaboración, en un constante trabajo sobre la contratransferencia parental. Es importante dimensionar que en general las alteraciones que presentan los niños/as consisten en problemas de relación que se manifiestan en desórdenes psicofuncionales o de ansiedades por parte de los adultos para ejercer las parentalidades. Hay casos en los cuales la discapacidad que puede presentar un niño/a en cuanto al grado de superación depende de la relación con sus padres. O sea que la implicación de los padres en el campo terapéutico es de importancia capital, entendiendo la variabilidad del grado y la naturaleza de ésta se prioriza tal condición para el desarrollo del niño/a. Vale la aclaración que no se está hablando aquí de un enfoque familiar (considerando a la familia como un todo), ni de sugerir consulta a los padres de forma individual, tampoco se trata de los padres como sujetos o pareja, sino de la relación entre ellos y el niño/a.

Lo que le sucede al analista al concebir la relación como su paciente es que no se contraidentifica con el niño, ni los padres se sienten excluidos o ajenos a la terapia, la contratransferencia cambia y probablemente por este posicionamiento diferente del terapeuta muchos de los problemas que aquejan la clínica infantil y juvenil pueden ser enfocados de otra forma (Dio Bleichmar, 2013, p. 422).

El primer momento de encuentro es la llamada telefónica en la cual se explorarán los aspectos fundamentales para diagramar la dinámica de la consulta, lo habitual era que los padres tengan una primera entrevista y luego el niño/a, pero la autora propone tomar en cuenta diferentes variables de la definición inicial del problema para pensar la estrategia de intervención, como quién los envía, si es una institución escolar y se requiere de un informe, si se trata de una decisión consumada en el seno familiar o de forma eventual que el mismo niño/a lo solicite. También es importante conocer quién

realiza la demanda, si es la madre, el padre o algún familiar, así como la edad del niño/a y de manera superficial el motivo de consulta. En este conjunto de variables se desplegará las decisiones a tomar, que sea el niño/a primero, él/ella junto a sus padres, los padres, padre/hijo/a, madre/hijo/a o la familia nuclear completa y en que encuadre para beneficio posterior en las sucesivas consultas que se vayan a dar.

Se entiende que los padres que llevan a su hijo/a a consulta (sea de forma manifiesta o no) sienten que en algún nivel tienen un problema que no saben [o no pueden] resolver. Se coloca de esta forma al terapeuta en un lugar imaginario de padre o madre, como lo han indicado antes otros autores, con más experiencia o capacidades. Esto puede despertar en ellos diferentes tipos de angustias constituyendo la transferencia parental hacia el terapeuta de su hijo/a. Por tanto, el desafío es colocarse en lugar de padres comprensivos sabiendo conducir la situación bloqueada a un nivel de apertura y de eliminación del sufrimiento, desentrañando el desencuentro que se ha creado entre sus deseos y motivaciones y la necesidades y motivaciones del niño/a.

Nuestra labor en la clínica será intentar saber cómo la desilusión y el conflicto adulto han perturbado la crianza, cuáles de las funciones parentales se han visto afectadas y cómo y cuáles de los sistemas motivacionales se han perturbado en el niño. Dada la naturaleza profundamente interaccional de la crianza, todos los trastornos tempranos pueden ser comprendidos en términos de trastorno del vínculo y/o trastornos de la relación temprana, reservando el término vínculo para los estadios en los que la interacción ha conseguido un grado de subjetivación en el infante (Dio Bleichmar, 2013, p. 22-23).

Alianza terapéutica

La alianza, como indica Dio Bleichmar (2013) es parte de la transferencia del paciente que es usada como sostén en el trabajo analítico. Un acuerdo que se apoya en una nueva clase de experiencias en donde se engloban aspectos emocionales, imaginarios y simbólicos. Este divergente funcionamiento mental incluye la esperanza de entender los síntomas y el sufrimiento. Este acuerdo está pautado por la parte adulta, sin conflicto o más racional del paciente, en el caso de los padres con los aspectos conscientes, racionales y colaboradores en tanto a la labor terapéutica demanda, es esencial la integración de esta alianza en el psicoanálisis con niños/as. La dificultad está dada en que el tratamiento depende de la parte que queda por fuera de las intervenciones (los padres) en donde los flujos inconscientes de rivalidad y desconfianza, así como conflictos de otras clases se colocan como obstáculos amenazantes creadores de conflictos colaterales. La alianza terapéutica con padres va más allá de la escucha empática, es necesario comprender las ansiedades de los

diferentes sistemas motivacionales, en detección de las capacidades parentales que habrá que ayudar a desarrollar. La posibilidad de establecer un proyecto de trabajo conjunto ya desde la primera entrevista proporcionaría a los padres la esperanza de la adquisición de nuevas herramientas para ellos mismos. De esta forma en lugar de quedar los padres por fuera del proceso, se integran activamente al mismo sirviendo tal posicionamiento al terapeuta que tendrá una herramienta técnica y conceptual en consonancia y empatía parental.

