

NIÑECES

Psicoterapia Psicoanalítica



Autoras

Beatriz Janin - Marina Cuello Pagnone
- Agustina Labin - Alejandra Taborda
- Carolina Farconesi - Glenda Cryan

neu
NUEVA EDITORIAL
UNIVERSITARIA

NIÑECES
Psicoterapia Psicoanalítica

Niñeces: psicoterapia psicoanalítica / Alejandra Taborda... [et al.];
Compilación de Alejandra Taborda - 1a ed - San Luis: Nueva Editorial
Universitaria - UNSL, 2024. Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online
ISBN 978-987-733-410-4

1. Niñez. 2. Psicoterapia Infantil. I. Taborda, Alejandra, comp.
CDD 155.41

Universidad Nacional de San Luis

Rector: CPN Víctor A. Moriñigo

Vicerrector: Mg. Héctor Flores

Nueva Editorial Universitaria

Avda. Ejército de los Andes 950

Tel. (+54) 0266-4424027 Int. 5197 / 5110

www.neu.unsl.edu.ar

E mail: neu@unsl.edu.ar

Coordinador General: Esp. Mariano Pérez

Director Administrativo Tec. Omar Quinteros

Administración: Esp. Daniel Becerra

Dpto. de Impresiones: Sr. Sandro Gil

Dpto. de Diseño: Tec. Enrique Silvage

DG Nora Aguirre Reyes

Diseño de tapa:

Paula Velasco

ISBN 978-987-733-410-4

© 2024 Nueva Editorial Universitaria

Avda. Ejército de los Andes 950 - 5700 San Luis

Prohibida la reproducción total o parcial de este material sin permiso expreso de NEU

NIÑECES

Psicoterapia Psicoanalítica

Compiladora:

Alejandra Taborda

Autoras

Beatriz Janin

Marina Cuello Pagnone

Agustina Labin

Alejandra Taborda

Carolina Faconesi

Glenda Cryan



Universidad
Nacional
de San Luis

ÍNDICE

Prólogo.....	9
--------------	---

Capítulo 1.

Psicoanalizando niños y niñas

Beatriz Janin	11
---------------------	----

Capítulo 2.

Tiempos, espacios, encuentros: ejes para pensar la
potencialidad de la telepsicoterapia en las niñeces

Marina Cuello Pagnone; Agustina Labin y Alejandra

Taborda.....	43
--------------	----

Capítulo 3.

La importancia del psicodiagnóstico como orientador
del proceso terapéutico de niños/as

Carolina Farconesi.....	69
-------------------------	----

Capítulo 4.

Niñeces y parentalidades.

Desde el diagnóstico individual a la psicoterapia de grupos
paralelos

Alejandra Taborda.....	107
------------------------	-----

Capítulo 5.

Historia y fundamentos de la psicoterapia grupal
psicoanalítica en la clínica de las niñeces

Glenda Cryan.....137

Prólogo

La psicoterapia psicoanalítica en las niñeces es un terreno complejo y en constante evolución. Este libro, al poner en diálogo fundamentos teóricos con un abanico de recursos terapéuticos, ofrece una visión actualizada sobre diversas facetas de la clínica con niños, niñas y padres. La obra recorre aspectos nodales para referir heterogéneas vicisitudes en sus emplazamientos presenciales, virtuales, individuales y grupales.

En el primer capítulo, la autora traza un ir y venir entre construir hipótesis, cuestionarlas, reformularlas al compás de los procesos que habitan la relación psicoanalítica. A modo de calidoscopio, la mirada recae en los entramados del sufrimiento psíquico de niños, niñas y adultos, deseos inconscientes, múltiples y contradictorios, anhelos preconscientes, defensas, normas superyoicas, ideales, resistencias y retos en torno al fin del análisis.

En el segundo capítulo el equipo de autoras analiza la perspectiva de terapeutas sobre potencialices de la telepsicoterapia con niños/as. Desde esta óptica, señalan que las sesiones online condensan múltiples desafíos y requieren poner en relación revisiones teóricas con investigaciones empíricas de procesos diagnósticos y terapéuticos. Construcciones que convocan debates colectivos de los colegios profesionales, los sistemas de salud, las universidades y el Estado, para garantizar un ejercicio coherente y ético de esta modalidad terapéutica.

En el tercer capítulo, la autora ubica el proceso diagnóstico como pilar central del vínculo y proceso terapéutico. Refiere las peculiaridades de concordancias, discordancias y complementariedades entre el motivo de consulta de los padres y las preocupaciones del niño o niña, con sus concomitantes tramas transferenciales. Sitúa, en un lugar primordial, la expresión del sufrimiento psíquico del niño/a y cómo ellos/as creen que podría ser mitigado. Desde el psicodiagnóstico y, en el transcurrir del

trayecto terapéutico, devienen nuevas ligaduras en todos y cada uno de los protagonistas.

En el cuarto capítulo, la autora sistematiza diversos aspectos organizacionales de un diseño terapéutico modelizado. Inicia con una fase diagnóstica individual y, según los criterios de indicación clínica, desemboca en grupos psicoanalíticos paralelos de padres/madres e hijos/as. La propuesta conjuga las dimensiones del: atender la conflictiva que presenta el/la niño/a; desentrañar cómo se configuraron los síntomas en los entramados identificatorios y focalizar el tratamiento en las vivencias y funcionamiento psíquicos que surgen frente a la parentalidad, en el marco de la transmisión transgeneracional.

Finalmente, en el quinto capítulo la autora profundiza en los fundamentos de la psicoterapia psicoanalítica grupal y las peculiaridades implicadas en la clínica de niños/as. En pos de señalar las potencialidades específicas de la modalidad psicoterapéutica, construye un recorrido por diversos aportes teóricos, elaborados en circularidad con investigaciones empíricas, que se extienden desde los orígenes hasta sus desarrollos actuales, en diversos países.

Este libro está dirigido tanto a profesionales de la salud mental como estudiantes interesados en la psicoterapia psicoanalítica de niños y niñas. Esperamos que sirva como fuente de inspiración para aquellos que buscan un marco teórico referencial y modalidades terapéuticas viables de ser desarrolladas en ámbitos públicos y privados. Las propuestas vertidas a lo largo de estas páginas invitan a replanteos profesionales que conlleven una postura epistemológicamente coherente y respetuosa de las tramas intersubjetivas, siempre en el contexto de sus relaciones significativas y las condiciones sociopolíticas económicas de un tiempo y espacio histórico determinado.

Agustina Labin

Capítulo 1

Psicoanalizando niños y niñas

Beatriz Janin

La clínica, cotidianamente, nos enfrenta a esa situación tan particular que implica pensar la teoría en movimiento, armar hipótesis, cuestionarlas e ir reformulando a cada paso las certezas previas. Pulsiones, defensas, narcisismo, Edipo, identificaciones, todo el andamiaje teórico se pone en juego, se re-crea en cada intervención, produciendo nuevos interrogantes.

Deseos inconscientes, múltiples y contradictorios, anhelos preconcientes, diferentes defensas, normas superyoicas e ideales, todo se entrecruza en una historia que se va construyendo. Historia de lo vivenciado, en la que los acontecimientos se inscriben de un modo particular de acuerdo a las pulsiones, las defensas y el tipo de pensamiento predominantes.

Será imprescindible tener en cuenta que la realidad fundamental con la que se encuentra un/a niño/a es, tanto la insistencia de su propio pulsionar, ese interno vivido como un externo que exige, como la realidad psíquica de los/a otros/as, aquello que los/as otros/as le devuelven del mundo y de él/ella mismo/a, las pasiones y prohibiciones de los/as otros/as. Todo/a niño/a está pendiente de los avatares emocionales de sus padres, de sus estados anímicos, de sus palabras, gestos y acciones.

Entonces, la verdad “material” con que se encuentra es la verdad “histórico vivencial” de los/as otros/as que irrumpe desde un adentro-afuera insoslayable, teñida por sus propias urgencias y modos de registrar el mundo.

Así, él mismo va entramando su propia historia a partir de sus vivencias, historia que se va forjando con las inscripciones resultantes y las ligazones que se van estableciendo entre ellas.

Hemos hablado de lo que implica el trabajo psicoanalítico con los padres. Pero, así como es fundamental escuchar a los padres, también lo es escuchar al niño/a mismo/a. Un escuchar que es tener todos los sentidos atentos y disponibles para tomar lo que el niño o niña dice del modo en que se exprese.

Muchas veces, los niños y niñas se sorprenden frente a un adulto que los tiene en cuenta, dándoles la palabra, otorgando valor a lo que dicen y lo que hacen.

Escuchar, posibilitar el juego, el dibujo, el modelado, permiten dejar traslucir aquello que insiste. A veces, esta insistencia se da desde la marca, como búsqueda deseante, pero también puede darse la repetición del movimiento de desinstitución, y nos encontramos con un vacío, con un recorrido desinscriptor, expulsor. Entonces, es fundamental diferenciar qué es lo que se repite, en qué tipo de estructuración se da esa repetición, cuáles son las defensas y el tipo de pensamiento que prevalecen y si hay o no juego y, en el caso de que lo haya, qué tipo de juego predomina.

Una palabra, un gesto, una acción del/la analista, pueden tener un efecto privilegiado operando como disparadores o articuladores, como apertura a lo innombrable, posibilitando el armado de una historia. Quizás una de las cuestiones fundamentales es ésta: no se trata muchas veces de develar una historia (aunque puede tratarse de ello) sino de posibilitar que se arme una, que se despliegue una trama, un sostén interno que permita la constitución de las instancias como diferenciadas.

Quizás, como dice Geoffrey Vickers:

“Los más sanos, como los más locos de nosotros, nos colgamos como arañas de una tela tejida por nosotros mismos, oscuramente amarrada en el vacío y sacudida con fuerza por los vientos del cambio. Sin embargo, esta frágil telaraña, a través de la cual muchos sólo ven el vacío, es el único artefacto duradero, la única forma auténtica de humanidad y su tejido es nuestra responsabilidad fundamental.” (en Tustin, 1992, pág 19)

Ayudar a que esa red, esa tela que es sostén interno, se teja, es una de las tareas que nos proponemos en el análisis de un niño o niña.

Las primeras entrevistas con el niño o la niña

Y el/la niño/a llega al consultorio. A veces contento/a, otras enojado/a, confundido/a o asustado/a. Y, generalmente, nos sorprende.

Muchas veces se supone que el/la niño/a “muestra” sus conflictos directamente. Y entonces ¿para qué la teoría? ¿Para qué pensar en términos metapsicológicos si con el sentido común o la observación es suficiente? Pero como el inconsciente no se muestra sino deformado y aún antes de su estabilización como sistema hay inscripciones que exigen una repetición, como diferentes organizaciones psíquicas implican diferentes movimientos defensivos y por ende transformaciones, como el menor grado de censura en las infancias y niñeces (que implica menor estructuración y diferenciación sistémica) no nos habla de que interpretar sea más sencillo, no será la pura observación, ni el sentido común, ni una traducción lineal, lo que nos posibilitará el acceso a aquello que insiste. Debemos pensar cuáles son los mecanismos predominantes, qué posibilidades representacionales tiene un niño o niña, cómo se expresa y cómo recibe nuestras intervenciones.