Como primera tarea en este proceso conviene la aclaración de la demanda en detección de la transferencia parental que se establece desde los primeros momentos. ¿De dónde viene la demanda, de parte de ambos padres, de uno de ellos? ¿ambos están de acuerdo con el problema que aqueja a su hijo? La intolerancia del síntoma constituye un polo de amplio espectro de motivaciones a enfrentarse, tratándose de un verdadero desafío cuando a pesar del sentimiento inconsciente de fracaso, en su tarea parental no admiten responsabilidad alguna. En estos casos la demanda radica en la adjudicación total del cargo del niño al terapeuta, por ende, se instalará una alianza en donde las competencias profesionales eliminen el síntoma aceptando esa demanda en el que el tratamiento no los incluya. Pero en el transcurso de la consulta se pueden abrir otras perspectivas de diálogo permitiendo que la conducta del niño se les haga significativa y por el terreno de la transferencia positiva al ver cambios percibidos en su hijo/a se produciría un giro en la asunción de responsabilidades y en la disposición para el trabajo conjunto (Dio Bleichmar, 2013).

La gran mayoría de los padres que deciden consultar por su hijo/a buscan ayuda motivados por la preocupación del sufrimiento del niño/a. Desde esta postura hay padres que se responsabilizan por el problema (como es en el caso de padres separados o divorciados) o bien hay algunos que consideran al niño inmaduro sin dimensionar su propia participación, pero que admiten el sufrimiento instalado. En estos casos conviene detectar las dificultades de la parentalización y consecuentemente el ofrecimiento de ayuda, generando una alianza que se consolida en la ampliación y recuperación de una identidad parental valorizada. Es importante plantearse las cuestiones que traen aparejadas la demanda manifiesta y el motivo de consulta, en tanto a si se atañen. También, como se ha mencionado, si ambos padres comparten el motivo de consulta, qué se espera del terapeuta, si ese esperar condice con la satisfacción de la demanda y cuáles son los sentimientos que esto despierta en el psicólogo/a (Dio Bleichmar, 2013). Estos puntos darán indicios de la transferencia parental desplegada en la consulta.

Transferencia y contratransferencia en la clínica infantil

En el trabajo terapéutico con niños/as la relación del terapeuta con éste/a se constituye por una complicada variabilidad de elementos, en tanto a la repetición de relaciones del pasado, relaciones del presente extendidas a la figura del terapeuta y nuevas modalidades de relación emergentes de la situación de consulta. Esta relación, también embestida por el cambio evolutivo se transversaliza por una pluralidad de factores presentes y cambiantes que la fundan (Dio Bleichmar, 2013).

La transferencia en el análisis de niños/as, como indica la autora Dio Bleichmar (2013), ha sido un tema controvertido desde sus inicios confrontando a exponentes en la materia, en tanto a si se diferencia al análisis de adultos. Melanie Klein (citada por Dio Bleichmar, 2013), como se ha indicado, se apoyaba más en una idea de que no se trata de un tratamiento de otra naturaleza o peculiaridad sino en la aclaración de que grupo etario se estaba trabajando. En un aporte hecho por el Index Group de la Hampstead Clinic (citado por Dio Bleichmar, 2014) se ha formulado un marco conceptual pertinente, así como arbitrario, plausible de ser utilizado en el examen del material clínico. Distinguiendo cuatro subtipos de fenómenos transferenciales (de manera predominante): a) transferencia de modalidades habituales de relacionamiento. En la cual el niño/a revela formas de relacionamiento que mantendría con cualquier persona, la misma no sería una transferencia en el sentido estricto-específica de ser tomada, pero si es una forma de estar-con, o sea formas actuadas relacionales que adquieren cierto grado de autonomía; b) de relaciones actuales, en la cual el tipo de relacionamiento es una extensión (que puede o no contener formas defensivas) de la relación con sus padres; c) transferencia de experiencias pasadas, en donde deseos, fantasías, conflictos y defensas son actualizadas en el transcurso de la consulta como consecuencia de ésta y por tanto desplazadas sobre la persona del analista de forma manifiesta o a través de contenidos preconscious; d) neurosis de transferencia, este subtipo alude a una densidad de conflictos y deseos reprimidos hacia la persona del analista con una disminución en lo que respecta a otras relaciones. Se reeditan los conflictos y las formas defensivas para adquirir un manejo de los mismos.

Estas modalidades pueden ser entendidas como transferencias positivas, en las que comprende a un estado emocional del niño/a propicio para el trabajo analítico, colaborando y estando a tono con las propuestas que se despliegan en el campo analítico. O bien con una transferencia negativa, en donde la que predomina de forma directa o encubierta la hostilidad, la violencia o el rechazo, así como la ausencia de toda colaboración y contacto con el terapeuta. La transferencia trataría un marco

suficientemente amplio en el cual se pueden incluir todas las manifestaciones del niño/a durante las sesiones.

Siguiendo con lo que Dio Bleichmar (2013) aclara de cada subtipo, se puede decir que lo que los autores denominan modalidades habituales, que son manifestaciones de carácter o personalidad que pueden estar más o menos vinculadas con la sintomatología o motivo de consulta del infante podrían darse en otros ámbitos en que el niño/a se desarrolle, pero constituyen un foco en la terapia ya que estas modalidades pueden ser tan disfuncionales como son el síntoma o los trastornos.

En tanto a la transferencia de relaciones actuales se relaciona con el punto que enfatizaba Anna Freud (citada por Dio Bleichmar, 2013), en el cual el niño se halla dramáticamente inmerso en la relación con sus padres y hermanos, siendo éstos fuente de bienestar y de conflicto, a través de la cual su psiquismo se está estructurando. Los desencuentros entre Anna Freud y Melanie Klein (citadas por Dio Bleichmar, 2013) radican en que los niños y los infantes se hallan bajo la presión de la angustia y el displacer que están viviendo diariamente con sus padres reales y no solo con representaciones del pasado.