La posibilidad de complejizar y ligar se da desde momentos muy tempranos de la vida y el armado deseante se constituye a

partir de vivencias de placer. También, muy tempranamente, se puede “agujerear” la trama representacional, o inscribirse vacíos, en la medida en que predomine el rechazo a toda inscripción.

Entonces, aunque no haya un sistema inconsciente claramente diferenciado como tal, aunque la represión primaria no se haya consolidado y por ende la interpretación propiamente dicha no tenga lugar, es posible analizar a un niño, en tanto tengamos en cuenta los procesos defensivos previos y apelemos a otro tipo de intervenciones.

Durante sus primeros años el/la niño/a no puede dominar psíquicamente las urgencias internas-externas y necesita de otro que lo ayude en este trabajo. En el límite de lo analizable, palabra y gesto operan otorgando un sentido. Si el/la analista tolera la angustia que se desencadena en él/ella, podrá instaurar nexos y diferencias allí donde reinaba un movimiento desinscriptor.

Estará disponible a enfrentarse con las diferentes caras de la conjunción vida-muerte, que se expresarán en forma de gritos, pataleos, abrazos, empujones, escupidas, que el/la niño/a, libre de la sanción externa, desatará evidenciando la fuerza de las pasiones.

Lugar complejo, en tanto deberemos soportar una transferencia en acto, repetición vívida de lo vivenciado innombrable.

Así como la posesión de un archivo de recuerdos posibilita la no desorganización frente a lo novedoso y éste se torna, represión mediante, condición del placer, las posibilidades del/la niño/a de defenderse frente a los estímulos internos y externos que desatan tormentas serían muy inferiores a los de una organización ya consolidada.

Así, hay una repetición de lo displacentero para tornarlo placentero (como en el juego del carretel), hay una repetición de lo placentero, intento de reencuentro con lo mismo (como cuando piden que se les cuente diez veces el mismo cuento) y hay una

irrupción de desarrollos de afecto y actividad motriz desordenada cuando no es posible dominar el trauma.

Desde la descarga motriz indiscriminada hasta el escupir o hacerse pis (expulsando a través de orificios corporales) y arrojar objetos (que supone dominio de la musculatura y creación de un espacio-afuera) hay diferentes funcionamientos psíquicos operando que debemos precisar para determinar nuestras intervenciones.

El encuadre es el marco que brinda al niño o niña un espacio en el que la sexualidad infantil puede desplegarse. Si le posibilitamos moverse, es porque consideramos que es a través del dominio muscular, del movimiento, que el/la niño/a se va separando del otro/a, que va ligando el trauma y apropiándose de lo vivenciado. La actividad motriz es el medio con el que cuenta un niño o niña para tramitar la pulsión de muerte y para transformar en activo lo sufrido pasivamente. A la vez, es un modo particular de “contar” con acciones, de hacer consciente a través de imágenes cinéticas.

Aquí hay una cuestión que considero central: cuando el/la niño/a llega, me parece que es necesario decirle quién soy, cómo me llamo, que voy a intentar ayudarlo/a y que los padres hablaron conmigo y me transmitieron qué es lo que los preocupa de lo que le está pasando, pero que me parece importante que él o ella me cuente en qué le gustaría que yo lo/a ayude, si hay algo que lo molesta, que lo/la hace sufrir, que quisiera que cambie. Esta apertura va a ser diferente (en cuanto a las palabras utilizadas) de acuerdo a las posibilidades representacionales del niño o niña, a cómo fue su entrada al consultorio, al contexto, pero va a estar siempre, aún con los/as niños/as muy pequeños o los/las que no hablan. También les digo que me van a poder contar lo que les pasa del modo en que quieran, que pueden jugar o dibujar o modelar y que yo voy a tratar de entender lo que me quieren decir. También les aclaro que vamos a trabajar juntos. Uso la palabra “trabajo” para enmarcar una situación en la que él no viene “a jugar” sino que el juego es un modo de relatar y elaborar.

Un/a niño/a puede decidir dibujar o hablar y contar lo que le pasa del modo en que pueda.

Es particularmente importante sostener con los/las niños/as que pueden contarnos lo que quieran y que no adivinamos sus pensamientos. Muchas veces, la fantasía de que los adultos “leemos” lo que piensan dificulta la actividad misma de pensar.

Piera Aulagnier plantea:

“Preservar el derecho y la posibilidad de crear pensamientos, y más simplemente, de pensar, exige arrogarse el de escoger los pensamientos que se comunican y los que se guardan secretos: ésta es una condición vital para el funcionamiento del yo.” (P. Aulagnier, 1994, pág 234). “Si es cierto que en el registro del yo la posibilidad de fantasmaticar presupone la de guardar secretos sus pensamientos, la pérdida del derecho al secreto implicaría, al lado de un 'demasiado' a reprimir, un 'menos' a pensar: dos eventualidades que corren el riesgo de hacer igualmente imposibles la actividad de pensar y, de esta manera, la existencia del propio yo”. (íd, pág 235). “En el pensar debe poderse preservar un placer que no tiene otra razón que el puro placer de crear ese pensamiento: su comunicación eventual y la ganancia que pueda resultar de él deben ser facultativos”. (íd, pág 239).

Es habitual que los/as niños/as expresen cosas muy diferentes a las que nos habían contado sus padres, que sus angustias, temores y motivos de sufrimiento sean otros y que algo de ellos/as nos puedan decir a su modo. “No me gusta que los chicos se burlen de mí”, o “Mi hermano me pega y como es más grande yo no puedo hacer nada”, o “Mis papás me retan todo el tiempo”, o “Cuando estoy en la escuela sigo escuchando los gritos de mi casa y no puedo escuchar a la maestra”, son motivos de consulta que los/as niños/as formulan. Este acto de preguntarle si hay algo que le preocupa, que le hace sufrir, que querría que cambie me parece importante porque es diferenciar la demanda de un/a niño/a de la de sus padres y maestros/as e implica darle la palabra

al/la niño/a, ubicarlo a él/ella como protagonista de su historia y de su análisis.

Además, este comienzo me permite ubicarlo/a y ubicarme en un terreno compartido, en el que sus producciones cobrarán un sentido particular.

Daré un ejemplo: Viene a verme una niñita de tres años por la que consultan a causa de sus tics y de que está muy tensa, hace berrinches y suele estar de mal humor. La niña, a la que llamaremos Lía, nació en otra ciudad y toda la familia se trasladó a Buenos Aires pocos meses antes de la consulta. Este cambio, debido al trabajo del padre, les resultó difícil a todos y la niña plantea que extraña la casa donde nació y las personas que la rodeaban allá. Son padres muy dedicados, muy atentos, pero también muy exigentes con respecto a sí mismos y a los otros. Están muy angustiados por el sufrimiento de su hija. Lía ha sido siempre una niña “modelo”. Habla perfectamente, ha controlado esfínteres sin dificultad, dibuja como si fuera más grande, acata todas las normas y es respetuosa con los otros. Se adaptó al jardín de infantes, en un nuevo país, casi inmediatamente, y se relaciona muy bien con los otros niños. Todo esto comenzó a modificarse de pronto, con las irrupciones de angustia de la niña y algunos episodios de furia que resultan absolutamente disonantes en esta familia. Sin embargo, en la primera entrevista, Lía me dice directamente que no le gusta esta ciudad, que le gustaba más la otra, que está enojada, y comienza a dibujar. De los dibujos bien organizados, de nenas, casas, flores y mariposas, pasa a jugar con plasticola de colores y a hacer mezclas hasta que ensucia la mesa, sus manos y brazos, se pinta la cara... frente a la mirada desolada de la madre que intenta frenarla y que, frente a mi gesto de que la deje pintar todo, queda muy impactada por la actitud de su hija. En la medida en que va pudiendo mostrar su enojo y desarmando tempranas represiones los tics van cediendo, dando lugar a un juego más creativo y a la vez menos adaptado a los deseos de los otros. “Su” motivo de consulta no era solamente la migración sino y fundamentalmente este quedar atada a normas rígidas que le provocaban una hostilidad creciente, hostilidad que terminaba

siendo tempranamente reprimida. En este caso, fue necesario trabajar a la vez con los padres para posibilitar que estas modificaciones de la niña fueran toleradas por ellos.

Si le damos elementos (hojas, juguetes, etc.) es porque sus modos de expresión requieren apoyarse en algunos soportes materiales, a los que utilizará de manera peculiar y les otorgará un significado específico para él.

El/la niño/a puede entrar solo/a o acompañado/a. Puede saludarnos como si nos conociera o puede mirarnos con desconfianza. Puede hablar, jugar, dibujar o permanecer mudo y quieto. También puede correr por el consultorio, subirse a las sillas y comenzar a tirar todo.

En los/as niños/as muy pequeños/as, que suelen entrar con los padres (o con alguno de ellos), también nos encontramos con que hay niños/as que expulsan a los padres del consultorio, o hacen como si no existieran, mientras que otros/as se aferran a ellos.

Así, una nena de cuatro años, que no hablaba, entró en el consultorio con ambos padres, pero mientras estos se sentaban aparte, hablando entre ellos y sin conectarse con ella, se dirigió a mí con gestos muy claros, proponiendo juegos en los que un papá le pegaba a una mamá, relatando escenas de violencia familiar. Para mi sorpresa, era como si jugase al “oficio mudo” expresándose con gestos y acciones y contando lo que los demás callaban.

Me parece fundamental que también los/las niños/as organicen las primeras entrevistas. Es posible que en algún momento les pidamos un dibujo, o utilicemos algún test proyectivo, pero siempre que dejemos, primero, que sean los que organizan el campo. Considero que, si le pedimos de entrada un dibujo, o le proponemos un juego, estamos condicionando el trabajo posterior. El/la niño/a supondrá que es eso lo que esperamos de él/ella. Del mismo modo, si al comienzo le damos muchas consignas (como que copie tales dibujos o relate historias) es posible que aguarde nuestras consignas en las siguientes entrevistas.

Así como no recibiríamos a un paciente adulto pidiéndole que responda a determinados ítems, considero que los/as niños/as se presentan a su manera, para lo que sí debemos ofrecerles material adecuado (que en verdad puede ser cualquier cosa con la que puedan jugar, dibujar y/o modelar). Y mostrarnos nosotros/as dispuestos/as a escucharlo/a, a meternos en su mundo, a tomar en serio lo que dice y a creer en lo que nos cuenta (los/as niños/as están bastante acostumbrados/as a que sus palabras no tengan valor para los adultos).

El/la niño/a expresa lo que le molesta y habla de sus sufrimientos, en tanto haya otro/a que esté dispuesto/a a oír aun lo que no le gusta. Pero lo dice de un modo propio, con el tipo de representaciones que predominan en él/ella, con la lógica que impera y con los recursos que ha ido usando en sus vínculos con otros/as.

Si bien se trata aquí también de escuchar, tenemos que mirar, hacer... No creo que un/a niño/a sepa mágicamente de qué se trata lo que le proponemos si no le explicamos, de un modo comprensible para él/ella, lo que vamos a hacer y por qué viene.