La transferencia de experiencias pasadas son una importante base en trastornos como los de trauma temprano o situaciones tendientes a repetirse en la convivencia familiar, tiene un origen y evolución de larga data. Se observará, por tanto, en qué condiciones y contextos se hacen presente estas situaciones en la clínica.

La polémica también se abre en cuanto a lo referente a la neurosis de transferencia, es decir si el niño/a desarrolla un cuadro sintomático que se manifiesta exclusivamente en el campo analítico, al respecto la autora Dio Bleichmar (2013) indica:

(...) pensamos que quizás lo que falta agregar en el debate sobre la transferencia es la figura del terapeuta como un adulto otro, nuevo, distinto de los adultos significativos de su entorno que introduce un contexto de interacción diferente y que genera una línea de desarrollo que hasta el momento se halla ausente o indirecta (p. 455).

De igual forma, es importante saber si el comportamiento del niño/a en la relación con el terapeuta es isomórfico a la que tiene con sus padres. De no ser así sería un indicador de que estamos ante la presencia de *otro*, factor que introduce interacción e intersubjetividad nuevas junto con la interpretación de los aspectos transferenciales en el proceso de cambio. Esta nueva relación activará en el niño/a diferentes dimensiones de su psiquismo: autoestima, afectividad, estimulación cognitiva y emocional. En este punto es relevante marcar una observación que la autora Dio Bleichmar (2013) acerca:

la analista puede no ser una figura de apego para el niño, por lo tanto eso no es transferido; la analista puede no ser tratada de la misma manera que los padres y subjetivamente ocupar otro lugar, instalarse en el mundo interno como una figura nueva con nuevas funciones. (...) cuando el analista ocupa el lugar del ideal del yo para los padres, es cuando el niño se ve más beneficiado (p. 456).

Transferencia parental

El niño/a tiene una dependencia en cuanto al juicio de sus padres y al mismo tiempo el terapeuta está a merced de la transferencia de los padres, sin tener la posibilidad de intervención a menos que los mismos también participen en el proceso (Dio Bleichmar, 2013). La situación temida por los terapeutas infantiles es la de interrupción del tratamiento por parte de los padres. Este hecho preconiza cuatro modalidades de intervención planteadas por Tsiantes (citado por Dio Bleichmar, 2013): a) Trabajo de apoyo con padres con el objetivo de sostener y proteger la terapia del niño/a; b) trabajo con los padres en tanto a su funcionamiento como tales cuando se necesita ayuda para comprender el comportamiento de sus hijos o cuando se hallan atravesados por una situación de angustia a raíz de los trastornos presentes en el niño; c) trabajo en torno a problemáticas de pareja o de la familia nuclear; d) psicoterapia individual para alguno o ambos miembros de la pareja parental. Estas modalidades se deciden en base a la sensibilidad y juicio clínico del terapeuta.

Es importante conseguir cooperación y facilitar la investigación y la respuesta en tanto a las necesidades del niño. Indagar sobre la imagen del niño en la mente de sus padres y contribuir a la recreación de ésta, trabajando sobre el pasado y la relación actual. De esta forma acentuar los aspectos positivos de las capacidades parentales, así como sus recursos. Enfatizar la investigación en las motivaciones conscientes e inconscientes centrándose en los sentimientos de culpa y vergüenza que puedan presentarse como obstáculos en el tratamiento. “La comprensión de la problemática parento/filial como encuentros y desencuentros entre los sistemas motivacionales de unos y otros nos permite detectar cuales son las ansiedades de los padres y tenerlas en cuenta para darles un lugar en el proceso terapéutico” (Dio Bleichmar, 2013, p. 460).

Según Blinder et al. (2008) la complicación de la transferencia parental radica en que al no ser interpretada puede ser actuada. Por ello es importante facilitar el despliegue transferencial señalando aquello de sus propias historias que se repite en la relación con sus hijos. Esto tiende a disminuir la percepción paterna de sentirse juzgados por haber hecho algo mal. Ya que han repetido inconscientemente lo que han vivido con sus propios padres los cuales también sufrieron el mismo proceso con los

suyos. La diferencia la marca el conocimiento de estos ciclos. Pero en esta lectura los padres pueden colocar al analista en un lugar de autoridad el cual pone en juego su narcisismo, transformándose en un rival a competir o figura superyoica juzgadora de acciones. La función aquí es que el niño/a construya su propia historia en esta cadena de repeticiones parentales, para ello el analista debe dejarse habitar por las transferencias que genera el niño y sus padres, discernir en qué lugar se lo coloca produciendo un desplazamiento saliéndose del lugar al que se le atribuye.

La transferencia parental puede ser pensada como indica Rojas (2004) en el sentido de lo múltiple. Ubicándola como producción posible en los diferentes dispositivos analíticos (digamos dispositivos vinculares: familia, grupo, pareja). Esto implica considerar las producciones transferenciales como diferenciadas y específicas de cada dispositivo.

No hay pues una única posibilidad de transferir, hay disposición, en un sujeto múltiple, a co-construir con el analista -aquí analista del hijo/a- en cada particular dispositivo analítico, una situación transferencial desencadenada por tal dispositivo. Esto posibilita (...) que un sujeto en análisis pueda simultáneamente asistir a sesiones de trabajo parental, dado que allí se generarán otras emergencias transferenciales y diferentes producciones. (Rojas, 2014, p. 42).