Algunas viñetas clínicas:

Una niña de cinco años, que se masturba compulsivamente, llega a la primera entrevista diciendo que no me va a hablar. Escupe la pared, corta papelitos y los desparrama por el consultorio, casi no me mira. Al rato me dice: “Yo tengo diez collares como el que vos tenés, pero acá no los traigo” Así, se pasa varias entrevistas afirmando que ella tiene todo y que sus juguetes son mucho mejores que los que hay en el consultorio. Despliegue en el que muestra, a través de esa referencia constante a mis carencias y a su estar colmada de objetos, la desmentida de su sensación de incompletud.

Un niño de siete años, que presenta problemas de conducta en la escuela, se muestra reacio a hablar y me mira con desconfianza. De pronto, toma el juego del “Quién es quién” y propone jugar. Comenzamos y al rato, me dice en tono imperativo: “Lo que tenés que preguntar es si es hombre o mujer;

eso es lo único importante”. Definición de su problemática más clara que la que podría haber hecho hablando de sí.

Me parece importante aclararle al/la niño/a mi función, pensando que para él/ella yo soy en principio un adulto desconocido y que no tiene por qué saber qué es lo que voy a hacer. También considero que los/as niños/as pueden contarnos en la primer entrevista parte de lo que les pasa, de su sufrimiento y de sus deseos, pero que generalmente necesitan varias entrevistas para poder desplegar sus angustias y temores. En ese sentido, la primera entrevista nos puede mostrar a un/a niño/a callado/a y temeroso/a, pero en las siguientes ese mismo niño/a puede hacer un despliegue diferente, en la medida en que vayamos dejando de ser un/a extraño/a.

Suele predominar el modo de representación visual y motor, por lo que la lectura de acciones, de gestos, así como de dibujos, es fundamental.

Y nuestros movimientos, gestos y acciones generarán respuestas. Así, cuando un/a niño/a tira un auto y el adulto no se lo devuelve, mira para otro lado, no responde, es posible que lo que se registre sea un vacío allí donde él esperaba que hubiese otro/a. Y si en ese momento está pendiente de la mirada del otro/a como constitutiva, la vivencia es de haber sido eliminado/a, de haber dejado de ser.

Y esta es una cuestión: cuándo se juega el ser y cuándo el tener desde la consulta misma. Y las fluctuaciones entre una y otra problemática.

Hay muchas diferencias en cómo encarar las primeras entrevistas con los/as niños/as, según el nivel de lenguaje verbal que estos tengan, el tipo de vínculo que establezcan, si juegan o no, dibujan o no, el hecho de que entren solos/as o con los padres, etc.

Lo que podemos registrar en las primeras entrevistas son ciertos elementos que nos resultan fundamentales para ir decidiendo a quién dirigirnos y de qué manera, de acuerdo al tipo

de lógica predominante. Pero también hay que tener en cuenta que un/a niño/a puede presentar muchos tipos de pensamiento, distintos modos de vincularse y de comunicar sus afectos y sus ideas, y esto en el marco de una misma entrevista o sucesivamente, en varios encuentros.

Y esto me parece central: escuchar, mirar, observar... conociendo los modos de estructuración subjetiva, que se ponen en juego durante las infancias y niñeces. El/la niño/a no llega al mundo hablando, ni suponiéndose uno, ni pudiendo entablar un vínculo con otro como tal. Y tiene una lógica particular (no pasible de ser categorizada rígidamente por edades). O, más estrictamente, va utilizando diferentes lógicas y diferentes posibilidades de representar...Entender cuáles son esas lógicas, cómo va armando su universo, de qué nos está hablando...son cuestiones de las que nos ocupamos desde las primeras entrevistas.

Es diferente que el modo de pensamiento predominante sea mágico, animista (él es el que genera todo lo que ocurre en el mundo), a que pueda sostener una lógica más ligada al proceso secundario, aunque todavía predomine la idea de omnipotencia de los adultos. Cuando éstos pasan a formar parte de una secuencia generacional, y ya no son fuente de todos los bienestares y malestares, comienza la posibilidad de lo que podríamos llamar un pensamiento “científico”.

Freud, en el historial de Juanito, afirma: “Yo no comparto el punto de vista, que hoy goza de predilección, según el cual los enunciados de los niños serían por entero arbitrarios e inciertos. Arbitrariedad no la hay, absolutamente, en lo psíquico; y en cuanto a la incerteza en los enunciados infantiles, se debe al hiperpoder de su fantasía, lo mismo que la incerteza en los enunciados de los adultos se debe al hiperpoder de sus prejuicios. En lo demás, el niño no miente sin razón, y en general se inclina más que los grandes por el amor a la verdad.” (Freud, 1909, pág 85)

Excelente definición del funcionamiento psíquico infantil, en el que las fantasías tienen un poder fundamental.

Pero, ¿cómo se construyen las fantasías? Freud afirma que es en base a restos de vivencias, organizadas de un modo particular. Como asociaciones especiales de lo visto y lo oído, tal como plantea en el *Manuscrito L*, las fantasías aportan un mundo que permite a su vez desplegar juegos, dibujos, historias...: *“Son establecidas por medio de las cosas que fueron oídas y que se valorizaron con posterioridad, así combinan lo vivenciado y lo oído, lo pasado (de la historia de los padres y antepasados) con lo visto por uno mismo”* (Freud, 1892-99, pág 289).

Ni arbitrarios ni inciertos, los enunciados de los/a niños/as están determinados por la complejidad de su historia, de las inscripciones que dejaron las vivencias y de los vínculos pasados y actuales, así como de la relación con aquél a quien van dirigidos.

El/la niño/a nos investirá o no y despertará en nosotros trozos de la propia infancia. Jugará con nosotros/as acercamientos y distancias, repetirá historias pasadas, desplazará sobre nosotros/as personajes de su vida.

Tanto pensarlo como sujeto en estructuración como suponerlo construyendo modos de apropiación de la realidad y de metabolización de sus propias pulsiones, marcan el territorio de los primeros acercamientos a un/a niño/a.

Las palabras de Bion cuando dice que el analista *“Debe ser capaz de construir una historia, pero no sólo eso: debe construir un idioma que él pueda hablar y el paciente entender”* (Bion, 1974, pp 31), son claves para pensar el comienzo del análisis de un niño, porque justamente se trata de un encuentro en el que construimos un idioma compartido.

Comienzo de un recorrido que no podemos predecir y para cuyos avatares debemos estar disponibles, flexibles y abiertos.

Y es que las entrevistas preliminares son sólo el comienzo de la aventura...

El lugar del/la analista

Pensando en el lugar del analista, podemos retomar la expresión de Winnicott de una “madre suficientemente buena”, que permita el despliegue de un espacio transicional, pero también la de M. Milner, que habla de un “objeto maleable” (M. Milner, 1990), es decir, alguien que tolere que el/la niño/a deje marcas en él/ella y que pueda recuperarse de esas marcas (recobrar su forma, al estilo de las pelotitas anti-stress), que no responda en espejo a la actividad del/la niño/a sino que soporte su despliegue, devolviéndole de un modo diferente lo que el/la niño/a trae. Sería lo opuesto a una madre que afirma: “le pego cuando me pega”, respuesta “dura” de alguien que no se mueve al ritmo del otro sino al estilo de una pared con la que el/la niño/a choca y rebota.

Siguiendo esta línea, podríamos decir que el psicoanalista, cuando trabaja con niños/as, pone en juego : 1) su capacidad lúdica (como despliegue de un espacio transicional), 2) su capacidad para ofrecerse al otro como un "objeto maleable" (flexible y seguro simultáneamente), 3) su conexión empática y de “rêverie”, 4) su capacidad de contención y sostén, 5) su posibilidad de permitir la fusión y la diferenciación, 6) su disponibilidad creativa (como capacidad para inventar diferentes recursos, lo que supone permeabilidad psíquica). Pero éstas no son cualidades mágicas ni innatas, sino, fundamentalmente, efectos de la metabolización (incorporación y apropiación) de la teoría psicoanalítica por parte del analista, así como del análisis personal y de las supervisiones.

Considero que el único modo de psicoanalizar a un/a niño/a es estar dispuesto a “descender a los infiernos”, a enfrentarse a los terrores, y esto en conexión con las huellas de la propia infancia. Para lo que hay que permitir el despliegue, en el/la niño/a y en uno mismo, de aquello que fue desestimado, desmentido, reprimido...

Como psicoanalistas, debemos partir de la idea de que el otro es, fundamentalmente, un sujeto que podrá evocar en nosotros

sentimientos, historias pasadas, personajes de nuestra vida, pero que, ante todo, es un semejante diferente, alguien que nos habla, como puede, de su sufrimiento. Y que, por más que nos recuerde a otros pacientes, a otras consultas, será siempre alguien diferente y habrá nuevas historias a develar, a explorar...

Intentaremos entonces desanudar armados enquistados, desentramar historias coaguladas, deshacer mitos, quebrar repeticiones.

¿Qué implica la “neutralidad” del analista?

Ser neutral, prescindente, no quiere decir que el analista no se comprometa con la cura. Que no ponga en juego sus deseos no quiere decir que no desee que el paciente deje de sufrir.

El compromiso con la cura, entendiendo por ésta la idea de que la compulsión a la repetición deje lugar a posibilidades creativas, es inherente al quehacer del analista.

Ser prescindente es no poner en juego los propios ideales y prejuicios. No educamos ni adaptamos a un/a niño/a a lo que los otros/as esperan. Es decir, prescindir es no querer que el/la niño/a sea de tal o cual forma, o que estudie tal o cual cosa, o que se adecúe a lo que el mundo le pide. Pero sí estamos interesados en que nuestro trabajo opere modificaciones en las repeticiones que llevan a un sufrimiento reiterado. Quizás se podría definir como deseo que el/la paciente sea más feliz, entendiendo que cada uno deberá encontrar su propio modo de ser feliz.

Comprometerse es estar disponible, con el/la niño/a y con los padres y por ende realizar con quienes sea necesario intervenciones que produzcan efectos (aunque éstos no pueden predecirse).

Disponibilidad en tanto el otro/a es un sujeto humano al que estamos dispuestos a escuchar.

Una viñeta clínica puede aclarar esto: Me consultan por una niña de 10 años que llora permanentemente desde hace dos meses y que se niega repentinamente a concurrir a la escuela. Alguien

diagnostica: depresión. Hay que hacer algo, rápido. Surge la idea de la medicación. Pero los padres piensan que está teniendo problemas y que no puede resolverlos sola. Piden la consulta. En la primera entrevista la niña llora, pero también habla mucho, diciendo que quisiera venir todos los días a las sesiones, que está desesperada y que no quiere ir a la escuela. Le propongo que venga dos veces por semana y que entre una sesión y otra escriba en un cuaderno todo lo que va sintiendo, para traerlo en la sesión siguiente. De este modo, se arma una continuidad entre las sesiones y al escribir va poniendo palabras aquello que siente como caótico. De las ideas de muerte reiteradas va pasando a otros temas. La escritura en un cuaderno que trae a la sesión y la posibilidad de llamarme por teléfono cuando necesita hablar conmigo, así como de enviarme un mail, la sostienen en el “entre” sesiones y le posibilitan ir organizando sus sentimientos, historizando lo que le pasa, ubicando todos sus pesares en una nueva dimensión (compartida en tanto es escuchada por otro que no se desespera a la par de ella). Así, y después de un tiempo, cuenta sus dificultades para ubicarse en un cuerpo que está cambiando y que es mirado de modo diferente. Comienza a hablar de la angustia por sentir que se puede quedar sin su mamá... Insiste en que no quiere ir a la escuela por la relación con las compañeras, que siente que la excluyen. Y del “me quiero morir”, puede pasar a decir: “cuando sea grande todo va a ser más fácil”.

Si se la hubiese medicado, si se hubiese pensado que era una “depresión” en lugar de pensarla como alguien que lidia con las dificultades del crecimiento, lo único que se hubiera hecho hubiera sido obturar la tristeza, pero sin resolver sus causas, por lo que finalmente lo único que se hubiese logrado hubiese sido que ese afecto, efecto de pensamientos, de vivencias, de deseos, se hubiese acallado. ¿Hubiese podido elaborar el duelo por los padres infantiles que implica la entrada a la adolescencia? ¿Hubiese logrado armar proyectos para cuando “fuera grande”? ¿O quizás se hubiese callado y somatizado el dolor, encontrando

otros caminos de expresión, menos evidentes y también menos simbolizados?

Y esto implica apertura de caminos, armado de un proceso secundario que no sea taponamiento, pura defensa, sino que recupere y traduzca los signos perceptivos y las representaciones-cosa en otro lenguaje. Traducción que no borra ni desecha, sino que re-crea, dando nuevas posibilidades. También, a veces, la cura será la posibilidad de abrir espacios diferenciados, de construir un adentro-afuera, de que la excitación deje paso al deseo, de que se armen escenas. Que el niño o niña pueda representar el mundo y que encuentre placer en ello parece ser una meta en algunos tratamientos.

Piera Aulagnier sintetiza: “...*el análisis podrá habilitar a esos sujetos para reinvertir soportes, objetos, proyectos capaces de oponerse a la continuada acción de Tánatos, responsable de esas mutilaciones definitivas*”. (P Aulagnier, 1984, pág 26)

Y esta es la diferencia del tratamiento psicoanalítico con los tratamientos conductistas. En tanto no apuntamos a la adaptación, a una repetición vacía, podemos dar paso a nuevos recorridos, a que se cree algo que no podemos prever de antemano, a que un/a niño/a construya una red de deseos y que pueda constituir proceso secundario que le permita desplegarlos. Que arme una historia propia y no se transforme en un robot, es decir, en un esclavo.

Sabemos que no hay creación sin que se pongan en juego las pasiones, sin que haya una conexión entre el proceso primario y el secundario, un ir y venir que solo es posible cuando estos procesos se han diferenciado.

Si bien debemos ir pasando de la mirada a la palabra, del cuerpo al lenguaje, en principio están el cuerpo y la mirada. Julia Kristeva plantea, más en general que el “cara a cara” es importante cuando hay “*necesidad de asegurar una conjunción de un significante constituido en el juicio y los procesos secundarios, con la semiotización primaria del afecto, que se*

ha mantenido inasequible a los signos lingüísticos". (Kristeva, 1991, pág. 74). Con el/la niño/a, el "cara a cara", el "cuerpo a cuerpo" parece ser fundamental y tiñe la relación transferencial, tanto del niño como del analista. En tanto expuesto totalmente a la mirada del/la niño/a, en tanto el cuerpo del analista se pone en juego, él también, como el/la niño/a, va a decir con su cuerpo y con sus gestos.

Quizás en muchos casos la meta del análisis en niños/as no sea ni hacer que donde era Ello advenga el yo ni la pura constitución de una organización sino la instauración de un espacio interno en el que la fantasía sea posible. Y esto presupone que se constituya la delimitación intersistémica dando lugar a un yo suficientemente flexible. Flexibilidad a partir de la diferencia.

La meta es entonces abrir posibilidades creativas, de transformación permanente, meta opuesta a la constitución de un/a niño/a-robot, personalidad "como si" que se arma de a pedazos, con sostenes múltiples, suponiéndolo un conjunto de piezas que se encajan.

Para poder crear hay que tener disponible un amplio espectro representacional. Para que la creación sea posible es necesario poder tomar del reservorio de la memoria aquello que sea necesario.

Juego, dibujo, modelado, no son objetivos en sí mismos, sino modos de expresión que nos posibilitarán meternos en un mundo en que la compulsión a la repetición insiste, las fantasías organizan lo visto, lo oído y lo vivenciado, las transferencias se despliegan. Y así, con los conocimientos que la teoría psicoanalítica nos brinda (operando como representaciones preconscientes), la permeabilidad intersistémica que el propio análisis otorga y la renuncia a todo objetivo adaptativo, podremos mirar, escuchar, preguntar y participar de la actividad del/la niño/a, sean cuales fueran las formas particulares que esta va tomando.

Transferencias y resistencias

Un/a niño/a se niega a venir a sesión, otro viene, pero no quiere entrar, un tercero/a no quiere entrar solo, un cuarto no se quiere ir al finalizar la sesión, un/a quinto/a me insulta durante los cincuenta minutos y otro/a me declara su amor incondicional y me propone venirse a vivir al consultorio.

Diferentes variantes, diferentes preguntas, diferentes problemáticas...

Y, como de niños/as se trata, hay siempre muchos personajes en juego. El/la niño/a, sus padres y el/la analista, o sea uno, protagonistas de un encuentro-desencuentro, que será siempre diferente. Historias de amores y odios que se presentifican en el consultorio.

¿Quién somos para el/la niño/a y para sus padres? ¿Un resto diurno que se enlazará a sus fantasías de robo o de salvación? Transferencias cruzadas que todo análisis de un/a niño/a planteará en toda su fuerza.

Transferencias y contratransferencias múltiples...El psicoanalista que trabaja con niños/as soporta muchas transferencias simultáneas: madre, padre, niño/a, pero también a veces las de maestros/a, pediatra, abuelos/as... Y quizás ésta sea una de las dificultades más importantes con la que nos encontramos: el ser soporte de muchas transferencias y por ende, que se despierten en nosotros/as diferentes transferencias recíprocas.

El/la niño/a jugará con nosotros acercamientos y distancias. Cada uno de sus padres pondrá en juego sus propias y viejas historias en su repetición con el analista. Y nosotros/as mismos/as, analistas, pero también humanos, actuaremos, sentiremos, recordaremos con cada uno de ellos trozos de nuestra historia, rediviva en la relación transferencial con ese/a niño/a, con esa madre, con ese padre. Trozos diferentes de diferentes historias...

Para los padres, podemos ser ubicados como jueces, competidores, ser identificados con sus propios padres o hermanos u ocupar el lugar del/la niño/a...

Podemos ser vistos como aliados/as de uno de ellos (y muchas veces cada uno de los miembros de la pareja busca esa alianza) o como aliados del/la niño/a, o como aliados de la escuela o del/la pediatra. A veces, pasamos a ocupar el lugar de un perseguidor que denuncia las fallas insoportables.

Pensar esos lugares, ubicar sus enojos y sus elogios en la trama transferencial, es parte de la tarea analítica.

Generalmente, un/a niño/a que se “resiste” está sostenido por un adulto que lo avala en sus resistencias. La desmentida de sus dificultades está sostenida por adultos que desmienten. Y la desestimación de sus fracasos está avalada por otros que desestiman trozos de la realidad.

Entonces, pensar las transferencias de los/as niños/as es pensar en las transferencias de los padres, de otros adultos y también en las del analista.

También nos podríamos preguntar: ¿por qué querría un niño/a venir al consultorio? ¿Qué busca? ¿Qué se imagina, qué quiere encontrar en el análisis? ¿Por qué debería confiar en ese otro adulto?

En más de cuarenta años de trabajar con niños/as, nunca me encontré con un/a niño/a al que fuera imposible traer al consultorio si los padres deseaban que él/ella se tratase (a diferencia de lo que puede ocurrir con un adolescente). También fueron pocos los/as niños/as que, de un modo explícito, pidieron concurrir (al estilo de una niña que le dijo a la madre: “Quiero hablar con alguien que no seas vos, ni la maestra, ni la monja”).

A veces, cuando un/a niño/a dice “Yo no tengo que venir, que vengan ellos (los padres)”, en principio me pregunto qué es lo que me está pidiendo, de quién quiere que me haga cargo y por qué.

Con niños/as que no quieren entrar solos sucede a veces que, al entrar acompañados, despliegan las dificultades mutuas, los conflictos, los vínculos familiares.

En tanto yo no sé, de entrada, quién tiene que concurrir al consultorio, voy trabajando con el que viene, o con los que vienen... sin tiempo preestablecido.

Cuando el/la niño/a ha pasado a ser un “atacante externo”, un otro desconocido para ellos, el familiar-extraño, el analista puede quedar ubicado como aquel que debería corroborar lo desastroso de ese niño. La desestimación reina y lo propio expulsado retorna desde el/la hijo/a como lo siniestro. Es habitual en estos casos que el/la niño/a esté muy enojado y no quiera venir, suponiendo una alianza implícita del/la psicoanalista con aquellos a quienes ubica como “acusadores”.

Cuando los padres atribuyen las dificultades a otros (maestras, otros niños, etc.) y afirman que no es su hijo/a el que presenta problemas, es difícil que el/la niño/a quiera concurrir, en tanto hay un pacto denegatorio de sus problemas y acceder al espacio terapéutico implica un reconocimiento de los mismos.

Ofrecer a un/a hijo/a un espacio de análisis es ofrecerle circular por otros espacios libidinales, establecer un vínculo erótico con un otro adulto no-familiar (que se tornará familiar). Implica, para los padres, un quedarse afuera de una revisión de su historia y a la vez de un trozo de esa historia. Supone abrir el juego.

Hay padres que no lo toleran, por múltiples motivos que habrá que ir desanudando, por los recorridos deseantes e identificadorios de cada uno....

Así, es frecuente que un/a niño/a no quiera venir al consultorio después de un período en que reclamaba venir, reclamo insoportable para los otros... Por ejemplo, es frecuente que familias con características adictivas planteen el temor de que el/la hijo/a se vuelva adicto/a al análisis cuando pide venir a

las sesiones y lo/la saquen de tratamiento en ese momento si esto no fue trabajado con ellos.

Trabajo ineludible con los padres para posibilitar la elaboración de aquello reprimido, desmentido y desestimado en el vínculo con el/la hijo/a.

Pienso que esto nos ofrece puntas para pensar la negativa de un/a niño/a a concurrir al consultorio. ¿También él lo vive como lugar a donde se lo expulsa, se lo condena a ser “el/la niño/a problema”?

Pero, ¿cómo expresar mejor que algo pasa que a través de un “no”?

No quiere. Y algo de la voluntad se impone.

El “no” nos habla de un conflicto, de una oposición (allí hay alguien, o intenta asomarse alguien), de un intento de establecer diferencias....

El/la niño/a repite en su análisis modos defensivos muy tempranos, escenas arcaicas, formas de vinculación a las que ha quedado fijado.

Y si el/la niño/a reitera con el/la analista trozos de su historia, la transferencia negativa, entonces, ¿implicará a veces un re-encuentro con lo temido? ¿qué es lo que se transfiere?