En tanto a lo múltiple, ya se ha mencionado lo relativo a la transferencia central (T) y la lateral (t), en este caso Bruno (2017) indica que la consulta puede ser efecto de una exigencia exógena a la familia, como una institución educativa, un médico, etc., esto corresponde al área de las transferencias laterales (t). Estas situaciones preconfiguran el campo transferencial y es importante analizar las influencias de estos otros que indican o exigen la decisión de consulta entendiendo la importancia de estas en el registro parental. Plantea que en las transferencias múltiples es importante desdeñar las diferentes demandas en esas transferencias que se despliegan, a su vez las entiende como una red transferencial donde los lazos en sus particularidades tienen acción unas con otras y movimientos.

Si bien en este tiempo se entiende que la transferencia debe abordarse en los tres registros: imaginario, simbólico y real. Tomar en cuenta los aspectos imaginarios sería correrse del camino correcto, entendiendo que en lo analítico debe primar lo simbólico. Por ello se debe advertir el lugar que los padres colocan al analista a modo de proyección imaginaria ya que “deslindar esos ‘imagos’ de las que somos semblantes, permite no responder a ellas asumiendo esos lugares” (Bruno, 2017, p. 60).

Contratransferencia con padres

Clásicamente la contratransferencia fue tomada como obstáculo en tanto a la imagen que debía tener el terapeuta neutralizando su afectividad, no conmocionándose por sus pasiones y circulando por diferentes representaciones sin represión. Pero luego la misma fue re teorizada y se convirtió en una poderosa herramienta de análisis, entendiendo que en la respuesta contratransferencial del analista se ilustra el tipo de transferencia desplegada. Es decir, se repite un tipo de vínculo infantil con los padres del consultante con el fin de irritarlos o provocarlos. Se caracteriza de esta forma a la contratransferencia como el conjunto de deseos, angustias y defensas que se activan en el terapeuta en contacto con el paciente. Ahora bien, ¿cuál es la respuesta ante los estímulos presentes de los padres?, para responder esta pregunta es importante plantearnos con quién nos identificamos si con el niño o con los padres. Siendo esta la principal consecuencia de la concepción de una terapia unificada entre padres e hijos y de un modelo que trabaje la unidad de la relación y no exclusivamente con la problemática infantil presente.

Trabajar desde la unidad de 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, hecho que se convierte en una verdadera usina generadora de celos, rivalidad y ataques inconscientes al tratamiento por parte de los padres (Dio Bleichmar, 2013, p. 465).

Esta perspectiva que toma en cuenta la relación complejiza y amplía la contratransferencia del psicólogo/a de niños/as. Dándose dos subtipos de forma simultánea, tanto en el niño/a como en los padres: la contratransferencia concordante (cuando el analista se identifica con ciertos aspectos del paciente) y la complementaria (cuando el analista toma los aspectos que están ausentes en el paciente). El aspecto concordante tiene que ver con el nivel empático del analista en el campo clínico, si un niño/a presenta ansiedades en relación a las exigencias parentales en su desarrollo académico estamos dando importancia a rescatar al niño/a de su estado ansioso, identificando la angustia que esto genera en él/ella, y al mismo tiempo con el reclamo paterno compartimos su actitud superyoica teniendo que lidiar con sus demandas narcisistas. Si estamos en este terreno no estamos en posición de análisis, lo que lleva a correr el riesgo de que paciente y analista sean lo mismo, por ello es necesario cuestionarse qué reactiva esta contratransferencia y salir de la identificación. En tanto a la contratransferencia complementaria el analista toma lo que está ausente en el paciente, como por ejemplo un adolescente toma una actitud peligrosa estando él

tranquilo, pero generando en el analista ansiedad. Es necesario trabajar aquí con el paciente lo que se ha delegado y depositado en el terapeuta. Por ello se rescata que la actitud del terapeuta debe ser de observador de un campo donde se ve a dos personas en interacción.

El buen analista es el que se sienta en una segunda silla y observa al paciente y a sí mismo sentado viendo como interactúan. (...) El gran esfuerzo que tenemos que hacer es colocarnos fuera de la díada, rescatar un yo observador que mire que es lo que está pasando entre los dos, que tipo de vínculo se constituye. El yo observador del analista, observando la relación intersubjetiva formada por él o ella y el paciente. (Dio Bleichmar, 2013, p. 464).

Capítulo III

Clínica situacional

En el anterior capítulo se ha tratado de mostrar las diferentes formas de abordar las parentalidades en la clínica infantil. En este recorrido se ha primado la idea de que los padres representan un aliado indiscutible para la elaboración de la alianza terapéutica. Como aliados y como parte constitutiva de la psiquis del niño/a la integración a la situación clínica emergente es necesaria, por ellos es que la pertinencia de pensar la clínica infantil desde un abordaje situacional representaría una solución a la integración de las diferentes series causales que se despliegan en la realidad de los infans.