Puede ser por identificación con uno de los padres, por sometimiento a un mandato inconsciente de que nada cambie, pero también por negarse a ocupar un lugar de deshecho, que el/la niño/a se niegue a venir. Sabemos que, si los adultos quieren, el/la niño/a llega. Allí, ya en el consultorio, los propios fantasmas estarán en juego... terrores que se presentifican en presencia del analista... Y seremos el monstruo devorador, o el rival implacable, o la adivina, ... Y esto implica que algo ha comenzado y que representaciones a veces arcaicas se ponen en movimiento. También podemos encontrarnos con una ausencia de fantasmas, un puro movimiento desinscriptor. Y allí deberemos, nosotros, armar el juego.

Es que en tercer o en primer lugar, estamos nosotros, protagonistas ineludibles. ¿Qué ha desencadenado en mí este niño/a? ¿Qué han desencadenado estos padres? Si mi propia sexualidad infantil, o esas angustias todavía presentes, se presentifican, se activan con él/ella, ¿me resulta tolerable?

¿Cuántas historias vuelven en su repetición, cuántos terrores se suscitan frente a un/a niño/a aterrorizado/a, cuántos recuerdos de un desvalimiento insoportable se reactualizan?

Cuando un/a niño/a no quiere entrar o, ya en el consultorio, nos insulta, intenta pegarnos, nos dice que somos horribles, estúpidos y que no va a venir más, trabajar el propio narcisismo parece ser la clave.

¿Podré soportar que no me elija como objeto privilegiado de amor, que se niegue a quedarse conmigo, que desconfíe de mí?

Muchas veces, se espera que los/as niños/as nos devuelvan, también a los analistas, el narcisismo perdido. Y que nos amen, nos consideren maravillosos e imprescindibles.

Y su odio, o su indiferencia, o su distancia, nos resulta insoportable.

Un/a niño/a puede vivenciar a todo adulto como enemigo (sobre todo cuando ha vivido situaciones de violencia), como un otro peligroso (por la hostilidad de los padres o porque lo supone un aliado de aquellos que lo rotulan como enfermo) o algún tema convoca a los monstruos y el/la niño/a no quiere volver a la próxima sesión.

A veces, esto lleva a realizar acciones, intentos de seducción hacia el/la niño/a que obstaculizan el análisis. Y esto no quiere decir que haya que permanecer impasible frente a un/a niño/a que se niega a entrar, a quedarse o a trabajar. A lo que me refiero es que, a veces, el/la niño/a puede intentar escaparse de la posición de sostén del narcisismo del otro (el analista) o de quedar atrapado con un adulto seductor y se va...

Es decir, no supongo que el/la analista deba ser mudo y distante, en tanto para un/a niño/a la distancia y la desconexión resultan insoportables (sienten que dejan de existir en tanto suponen que no existen para el otro). Supone, sí, un analista que pueda soportar el despliegue de la hostilidad, que pueda metabolizar sus propias angustias, que procese sus propios deseos de huir de una situación hostil.

Si volvemos a la pregunta: ¿qué podría buscar un/a niño/a en la situación analítica? quizás, y en cada caso será diferente, un adulto que no lo coma, un adulto al que no haya que contentar todo el tiempo, o un adulto que no se desborde en espejo frente a sus desbordes.

Quisiera agregar que, con los/as niños/as que presentan patologías graves, solemos encontrarnos con una transferencia masiva, en la que no hay distancia y es en el contexto de la sesión y en las intervenciones del/la analista que se juegan los movimientos estructurantes de ese niño/a. “Quiero quedarme a vivir acá.” “Le voy a pedir a mi mamá que nos mudemos a tu edificio, así no llegamos tarde” ...Considero que esto abre muchas preguntas: ¿por qué esa adhesión que los/as niños/as con trastornos severos hacen en relación al analista? ¿Es el único espacio en que pueden desplegar todos sus terrores, pero también todos los modos de la posesión erótica, como pillar, cagar, morder, escupir? ¿Es en el único lugar en que hay otro que se sostiene a pesar de sus ataques y le traduce lo que le pasa? También tenemos que tener en cuenta que son niños/as que repiten modos muy primarios de funcionamiento, caracterizados por la fluctuación entre fusión y rechazo, donde el acercamiento deriva en confusión con el otro y la separación es vivenciada como terrorífica, como si él/ella mismo/a se partiera. También, con esos/as niños/as, hay momentos en que podemos transformarnos en personaje siniestro, terrorífico, imagen de lo temido insoportable.

Como analistas debemos mantener una disponibilidad a registrar las propias pasiones, afectos, recuerdos, para mirar y

escuchar sin quedar atrapados en las demandas de los padres ni de los/as maestros/as.

Quizás perdernos, reencontrarnos, acompañar al/la niño/a y a su familia en los movimientos de idas y vueltas, de encuentros y desencuentros, de silencios y gritos, será el camino que hace posible el análisis de un/a niño/a.

Fin de análisis... apertura de caminos

“El análisis ha terminado cuando analista y paciente ya no se encuentran en la sesión de trabajo analítico. Y esto ocurrirá cuando estén aproximadamente cumplidas dos condiciones: la primera, que el paciente ya no padezca a causa de sus síntomas y haya superado sus angustias, así como sus inhibiciones, y la segunda, que el analista juzgue haber hecho consciente en el enfermo tanto de lo reprimido, esclarecido tanto de lo incomprensible, eliminado tanto de la resistencia interior, que ya o quepa temer que se repitan los procesos patológicos en cuestión. Y si está impedido de alcanzar esta meta por dificultades externas, mejor se hablará de un análisis imperfecto que de uno no terminado”. (Freud, S, 1937, pág 222)

Son conocidas las “dificultades externas” en el análisis de un/a niño/a cuando son los padres los que determinan la finalización del tratamiento en muchas ocasiones. Pero, ¿son los padres un elemento “externo” al análisis mismo?

¿Cuándo podemos hablar de un análisis “terminado” en las infancias y niñeces?

He recibido consultas de adultos y de adolescentes que transitaban un análisis en su infancia. Y me ha llamado la atención el olvido. También he recibido adolescentes a los que he analizado cuando eran niños/as y que vuelven por pedido propio. En todos/as, los efectos del análisis eran evidente.

Pero... ¿se podía hablar de un fin de análisis? Y, si el análisis es interminable, en tanto siempre hay representaciones a hacer

conscientes, en los/as niños/as, en que hay reestructuraciones importantes que no han ocurrido, ¿no resultará más difícil aún hablar de una terminación del análisis?

A la vez, sabemos que cada análisis se termina. Nos preguntamos cuándo y cómo. ¿Quién decide la finalización cuando son tantos los actores en juego?

¿Qué nos proponemos en el análisis de un/a niño/a, a qué apuntamos como metas clínicas, qué es lo que podemos pensar como la “cura” en el análisis de un/a niño/a?

“Vengo porque no sé qué me pasa con los chicos. Empecé a salir con uno, pero me pongo tan nerviosa cuando me besa que quiero entender...”, relata en una primera entrevista una adolescente cuyos padres habían consultado cuando tenía cinco años porque rompía las sábanas, arañaba las paredes, tenía accesos de llanto y se lastimaba con frecuencia. “Quería verte porque no estoy muy bien. Me cuesta estudiar y me peleo mucho con mi vieja”, dice un adolescente cuya primera consulta, a los tres años, fue motivada por dificultades para conectarse con los otros niños, jugar e integrarse en el jardín de infantes. Ejemplos que quizás nos sirvan para pensar este recorrido realizado, este tránsito hecho, con un/a niño/a en análisis...

En ambos casos, en la primera consulta, trastornos en la constitución psíquica impedían se sintieran bien en su niñez. Todo el ser estaba afectado. Cuando vuelven, un síntoma neurótico los afecta y son los que registran que tienen que revisar lo que les ocurre.

Una de las cuestiones más complicadas cuando psicoanalizamos a un/a niño/a es la de las expectativas puestas en juego por los otros (padres, maestros/as), en relación al análisis.

¿Qué esperan de ese/a niño/a?

Y ¿qué es lo que el/la niño/a espera del análisis?

Si no nos proponemos como modelos, ni intentamos “adaptar” al paciente, si tenemos claro que no somos educadores/as, deberemos tener conciencia de nuestros deseos, ideales, expectativas en relación a ese/a niño/a (porque todo/a niño/a mueve inevitablemente pasiones, esperanzas, nos remite a un futuro, nos plantea interrogantes), ¿cómo pensar el fin del análisis de un/a niño/a, ¿cuáles serían las metas clínicas que nos propondremos?

“Uno no se propondrá como meta limitar todas las peculiaridades humanas a favor de una normalidad esquemática, ni demandará que los “analizados a fondo” no registren pasiones ni puedan desarrollar conflictos internos de ninguna índole. El análisis debe crear las condiciones psicológicas más favorables para las funciones del yo; con esto quedaría tramitada su tarea” (Freud, 1937, pp 251).

Julia es una niña de 7 años. Muy bonita, observadora, inteligente, de respuestas rápidas y cortantes, se muestra impecable. Excelente alumna en un colegio bilingüe, Julia cumple con todo lo que se le pide, tiene una conducta intachable, pero... se hace pis de noche desde siempre. La enuresis nocturna primaria es lo que trae a los padres a la consulta. Pero hay algo que llama la atención en esta niña: está siempre seria, entre triste y enojada, manteniendo una gran distancia afectiva con todos. Ya en las primeras entrevistas, la mamá plantea sus dificultades en el trato con ella. Julia es la mayor de cuatro hermanos y la única con la que la mamá siente que “no puede”. Es la preferida del padre, pero éste, aunque fascinado por su inteligencia, sólo se conecta con la niña a través de un juego de seducción y rechazo, en el que él le pide que lo bese y ella se niega. Ambos padres coinciden en que es una nena triste, que no dice lo que le pasa y a la que le cuesta jugar con otros niños, a los que suele mirar con desprecio. A pesar de la poca diferencia que hay con sus hermanos, les da órdenes, los reta y ellos le obedecen. A lo largo del tratamiento, además de las sesiones de la niña, vamos teniendo entrevistas con los padres y sesiones vinculares con

Julia y su madre. Más allá de la enuresis, va quedando claro para todos que esta niña tiene otras dificultades que perturban sus posibilidades de ser feliz. En las sesiones, se queda callada, pero dibuja, intentando que el resultado sea perfecto. También propone juegos de competencia, en los que se angustia cuando pierde. De a poco, Julia comienza a “soltarse”. Puede protestar, comienza a relatar situaciones vividas, se conecta afectivamente y muestra el enojo con su madre por haber tenido tantos hijos y la rivalidad con sus hermanos. El ir develando los deseos y prohibiciones que insistían en ella y las represiones tempranas de sus deseos hostiles, así como la desmentida de la indefensión y su tendencia a cerrarse narcisísticamente, fueron posibilitando modificaciones importantes: mayor flexibilidad y tolerancia en relación a sus propias pasiones, lo que se expresó en cambios en su relación con el mundo. Los padres, después de un penoso y difícil recorrido en el que tanto la rivalidad de la madre con Julia como el juego seductor del padre quedaron al descubierto, pudieron acercarse a una niña que ya no mostraba sólo el rechazo. Dejaron de exigirle que fuera perfecta y se encontraron con que podía correr, saltar, ensuciarse, y también abrazar, reír y llorar. A la vez, la enuresis cede, en tanto los afectos se podían demostrar de otro modo y otros placeres se hacían posibles. Cuando ya está fijada la fecha de terminación del tratamiento, los padres son citados por la escuela. Les quieren comunicar que, a pesar de que sigue teniendo un rendimiento excelente, no será escolta (lo que venía ocurriendo todos los años), porque su comportamiento ha empeorado notablemente (corre en el recreo, se suelta el pelo, y hasta le ha contestado a la maestra). El trabajo realizado con los padres posibilitó que ellos pudieran repensar qué se esperaba de su hija en esa escuela, y ayudar a la niña para que pudiera vivir el “castigo” sin ubicarse como culpable.