Bleger (1964) indica que la psicología, así como otras ciencias han considerado al hombre de forma aislada. Sus manifestaciones, atributos o propiedades son consideradas como condición *natural* del hombre. Esta mirada fue una lógica extensión del supuesto filosófico de que cada sustancia se caracteriza por sus atributos dándole a éstos propiedades peculiares que dependen de su naturaleza. Este enfoque ha entrado en franco declive entendiendo que los objetos dependen no solo de su propia naturaleza sino de cualidades relativas que emergen de las relaciones que se establecen en un momento dado. Por tanto, las propiedades de los objetos solo pueden ser definidas en función de un relativismo, sea este el de las condiciones en las que existen en un momento dado, abordaje vigente para todas las ciencias. Y que para la psicología toma gran relevancia ya que la conducta de un individuo o grupo estaría

siempre en función de las relaciones y condiciones interactuantes en cada momento determinado.

Esta perspectiva es de suma importancia para la psicología contemporánea, ya que el abordaje de la conducta ya no sería una cualidad que emerge de algo interior y que consecuentemente se despliega en un afuera, sino que se tratan de cualidades que derivan de su relacionamiento con el conjunto de condiciones totales y reales. Este conjunto de elementos, hechos, relaciones y condiciones constituyen lo que se denomina *situación*, que cubre una fase o período de tiempo.

Por ello el autor afirma: “los seres humanos estudiados en psicología, sea de forma individual o grupal, deben serlo siempre en función y en relación estrecha con el contexto real de todos los factores concretos que configuran la situación” (p. 41). Al mismo tiempo nos indica que la situación comprende y da ubicación a los fenómenos en un marco amplio, si bien este marco es necesario y útil es beneficioso reducir la amplitud para poder estudiar los fenómenos con mayor precisión. Esta necesidad se satisface con el concepto de campo, que es la situación total considerada en un momento dado, un corte hipotético y transversal de la situación. El campo al ser dinámico está en permanente reestructuración y nidificación convirtiéndolo en un artificio que se irá construyendo en un estudio de campos sucesivos y continuos, incluyendo como elemento integrante al sujeto o partes de su personalidad.

La relación sujeto-medio no es, entonces, una simple relación lineal de causa a efecto entre dos objetos distintos y separados, sino que ambos son integrantes de una sola estructura total, en la que el agente es siempre la totalidad del campo y los efectos se producen también sobre, o dentro de él mismo, como unidad. La conducta es, así, una modificación del campo y no una mera exteriorización de cualidades internas del sujeto ni tampoco un simple reflejo o respuesta lineal a estímulos externos. Todo campo y toda situación son siempre originales y únicos, en el sentido de que no se repiten jamás totalmente de la misma manera. (Bleger, 1964, p. 43).

Por su parte la autora Bó de Besozzi (2005) sostiene que las nuevas formas de sufrimiento que se hacen presente en la clínica implican pensar una teoría de la subjetividad que incluya la determinación sociohistórica. “Los modos de pensar, de sentir y de actuar en una situación están marcados por una serie de prácticas que incluyen los discursos sociales, los que actúan sobre los sujetos, determinando en las mismas operaciones psíquicas.” (p. 5). La perspectiva psicoanalítica situacional configura una subjetividad abierta y transformable a lo largo de la vida de un sujeto, la cual está enraizada con tramas socioculturales vinculares que exceden el ámbito de la particularidad de la singular constitución psíquica y constelación familiar de origen, la

cual esta misma se constituye sobre las primeras. Es desde esta premisa que se debe apuntar el trabajo psicoterapéutico, no solo a la cualidad traumática de las alteraciones sufridas, sino al mismo tiempo al desarrollo de los recursos psíquicos pertinentes para ir transitando una situación crítica determinada por el niño/a, adolescente y/o su familia.

Antar (2002) afirma que no existe el paciente sino es en situaciones clínicas y este debe ser pensado más que en cada caso, en *circunstancia*. La situación no estaría definida por el entorno sino por los contactos que el sujeto establece, es decir con un contexto dinámico. “El sujeto no es solo origen sino un ir deviniendo que altera su identidad” (p. 1). Este devenir se opone a la idea de ser, no tiene regla, ni comienzo, ni fin, es una composición de momentos de alteración y refiere a *ir siendo, al acontecer*, cada una de las situaciones abriría un devenir que es constituyente en la subjetividad, que no respondiendo a ninguna estructura se independizaría de la idea de origen y está en relación con la situación.

Esta idea de situación propone una clínica diferente a la estructural, como indican Antar y Gurman (2002), ya que la teoría estructural tiende a ubicar al sujeto dentro de un modelo que dificulta la consideración de lo nuevo, desplegando la idea de causa, origen, determinismo y repetición en una concepción de un tiempo organizado-desplegado secuencialmente en un antes, ahora y después, dando una ilusoria concepción totalizante que propone develar lo oculto y preexistente. Si se logra desprender de esta lógica de pensamiento advendría el desconocimiento y la incertidumbre. Pensando en situación no se descartaría lo oculto y se incluiría la posibilidad de lo aún no advenido.