Pero el planteo de la escuela fue el mismo que podrían haber hecho los padres de no mediar el trabajo con ellos. ¿O quizás jamás lo hubiesen hecho ya que sin ese trabajo las modificaciones mismas hubiesen sido muy difíciles? ¿Eran esas las aspiraciones de los padres, o podríamos hablar de deseos contradictorios, de

mandatos en conflicto? ¿Julia debía ser la niña perfecta, sin fallas ni sentimientos, que la madre no había sido? Pero también esta misma mamá se identificaba con su hija y quería verla reír, jugar. Un deseo de niña-esfinge se contraponía a otras representaciones.

Así como cada uno tiene su propia idea sobre la felicidad y esa idea no es generalizable, cada uno tiene también una representación, o una serie de representaciones de lo que un niño “debe ser”. También los que psicoanalizamos niños. El/la niño/a “ideal”, es un cliché que se repite y que remite a contenidos muy diferentes. Historias, ideologías, se presentifican en la imagen del “niño/a modelo”.

Pero si cuestionamos todos los modelos, si pensamos que cada uno (niños/as y adultos) deberá encontrar un camino propio, y que es esa la libertad posible a la que se refiere el psicoanálisis, a la libertad que deviene de la asunción de las propias determinaciones, específicamente con los niños esto implicará posibilitar un devenir impredecible.

Podemos trabajar con el/la paciente durante un tiempo y tener logros significativos. Sin embargo, lo que hacemos es comenzar un recorrido cuya consecución no podemos predecir. ¿Cuáles serán los avatares que sufrirá ese sujeto en los años venideros? ¿Cuáles serán los obstáculos con los que se encontrará y qué removerán en él/ella? ¿Habrá podido tramitar a lo largo del análisis todas las angustias tempranas? Suponemos que tiene herramientas de las que carecía; lo que no sabemos es qué hará con ellas.

Nos encontramos con dos tipos de problemas: 1) quién determina que el análisis ha terminado, cuando son varios los protagonistas, qué considera cada uno como meta del análisis y 2) cómo pensar la cura en psicoanálisis con niños/as.

En relación al primero, deberemos tomar en cuenta que hay algo de interminable en el análisis de todo niño/a. Además, es frecuente que los análisis se interrumpan y se retomen al tiempo, o que el/la analista del niño/a sea una especie de “consultor/a” al

que se le pide hora cada tanto. Espacios abiertos, complejos, que presuponen un modo de intervención particular (deberemos tener en cuenta, en cada momento, los momentos constitutivos del psiquismo y la conflictiva en juego).

Así, es habitual que una vez “finalizado” un análisis se planteen entrevistas posteriores, que haya algún llamado (después de algún tiempo) para hablar de algún punto específico. Espacio abierto que en algún momento se interrumpe y el análisis mismo pasa a formar parte de la historia.

El segundo problema, el de la cura, nos remite a los momentos estructurantes del aparato psíquico y a las operaciones posibles que posibilitan esa estructuración.

Interpretaciones, señalamientos, construcciones...

Palabras, gestos, movimientos del/la analista irán produciendo des-fijaciones, desidentificaciones, posibilitando el entramado de redes representacionales, de mediatizaciones, la instauración del principio de placer, la ligazón de lo traumático. Tanto a través del trabajo con los padres, o con uno de ellos, como con el/la niño/a, de lo que se trata es de ir deconstruyendo-construyendo, modos de funcionamiento en los que predomina el sufrimiento por otros más creativos y placenteros.

Si pensamos la pulsión de muerte como desligadura, podemos suponer que la tendencia al cero, la expulsión de toda tensión, es aquello con lo que nos encontramos muchas veces y que una de las metas fundamentales es la de transformar la repetición mortífera en creación de nuevos caminos.

De la tendencia expulsora a la apertura de vías mediatizadoras, de nuevos recorridos. Así, una palabra puede operar como disparador, posibilitando ya no sólo el hacer consciente lo inconsciente, sino que aquello que nunca tuvo lugar, aquello que está como vacío innombrable, quede ligado a otras representaciones, es decir, que una historia se vaya armando.

Muchas veces, es esto lo que está en juego: la posibilidad de que alguien sea, que pueda registrar ideas y sentimientos, que se pueda reconocer a sí mismo como ser humano, deseante y pensante. Lo que no es poco.

Las marcas que deja en el psiquismo la sexualidad materna, pero también el rechazo y aquellas que promueve el narcisismo de la madre, serán re-ligadas, reorganizadas, entrarán en nuevas conexiones, o pasarán a formar por vez primera una trama, a partir del decurso del análisis.

Y es que sólo se pueden encontrar las vías de ligazón de lo traumático a partir de las posibilidades ligadoras que da un semejante privilegiado, alguien que pueda ir otorgando un otro sentido, que pueda ir poniendo eslabones mediatizadores (ternura, palabras, etc.) al devenir mortífero.

Iremos armando una historia que tiene ya muchas historias que la preceden y determinan.

Entonces, curar no es hacer que el otro responda al modelo propio, tampoco al de los padres, ni al de los maestros/as, ni implica obturar o tapar conflictos. Por el contrario, implica que cada uno arme “su” propio camino (lo que no implica un invento novedoso sino el desarrollo de las máximas posibilidades traductoras, ligadoras, mediatizadoras, para la asunción de sus propias determinaciones).

Por consiguiente, curar no será educar, pero sí construir, estructurar, instaurar diferencias, transformar en recuerdo, “ligar” lo innombrable (aquello que, como marca dolorosa, retorna sin traducción).

Armado de una trama, de una red representacional que opere como sostén, como garantía frente a la irrupción pulsional, frente a la insistencia de lo no-representado... ¿será el fin del análisis o tan sólo su comienzo? Fin de un análisis... posibilidad de otro... Un recorrido estructurante posibilita un espacio en el que “hacer consciente lo inconsciente” tenga lugar.

La cura implicará la transformación intrapsíquica, pero ésta estará dada muchas veces por la transformación de otros que operan como estructurantes. Es decir, la transformación intrapsíquica será efecto en ciertos casos de modificaciones en madre y padre que posibilitan aperturas en el/la hijo/a. Otras veces, es el/la analista es quien realiza con el/la niño/a intervenciones que posibilitan estructuración psíquica.

Intentaremos pasar del devenir expulsor al entramado de Eros, del cortocircuito ciego, la tendencia al cero, a la mayor complejización posible.

Entonces, se dará por finalizado un análisis cuando el/la niño/a haya realizado los cambios necesarios, no sólo a nivel sintomático sino en su funcionamiento psíquico. Esto no quiere decir que no nos importen los síntomas ni la resolución de los trastornos que presentaba. Por el contrario, lo que intentamos es que no sólo dejen de estar presentes, sino que no queden latentes, como aquello que puede reaparecer en cada momento.

La cura ya no será adaptación, sino que su objetivo será pasar del devenir expulsor al entramado de Eros, del cortocircuito ciego, la tendencia al cero, a la mayor complejidad posible. De la repetición compulsiva a la creación, tanto en el/la niño/a como en sus padres.

Intentaremos entonces desanudar armados enquistados, desentramar historias coaguladas, deshacer mitos, quebrar repeticiones, para que ese/a niño/a pueda desplegar sus deseos, sus funciones yoicas, sostener fantasías, proyectos e ideales.

Bibliografía

- Aulagnier, P (1984). *La violencia de la Interpretación. Del pictograma al enunciado*. Amorrouto
- Bion, W. (1962). *Aprendiendo de la experiencia*. Paidós
- Bion, W. (1974). *Seminarios de psicoanálisis*. Paidós
- Freud, S. (1899). *La interpretación de los sueños*. Amorrouto

Freud, S. (1909). *La novela familiar de los neuróticos*. Amorrouto

Freud, S. (1937). *Construcciones en el análisis*. Amorrouto

Milner, M (1990). Le Role de l'ilussion dans la formation du symbole. *Journal de psychanalyse de l'enfant*, pp 248-278.

Tustin, F (1981) *Estados autísticos en los niños*. Paidós

Vickers, G (1964). The psychology of policy making and social change. *Brit. J. Psych.* 110, n°467. En F. Tustin (1981) *Estados autísticos en los niños*. Pág. 466. Paidós

Capítulo 2

Tiempos, espacios, encuentros: ejes para pensar la potencialidad de la telepsicoterapia en las niñeces

Marina Cuello Pagnone; Agustina Labin y
Alejandra Taborda

Los tiempos desde los que escribimos

En una obra gestada durante la última pandemia, Volnovich (2021) define esa experiencia mundial reciente en función de las vivencias temporales y espaciales. Para ello, recorre el *mundo anterior*, al que define como uno de espacios desplegados en un tiempo cronológico —aun cuando, en las últimas décadas, el vértigo del tiempo venía avanzando sobre la territorialidad del espacio—. La pandemia supuso una dislocación del tiempo y de las vivencias asociadas a él: una desaceleración masiva e imprevista que dejó a tiempo y espacio fuera de sus lógicas convencionales. Así como para Volnovich la referencia a ese *mundo anterior* permite pensar la experiencia de la pandemia, para nosotras en este capítulo¹ la referencia a la pandemia nos permite presentar algunas ideas que la trascienden.

¹ Una versión inicial de este capítulo fue presentada al X Premio de Investigación de la Fundació Orienta; y una versión abreviada posterior fue publicada en Taborda, Cuello Pagnone, Labin y Fontao (en prensa).

Las páginas que siguen recuperan material recolectado durante la pandemia: las experiencias de psicoterapeutas argentinas que implementaron en ese periodo estrategias de telepsicoterapia. Sin embargo, el propósito final se despegó de esa descripción inicial, con el objeto de recuperar las enseñanzas y advertencias que, emanadas de esas experiencias, permitan repensar las potencialidades y limitaciones de tal modalidad terapéutica. Nos abocamos así a una tarea que, lejos de una evocación nostálgica o negadora de la pandemia, pretende dejar un aporte ante uno de los desafíos a los que nos enfrenta una interrupción: no se trata sólo de una marca sobre el tiempo y el espacio, sino también de una alteración de los códigos que obliga a la reestructuración de los elementos simbólicos (Volnovich, 2021).

Telepsicoterapia: tiempo y espacio tensándose desde antes de la pandemia

La telepsicoterapia se inscribe dentro de la telepsicología, que es “la prestación de servicios psicológicos empleando tecnologías de la información y de la telecomunicación, mediante el procesamiento de la información por medios eléctricos, electromagnéticos, electromecánicos, electro-ópticos o electrónicos” (Consejo General de la Psicología de España [COP], 2017, p. 8). La *telepsicoterapia* remite entonces a los procesos de diagnóstico o tratamiento a distancia, a través de comunicaciones sincrónicas o asincrónicas², que sustituyen a la presencialidad corporal.