Podríamos decir que el término situación no designa un solo objeto o acontecimiento ya que nunca experimentamos o formamos juicios sobre ellos aisladamente, sino sólo en relación al *contexto*. Tiene la cualidad de unir los elementos constitutivos, dando a ésta todo su carácter único, formando una situación individual e induplicable. Ningún problema puede plantearse o siquiera adquirir sentido, si no es en forma situacional. Una situación en principio se define desde un punto problemático, porque éste asigna la pertinencia o no de los términos de la misma. (Antar y Gurman, 2002, p. 2-3)

Abordaje en la exploración de la situación

Como indica Fiorini (1992), que ha profundizado en el estudio de la clínica situacional, la situación puede ser pensada como una acumulación de situaciones de crisis. Para profundizar en la estructura de tal situación la misma debe ser pensada como un espacio en el que convergen diferentes *series causales*, o sea diferentes series de fenómenos que van configurando la situación crítica emergente. Estas series son

una clase homogénea de fenómenos que responden a una cierta legalidad o cierto encadenamiento causal que es propio de esa clase de fenómenos, como ser serie corporal, serie familiar, serie laboral, serie evolutiva, serie prospectiva y serie social. Esta forma de pensar al individuo en situación enriquece la manera de comprender los conflictos profundos por tanto entender las diferentes maneras de aproximarnos, en términos terapéuticos, fundamentando las formas de ayuda.

Cuando el autor hace referencia a la serie corporal refiere a ésta la historia del cuerpo y sus resonancias inconscientes y fantasmáticas. La serie familiar abarcaría un encadenamiento de sucesos que emergen de la dinámica de un grupo familiar a lo largo del tiempo, con los respectivos movimientos, pérdidas, cambios y reestructuraciones. La serie laboral estaría más vinculada a la clínica con adultos, pero si lo extrapolamos a la clínica infantil está relacionada con lo educacional, la cual representa para el niño/a una obligación por parte de los adultos responsables como de la sociedad misma, englobando el rol que el niño/a desempeña en el centro educativo, sus relaciones con superiores y pares, etc. La serie evolutiva está obviamente relacionada con el área de la psicología evolutiva, dando lugar a una investigación en el niño/a (aclarado por parte de sus padres) de las etapas evolutivas de éste/a y cómo fueron transitadas, desde los primeros estadios hasta el momento en que se presenta a la consulta. La serie prospectiva tiene que ver con los proyectos a futuro que se puedan plantear o no en la intervención con el paciente. Si lo pensamos en la clínica infantil tiene que ver con la imagen que el niño/a tiene de sí mismo/a (sea inconsciente como consciente) en relación a sus logros futuros o metas, así como también se ponen en juego la imagen que sus padres tiene de este niño/a y lo que esperan de él/ella en el futuro en relación a la consulta. Y finalmente la serie social que serían los vínculos diferentes a los del grupo primario. En este escenario el autor también asigna una novedosa situación (si la comparamos con las anteriores) que viene aparejada con la consulta al profesional, la creación de este vínculo terapéutico ofrece continencia, en el cual el psicólogo pensará una diversidad de posibilidades de abordajes estratégicos y técnicos.

“(…) El concepto de situación designa un objeto articulador. Su función de articulación se realiza por efectos de montaje, dados por yuxtaposiciones entre series cuyas resonancias ligan entre sí a diferentes tipos de objetos: discursos, cuerpos, instituciones, grupos, fantasmas individuales” (Fiorini, 1991, p. 39) La mirada situacional propone no restringir la observación y la intervención clínica de esos objetos teóricos, sino más bien una lógica de inclusiones, conjunciones e integraciones que se diferencian del mundo de disociaciones que la enfermedad mental expresa.

Consideraciones finales

En los tres capítulos que componen este trabajo se ha pretendido dar cuenta de algunos de los fundamentos teóricos que estructuran la concepción de parentalidad, la clínica infantil desde el abordaje parental y la clínica situacional. Esta conjunción de tópicos se ha desarrollado para dar una respuesta a la cuestión de los lugares que las parentalidades pueden tomar en la clínica infantil.

De este conglomerado se ha podido dilucidar elementos importantes sobre las parentalidades, en plural, por su carácter diverso en tanto a la multiplicidad de estilos, padres y niños/as que se pueden presentar en la situación analítica y atendiendo a la singularidad del mismo. El elemento fundamental es que la parentalidad debe englobar el cuidado físico, la regulación afectiva y los logros evolutivos, en la condición temprana de dependencia del niño/a al nacer hasta su emancipación en la adolescencia. Su prefijo es el sostén y la terceridad (que también incluyen narcisización e interdicción), abordando al niño/a como sujeto activo y de derechos. Los contextos sociohistóricos y los imaginarios sociales que lo acompañan moldean la concepción/construcción de las parentalidades, entendiendo que la parentalidad remite a actitudes y formas de interacción paterno/materno-filiales en el ejercicio de las responsabilidades socialmente consumadas. Mas el análisis de las mismas dan cuenta del orden del deseo, con elementos narcisistas, edípicos y fantasmáticos aparejados en su función simbólica que serán cristalizados en el hijo/a en la medida que éste los integre y los resignifique.

Esta función puede ser llevada a cabo por los padres biológicos o por adultos que ejerzan una parentalidad social en las diferentes variables que se puedan desplegar en la construcción de vínculos actuales, por ello las nuevas formas de parentalidades, como familias ensambladas, monoparentalidad, homoparentalidad, fertilización asistida, etc. Presentan un nuevo desafío en la lectura de los lugares simbólicos asignados a la pareja parental. Decantando en la importancia (desde el apego) de que el niño/a tenga una figura adulta confiable y estable, que le garantice intercambio de afectos y el conocimiento del mundo que está inmerso para constituirse como ser humano.

En este escenario de nuevos paradigmas y relecturas de los idearios de familia y parentalidad se plantea la variabilidad de posturas en tanto al abordaje de las parentalidades en la clínica infantil. Entre ellas está ignorar a los padres y limitarse de forma exclusiva al niño o incluir a los padres en el tratamiento. Las dos posturas presentan diferentes problemáticas, la primera, la exclusión de los padres puede gestar una abrupta terminación del proceso ya que se encontrarían con un lugar de

desinformación con respecto a lo que le ocurre a su hijo y lo que ocurre con su tratamiento. Y la segunda, incluirlos, representa el método más difícil para el terapeuta sabiendo que se deberá tolerar las dificultades que presenta el niño/a y las que traen sus padres en relación a las primeras y a sus propias problemáticas (que en principio no serán elaboradas) (Burlingham, citado por Bruno, 2017).

Pese a las dificultades que este último método presenta sería el que mejor se ajusta a las demandas actuales en la construcción de parentalidad y a las demandas de la clínica infantil ya que se tomarían tres preceptos básicos: el síntoma del niño/a puede estar determinado/producido por sus padres, operando como un llamado de alerta en un ambiente familiar patógeno; el psicoanálisis de niños es a pedido y en la gran mayoría de las veces son los padres que lo demandan y que es favorable dar un lugar al tratamiento en el espacio psíquico parental para la construcción de una alianza que en principio de continuidad al mismo. Por tanto el vínculo con el niño/a por parte del profesional es importante y son los padres los que lo sostendrán por ello hay que integrarlos a la nueva situación de consulta.

El acompañamiento parental presenta varias vertientes, como precisar y acompañar los cambios que se vayan produciendo en el niño dando lugar a un espacio de psicoeducación parental que delimiten los estilos y capacidades parentales que se despliegan en el hogar, los aspectos más favorables de estos y los que pueden producir problemáticas en el futuro. Siempre en un clima de empatía y apoyo para no despertar rencores o negaciones ya que muchas de sus acciones pueden estar originadas en anclamientos generacionales que de deconstruirse, pueden desmoronar formas adaptativas al medio. Por ello se apunta a incluir las fantasías inconscientes de los padres en el campo analítico para que sean releídas. Esta relectura no oficia de terapia sustitutiva de padres, sino que enriquece la comprensión del campo transferencial entre el niño/a y el terapeuta.

Topándonos con un ambiente familiar que no tolera los cambios en el/la niño/a se debe considerar el lugar más allá del síntoma y si es el/la niño/a que requiere tratamiento y/o alguno de sus padres o ambos. Además, las familias pueden, desconociéndolo, sostener la problemática del niño/a obstaculizando de esta forma posibles procesos transformadores.

La alianza terapéutica comprende también la posibilidad de establecer un proyecto en el cual se trabaje de manera conjunta. Esto involucra a los padres y los transforma en participes y no ajenos/rivales del tratamiento por sus dilucidaciones inconscientes no elaboradas con respecto al mismo, pudiendo abrir diferentes perspectivas discursivas

haciendo que la conducta del niño/a se les haga significativa y a través de la transferencia positiva producir un giro en la asunción de responsabilidades.

La lectura del campo analítico infantil puede focalizarse en la *relación* de las partes intervinientes, representando la unidad de trabajo, objeto de estudio y transformación para el profesional. De esta forma se tendría una comprensión dinámica e intersubjetiva del proceso relacional entre padres e hijos, llevando a una lectura global del funcionamiento familiar abordando a los padres como la fuente y origen del mundo interno del hijo/a en una relación diaria y actual. Además, trabajar con la unidad de la relación libera al profesional de realizar alianzas inconscientes con el niño/a dejando afuera a los padres y despertando niveles de ansiedad en ellos, esta concepción amplía y complejiza la contratransferencia porque daría una visión completa e intersubjetiva de los fenómenos que se desarrollan en el campo analítico.

A su vez si tomamos la relación, la alianza, las transferencias y los demás elementos del campo analítico, así como la concepción y modos de parentalidades y los vinculamos al contexto real de los factores que lo determinan configuramos aspectos de la situación. Para tener una visión de la situación total se debe considerar ésta como una acumulación de situaciones y estas situaciones pensadas como yuxtaposiciones de series causales determinadas en un momento dado, diferentes en cada individuo, incluso dentro de un mismo sistema familiar. Los padres comprenden la serie familiar, por ejemplo, así como también otras series que pueden estar presente en la consulta infantil, por la particularidad del contacto diario y real de los niños/as con sus padres.

Se concluye entonces que la mirada situacional es un recurso fiable frente a la compleja estructura de la clínica infantil, teniendo presente quien es el paciente y quienes son los que sostienen la situación de consulta abordar una intervención que incluya e integre todos los elementos: la relación, el estilo de crianza, el deseo, los aspectos fantasmáticos, inconscientes y preconscious, discursos, cuerpos, instituciones, grupos o sea las series causales que transversalizan al niño/a condicionantes de la situación actual para darle un orden frente a la disociación que pueda llegar a presentarse y fundamentar como indica Fiorini las diferentes formas de ayuda del profesional. El lugar de las parentalidades se inscribe en una mirada compleja y holística dentro de una clínica situacional que aspire a una necesaria plenitud del niño/a y su familia. –