Ambas versiones, por anclarse en una temporalidad mucho más cercana a la finalización de la pandemia, conservaban dimensiones de análisis que han sido obviadas en este capítulo.

² En las primeras, las interacciones visuales o auditivas entre emisores y receptores son simultáneas, por vía telefónica, videoconferencia, o texto. En cambio, las asincrónicas se emplazan en tiempos diferidos (Cabas-Hoyos, 2020). Es decir, las comunicaciones asincrónicas representan, además de una dislocación del espacio —ya contenida en el prefijo *tele*—, una del tiempo que ya no comparten los/las participantes.

Aunque existía previamente, su implementación para promoción, prevención y atención de la salud mental online, en el ámbito público y privado, se expandió abruptamente a partir del aislamiento social preventivo obligatorio (en adelante, ASPO) durante la pandemia de COVID-19. Al comienzo del ASPO, la gran mayoría de los/las terapeutas argentinos carecía de formación específica en telepsicoterapia, pero la implementaron para responder a necesidades asistenciales en salud mental (Fontao et al., 2022). Estudios argentinos señalan que la telepsicoterapia se mantuvo después del ASPO, y le atribuyen fortalezas específicas en el tratamiento de adultos.

Sin embargo, las sesiones online con niños y niñas como recurso único son referidas como un instrumento que promueve múltiples desafíos para ser sostenido en el tiempo. Los antecedentes señalan la relevancia de profundizar estudios cualitativos específicos —por su contextualización, elementos culturales, competencias y estilos de terapeutas, características de niños y niñas como pacientes— sobre el tema (Caro-Delgado et al., 2020; Hilty et al., 2018; Rojas-Jara et al., 2022). Por ello, en este capítulo presentamos una investigación focalizada en la perspectiva de los/las psicoterapeutas sobre la implementación de telepsicoterapia con niños y niñas, en busca de captar los motivos por los que los/las terapeutas eligieron mantener o discontinuar procesos terapéuticos online. Asimismo, con el propósito de trascender la interrupción temporal y espacial que impuso la pandemia e inferir alcances y limitaciones de la telepsicoterapia con niños y niñas, el material recabado dialoga con investigaciones precedentes, en un esfuerzo por reflexionar y reestructurar elementos simbólicos que permitan volver a transitar los códigos alterados, señalados por Volnovich (2021).

Telepsicoterapia con niños y niñas: ausencias y controversias

A pesar de que la telepsicoterapia con niños y niñas no es una invención del pasado reciente, las investigaciones que se abocan a ella son menos que las referidas a adolescentes y adultos, reportan

resultados divergentes, se centran únicamente en niños y niñas con determinados padecimientos o minimizan el análisis en torno a las condiciones culturales, económicas y sociales que pueden incidir en su implementación. En muchos casos, incluso, la literatura de referencia no discrimina entre edades y padecimientos de los/las pacientes, pretendiendo un abordaje más amplio o a gran escala.

Como líneas principales, se detectan en los antecedentes³: 1) estudios que consideran que la modalidad es viable para trabajar con padres, pero no dan por cerrado el debate en torno a su eficacia en niños y niñas (Scharff, 2014; Bustamente et al., 2020, Feijit et al., 2020, Gullslett et al., 2020; McCord et al., 2020); 2) estudios que atienden a las dificultades de comunicación introducidas por los recursos en línea, y a la posibilidad de comprenderlos transferencial y contratransferencialmente (Janin, 2022; Tabacof, 2021; Montero, 2023) o que valoran la particular información que la comunicación mediada por pantallas aporta (Acquarone, 2021; Hackembruch Tourn, 2021); 3) otros que, complementariamente, tienden ciertas advertencias acerca de los recaudos con que deberá trabajarse con esa información que habitualmente el/la terapeuta no tiene —en particular, la que concierne al ambiente hogareño de los/las pacientes—, y/o recalcan la importancia de mantener un análisis reflexivo explícito sobre esos elementos (Serventi, 2021; Taborda et al., 2021); 4) antecedentes centrados en las preocupaciones por aspectos clínicos reportadas por terapeutas, tales como: alianza terapéutica, captación deficiente de la información no verbal en la interacción, efectividad de la terapia, confidencialidad, y sustratos legales y éticos (Mora, et al., 2008; Wells et al., 2007; González-Peña et al., 2017; Wade et al., 2020; Tijo-Vásquez, 2020; Tse et al., 2015); y 5) estudios que resaltan

³ Una revisión más detallada de estos antecedentes que configuran el estado del arte puede consultarse en Taborda, Cuello Pagnone, Labin y Fontao (en prensa), y en cada una de las fuentes referenciadas. En este capítulo presentamos únicamente esta breve descripción de los debates que las comunidades académicas y profesionales han sostenido hasta el momento, con el propósito de concentrar la atención en los apartados siguientes.

las similitudes entre psicoterapia presencial y telepsicoterapia, y equiparan su eficacia, aunque muchas veces esta sea juzgada por el reporte de sus padres sobre la mejoría sintomática, o por una naturalización de la relación entre niños/as y elementos culturales digitales (Wade et al., 2020; Hackembruch Tourn, 2021; Kendall et al., 2015; Storch et al., 2015; Tse, et al.; 2015; Glueck, 2013; Richards y Richardson, 2012; Mandil et al., 2009).

Entre los principales consensos de este debate, parecería figurar la idea de que la telepsicoterapia es particularmente viable ante distancias geográficas u obstáculos que impidan la continuidad de los tratamientos; y para acceder a lugares, personas o situaciones inaccesibles de otro modo (Cotton, 2014; Satti y Ojugbele, 2021; Schueller, et al., 2016; Wade et al., 2020). Sin embargo, en la práctica cotidiana la combinación con presencialidad es frecuente y la telepsicoterapia se mantiene con pacientes que se mudaron lejos o para quienes es necesario sostener las sesiones durante sus vacaciones, enfermedades, desplazamientos u otras (Volco, 2023).

Asimismo, también parece haber acuerdo en que la modalidad telepsicoterapéutica más aceptada por niños y niñas es la videoconferencia (Acquarone, 2021; Anton et al., 2020; Durao, 2017; Hames et al., 2020). Esta modalidad les permitiría participar cuando el/la terapeuta comparte su pantalla para dibujar, leer historias o jugar juntos; siempre y cuando la ubicación de la cámara permita ver cómodamente al/la niño/a y su entorno. Esto además habilita a los/as terapeutas a seguir el juego del/la niño/a, reflejando verbalmente lo que se representa, nombrando emociones y acciones. Los niños y niñas de corta edad a menudo se benefician con sesiones de 30 minutos y en el tiempo restante trabajar con los/as cuidadores (Burgoyne y Cohn, 2020; Janin, 2022; Rojas-Jara, et al., 2022).

Dos aspectos técnicos parecen particularmente poco tratados en lo que concierne a telepsicoterapia: seguridad informática y su relación con la confidencialidad, y adaptación de técnicas de evaluación y sus articulaciones con actualizaciones científicas de

los saberes que sustentan la práctica. Sobre el primer punto, Perez et.al. (2021) consignan la relevancia de usar plataformas encriptadas de extremo a extremo, requisito ausente en muchas de las de uso gratuito que, por lo tanto, ponen en riesgo la privacidad y confidencialidad del/la paciente. En la misma línea, Leturia et al. (2020) advierten sobre la ausencia de regulaciones jurídicas nacionales sobre el uso de plataformas y la gestión de los datos personales que a través de ellas quedan expuestos. Sobre el segundo asunto, vale sintetizar que la adaptación de técnicas no implica un simple trasvasamiento de soporte físico a soporte digital⁴. Las recomendaciones internacionales (COP, 2017) apuntan que los/las profesionales deberían utilizar pruebas específicamente diseñadas para ser administradas a través de tecnologías de telecomunicación, si las hubiera; y que deberían justificar las potenciales diferencias entre los resultados de la evaluación presencial y telepsicológica; así como detallar las modificaciones realizadas sobre las técnicas para conducirlas de modo no presencial.

Estas múltiples controversias ameritan orientar nuevas investigaciones específicamente a intervenciones con niños y niñas, transversalizadas por la idiosincrasia de los contextos en los que se emplazan, al compás de las transformaciones epocales de la vida cotidiana, que a su vez impactan en los desarrollos que se construyen en el ámbito de la salud mental. Con esos interrogantes en mente, se desplegó la investigación que da sustento a las siguientes páginas.

Dimensiones desde las que escuchamos a los/las terapeutas

Las preguntas que orientaron el estudio fueron: ¿Qué desafíos, tensiones y nuevos descubrimientos identifican las terapeutas en la telepsicoterapia con niños y niñas? ¿Cómo evalúan la viabilidad de continuar trabajando con esta modalidad ya no como una imposición del contexto sino como una alternativa? ¿Qué

⁴ Por ejemplo, la confección de cuestionarios pensados para la administración en papel a su versión como formularios en línea.

condiciones deberían darse para sostener ese tipo de trabajo? Para acercarnos a la experiencia de terapeutas argentinas que implementaron telepsicoterapia con niños y niñas durante la pandemia, diseñamos un estudio cualitativo de casos múltiples⁵ (Rodríguez Gómez et al., 1996), en el cual se entrevistó a dieciséis profesionales de la Psicología y Psiquiatría, en su totalidad mujeres, de diferentes provincias de Argentina, que trabajaban en el sector público de salud, en el privado o en el de seguridad social. Las entrevistadas mostraron trayectorias profesionales consolidadas desde enfoques teóricos diversos. En su trabajo durante el ASPO, todas prefirieron las videoconferencias, aunque no las habían utilizado sistemáticamente antes. Sólo para subsanar algún fallo en esa comunicación, pactar horarios o comunicarse con los padres de los/las pacientes, recurrieron a llamadas telefónicas y a sistemas de mensajería.

La recolección de información se realizó a través de entrevistas en profundidad, ya que es un instrumento potente para explorar fenómenos complejos que aún no han sido descritos desde la perspectiva subjetiva de cada participante y, simultáneamente, dado que a todos/as los/as entrevistados/as se les hacen las mismas preguntas, conocer diferentes puntos de vista (Döring y Bortz, 2016). La transcripción de las entrevistas fue sometida a análisis de contenido. Puesto que el contexto en que se realizaron las entrevistas estaba marcado por los recientes ASPO, DiSPO y protocolos de presencialidad, las descripciones y explicaciones de las entrevistadas estuvieron, frecuentemente, vinculadas a la telepsicoterapia en tal situación. Sin embargo, el interés de este trabajo se centra en explorar las fortalezas y dificultades de la modalidad aplicada a niños y niñas más allá del ASPO. Por ello, en una segunda codificación se detectaron y priorizaron las unidades que aludieron a las posibilidades de generalizar esa forma

⁵ Para más detalles acerca del diseño metodológico, estándares éticos, criterios de construcción de la muestra, detalles del guion de entrevista y estrategia de preparación y análisis de la información ver Taborda, Cuello Pagnone, Labin y Fontao (en prensa).

de trabajo psicoterapéutico con niños y niñas a otros contextos y situaciones. En los siguientes apartados, presentamos algunas de las categorías reconstruidas a partir de esas entrevistas⁶.