Referencias bibliográficas

- Aberastury, A. (1987). *Teoría y técnica del psicoanálisis de niños*. Buenos Aires: Paidós.
- Álvarez, V., Aszkinas, L., Cal, M., Gradin, V., Pintos, M., Orban, L. y Rocco, B. (2014). Ejercicio de la parentalidad en sectores de extrema vulneración: un asunto público. En *Parentalidades y cambios familiares. Enfoques teóricos y prácticos*. (pp. 350-357). Montevideo: INAU.
- Antar, E. (mayo, 2002). Devenir de la subjetividad. En *Congreso Argentino de Psicoanálisis, "Desafíos y recursos actuales en Psicoanálisis"*. Recuperado de https://eva.udelar.edu.uy/pluginfile.php/1219857/mod_resource/content/1/Devenir%20de%20la%20subjetividad%20%28Antar%29%20%281%29_2.pdf
- Antar, E. y Gurman, H. (setiembre, 2002). El texto es un contexto: La clínica situacional. En *XXIV Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis, "Permanencias y cambios en la experiencia psicoanalítica"*. Montevideo. Recuperado de https://eva.udelar.edu.uy/pluginfile.php/1219855/mod_resource/content/1/Cl%C3%A9nica%20Situacional%20%28Gurman%29%20%282%29.pdf
- Aznar, M. (2009). Intervención con Padres en Clínica de Niños. *Clínica y Salud*, 20(3), 291-300. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742009000300010
- Balparda, S. y Schroeder, D. (2014). Funciones simbólicas parentales. En *Parentalidades y cambios familiares. Enfoques teóricos y prácticos*. (pp. 122-134). Montevideo: INAU.
- Balzaretto, M., Cambón, V. y Silva, P. (2017). *Incidencia de los Centros de Atención a la Primera Infancia de INAU en el ejercicio de las parentalidades*. Montevideo: INAU – Primera infancia.
- Bleger, J. (1983). *Psicología de la conducta*. Buenos Aires: Paidós.
- Blinder, C., Knobel, J. y Siquier, M. (2008). *Clínica psicoanalítica con niños*. Madrid: Síntesis.

- Bó de Besozzi, A. (2005). La clínica del descreimiento y la producción de futuro en la juventud actual. Aportes desde una perspectiva psicoanalítica situacional. En *Anais do 1er. Simposio Internacional do Adolescente*. San Pablo. Recuperado de http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000082005000100006&lng=en&nrm=iso
- Bruno, G. (2017). *Entrevistas iniciales con padres para la atención psicológica de un hijo. Significación del motivo de consulta*. Montevideo: Ediciones Universitarias, UCUR.
- Capano, A. y Ubach, A. (2013). *Estilos parentales, parentalidad positiva y formación de padres. Ciencias Psicológicas*, 7(1), 83-95. Recuperado de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-42212013000100008&script=sci_arttext&lng=en
- Carril, E. (2000). El deseo parental. El ayer y hoy de una construcción compleja. *Querencia*, 2. Recuperado de https://querencia.psico.edu.uy/revista_nro2/elina_carril.htm
- Cohen, J. (2014). Cambios de los padres en las familias contemporáneas. En *Parentalidades y cambios familiares. Enfoques teóricos y prácticos*. (pp. 104-113). Montevideo: INAU.
- De los Santos, N., Di Fabio, Ch., Marotta, A. y Pierri, L. (2018). Parentalidad en acción. ¿Familias en cuestión? Una aproximación a las encrucijadas de la intervención. *Fronteras*, 11, 77-87. Recuperado de https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/19999/1/RF_de%20os%20Santos_2018n11.pdf
- Dio Bleichamar, E. (2013). *Manual de psicoterapia de la relación padres e hijos*. Buenos Aires: Paidós.
- Fiorini, H. (1992). Exploración de la situación como modalidad de abordaje en psicoterapias. En J. Elizalde, D. Defey, H. Fiorini, P. Méndez y J. Rivera (Comp.), *Focalización y psicoanálisis*. (pp. 11-41). Montevideo: Prensa Médico Latinoamericana.
- Guerra, V. (2014). Subjetivación del bebé e implicación parental: indicadores de intersubjetividad en bebés de 0 a 24 meses. En *Parentalidades y cambios familiares. Enfoques teóricos y prácticos*. (pp. 168-183). Montevideo: INAU.

- López, A. (2014). Comentarios de Parentalidad adolescente: entre el deseo de ser y la repetición del desamparo. Potencialidades del encuentro psicoterapéutico. En *Parentalidades y cambios familiares. Enfoques teóricos y prácticos*. (pp. 92-100). Montevideo: INAU.
- Muniz, A. (2018). De la evaluación a la intervención, una mirada compleja sobre la práctica clínica. En A. Muniz (Comp.), *Intervenciones en psicología clínica. Herramientas para la evaluación y el diagnóstico*. (pp. 117-119). Universidad de la República, Comisión sectorial de Enseñanza. Recuperado de https://psico.edu.uy/sites/default/pub_files/2018-11/Intervenciones%20en%20psicologi%CC%81a%20cli%CC%81nica.pdf
- Rojas, M. (2004). El trabajo psicoanalítico con padres. *Cuestiones de infancia*, 9, 41-50. Recuperado de http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/206/El_trabajo_p_sicoanal%3ADt._con_padres.pdf?sequence=1
- Schroeder, D. (2001). *Conceptualizando el lugar de los padres en el psicoanálisis de niños*. Montevideo: Universidad de la República, Facultad de Psicología, Unión de Formación Permanente de Graduados.