Acceder⁷ a la telepsicoterapia: descubrimientos en un espacio no compartido

La telepsicoterapia permitió, inicialmente, continuar procesos frente a enfermedades, dificultades de traslado u otros obstáculos, aspecto resaltado por todas las entrevistadas. Este primer modo de significar el acceso implica que deben buscarse medios digitales sencillos y compartidos con los pacientes, lo cual requiere previamente identificar qué aspectos influyen en la disponibilidad y viabilidad del recurso digital. En esta línea, las entrevistadas del ámbito público señalaron que la presencia y calidad de conexión a internet, la complejidad de los dispositivos y los espacios diferenciados en el hogar son interdependientes de los recursos económicos de la familia a la que pertenece el paciente y de la zona geográfica de residencia. Sin embargo, también se hallaron referencias a la comodidad y conveniencia de la telepsicoterapia para las propias entrevistadas, ya que les permite trabajar desde cualquier lugar con acceso a internet, lo cual reduce desplazamientos y ahorra tiempo y dinero.

Una vez que, tanto desde su predisposición como desde la factibilidad, lograron acceder a la telepsicoterapia como modalidad, la mayoría de las entrevistadas refirió hallazgos gratificantes. Por ejemplo, vivenciaron un reconfortante encuentro con su propia creatividad y la de sus pacientes, por dos vías:

⁶ Por razones de espacio, se omiten aquí extractos textuales de las entrevistas que permiten ilustrar cada dimensión analizada. Algunos ejemplos de las verbalizaciones de las entrevistadas pueden leerse en Taborda, Cuello Pagnone, Labin y Fontao (en prensa).

⁷ Aprovechando la polisemia del término, *acceder* aquí se enuncia tanto en el sentido de *alcanzar* y de *entrar*, como en el sentido de *consentir* o *lograr un acuerdo*.

valoraron el dejarse enseñar por los niños y niñas y sus conocimientos sobre tecnologías, para crear construcciones conjuntas que dieran continuidad a los encuentros psicoterapéuticos; y emprendieron indagaciones propias para desarrollar estrategias lúdicas en línea.

Estos descubrimientos interactuaron con la adquisición de experiencia y los procesos de formación, que en ocasiones incluían el tratamiento personal y la supervisión, recursos que ayudaron a lidiar con la incertidumbre provocada por la novedad de la situación. Para ello, iniciaron capacitaciones específicamente orientadas a estrategias online de telepsicoterapia con niños/as. La virtualidad también emergió como soporte de la formación a distancia. Algunas profesionales prefirieron el formato de webinarios, porque necesitaban ver, escuchar a otros y vivenciar las repercusiones que los diversos recursos online tenían en sí mismas. Otras buscaron apoyo en grupos de estudio y/o equipos de trabajo donde pensar conjuntamente las decisiones, lo cual les otorgó mayor seguridad y propició aún más creatividad. Finalmente, destacaron que los recursos online permiten conectar con grupos y cursos de diferentes lugares del mundo, experiencia enriquecedora e inédita.

Construir un espacio, habitar un tiempo: el encuentro con el/la niño/a y con otros/as

El encuadre de trabajo y el enfoque telepsicoterapéutico fueron descriptos como dimensiones que debieron ser repensadas y adaptadas. Estas recreaciones conllevaron un intenso proceso reflexivo por parte las terapeutas, del que destacaron las particularidades de consultas que inician directamente en modalidad virtual, la importancia del juego y los modos de participación del/la niño/a en el proceso terapéutico y los desafíos para el diagnóstico.

Encontrarse con los niños y niñas requirió una modificación del contrato de trabajo. El consentimiento y asentimiento informado cambiaron para incluir tanto el recurso online implementado como las condiciones necesarias para el desarrollo de las sesiones. Entre ellas, enumeraron: que el/la niño/a pueda estar solo y cómodo en una habitación durante la videollamada, que no haya interrupciones, que la conexión sea estable, que antes de la sesión un adulto pueda garantizar el inicio y sostenimiento de la llamada. Estas modificaciones aparecieron como necesarias, incluso cuando para algunos pacientes no eran factibles. Los padres no sólo aparecieron como garantes de la comunicación virtual, sino que se reafirmó su rol como parte integral del proceso terapéutico del/la niño/a y como protagonistas de espacios propios para trabajar intervenciones focalizadas en la relación entre padres e hijos/as.

El recurso online usado por todas las entrevistadas fue la videollamada, valorada por su flexibilidad para compartir en pantalla otros recursos virtuales. Las llamadas telefónicas sólo se implementaron ante cortes de internet, o para el contacto con padre que no tuvieran recursos para una videollamada. Los retrasos e interrupciones de la comunicación en las videollamadas fueron vividas por las entrevistadas como generadoras de tensión, y propiciadoras de cambios en sus propios modos de comunicarse. A las dificultades técnicas más habituales intentaron preverlas en los acuerdos de trabajo, así como pautar cómo y cuándo retomar la comunicación.

Las primeras consultas con niños/as y sus familias, habitualmente destinadas a iniciar el proceso diagnóstico, se redujeron en virtualidad y presentaron dificultades asociadas a la pérdida de detalle y las complejidades de interpretación de técnicas proyectivas y psicométricas. Algunas entrevistadas manifestaron no haber podido hacer diagnósticos, otras usar técnicas de dibujo, pero no interpretarlas como parte de un psicodiagnóstico. Estas

dificultades se incrementaron cuando los/las pacientes presentaban cuadros más severos. En términos generales, la posibilidad de realizar al menos el psicodiagnóstico de manera presencial y luego definir si la telepsicoterapia era la mejor opción, fue una preferencia recurrente en algunas entrevistadas.

Recrear la intimidad en espacios diferidos

En las sesiones virtuales, secreto profesional, intimidad y espacialidad se interrelacionan con un significado especial. Por ello, el contrato de trabajo refuerza aspectos relativos al espacio desde el que el/la niño/a participa de la sesión: tranquilo, sin distracciones, privado. Sin embargo, la presencia o irrupción de otros miembros de la familia en la videollamada es un desafío habitual, que se refleja en la idea de que en las sesiones virtuales es más marcar la terceridad que separa al/la niño/a de sus padres. También describieron que en algunas ocasiones es el/la niño/a quien busca incluir en la sesión virtual a miembros de su familia; gesto que permite explorar la dinámica familiar, así como diferenciar si es una necesidad de inclusión o una respuesta a las dificultades de intimidad.

Este contacto diferente con la intimidad familiar tiene sus repercusiones en la mente del/la terapeuta y requieren de un trabajo interno peculiar. Algunas entrevistadas lo valoraron como un proveedor de nueva información sobre dinámicas familiares difíciles de inferir en el consultorio, pero para otras despertó sentimientos tales como enojo frente a las dificultades para operar como un tercero que establece diferenciaciones en la privacidad del/la niño/a, curiosidad y pudor. Las dimensiones sobre lo permitido y prohibido del mirar, de un modo u otro se hacían presentes en la mente de las terapeutas cuando quedan expuestas a estímulos de la intimidad familiar de sus pacientes.

Las dimensiones espaciales se constituyeron en una de las temáticas emergentes, especialmente en momentos de transición de la presencialidad a la virtualidad. Inicialmente los/as niños/as se abocaron a mostrar diversos lugares de la casa y sus

pertenencias, con los concomitantes significados simbólicos. De parte de las terapeutas, la revalorización de la espacialidad mediada por la pantalla las llevó a cuidar afanosamente el espacio que el/la paciente podía ver, a destinar siempre un mismo lugar para brindar un ambiente estable, a cuidar las condiciones lumínicas y sonoras y a excluir estímulos que refirieran a sus vidas privadas.

Reorganizar espacios internos: desafíos para terapeutas

La telepsicoterapia con niños y niñas demanda un esfuerzo de reorganización para los/as profesionales, lo cual puede generar un cansancio especial, frecuentemente vivenciado como agotamiento, una sobrecarga remitida específicamente a la virtualidad y sus concomitantes corporales: forzar la voz, cansancio visual, dolor de cabeza. Estos malestares se incrementan con el uso crónico de la computadora cuando es implementada como único medio de comunicación en las sesiones; por lo que cada terapeuta establece sus pausas y estrategias para evitar la sobrecarga.

Particular mención merecen las percepciones de las terapeutas acerca de sus procesos atencionales: se sentían más alertas tratando de no perder detalles por la alteración de procesos espontáneos de atención. Los movimientos de los niños y niñas propician entrar, salir de la pantalla y al quedar fuera de la vista del/la terapeuta se generan tensiones.

Además de estrategias corporales (descansos, estiramientos) para lidiar con estos desafíos, algunas terapeutas consideraron que una mayor edad de los/as pacientes influye directamente en la disminución de estos malestares; mientras que otras consideraron que el impacto de estos malestares depende del modo en que cada profesional soporta la incertidumbre.

El panorama de tensiones y desafíos detallado habilita a organizar algunas puntuaciones centrales de la experiencia de telepsicoterapia por videollamada con niños/as; al tiempo de

destacar sus potencialidades y revisar condiciones y requisitos para su óptima implementación. A ese entramado se dedicará el próximo apartado.

Pausar para reflexionar

La implementación de una nueva estrategia —en este caso, la telepsicoterapia con niños y niñas— motivada por la pandemia puede ser vivida como una interrupción impuesta. Para reestructurar los elementos simbólicos, los códigos, los aprendizajes que puede dejar esta experiencia, un primer punto es apropiarse del corte temporal: convertir la interrupción en pausa. En las próximas páginas nos abocaremos, entonces, a reconstruir los grandes ejes en que pueden sintetizarse estas experiencias, en diálogo con aportes de las voces de otros autores.

Nuestras reflexiones tienen algunos límites. Uno de ellos remite al contexto en que entrevistamos a las terapeutas. Dada la falta de formación y experiencia previa en telepsicoterapia, así como la carencia de recursos específicos, muchas de ellas se vieron compelidas a implementar esta estrategia recreando y traspolando recursos gestados en y para lo presencial. Consideramos que buena parte de la incertidumbre, sorpresa y fatiga que vivenciaron puede entenderse más como efecto de la pandemia, el aislamiento y la falta de preparación que como consecuencias propias de la telepsicoterapia. Diferentes podrían ser estas vivencias en un eventual escenario de implementación planificada de telepsicoterapia. Consideraciones similares pueden realizarse respecto de la población destinataria —niños/as y padres para quienes también fue la primera experiencia de telepsicoterapia—.

Otro límite a estas reflexiones se relaciona con la inclinación actitudinal mostrada por las entrevistadas. Sólo una de ellas expresó sentirse tan a gusto como para preferir la telepsicoterapia a la modalidad presencial. Otras valoraron algunos aspectos de los tratamientos virtuales (flexibilidad, creatividad); y algunas simplemente acordaron que estarían dispuestas a continuar con la modalidad, sin más énfasis. Globalmente, las narrativas

valorativas fueron menos detalladas que las que expresaron no preferir la telepsicoterapia con niños/as como modalidad de tratamiento única. Es sobre este asunto que a continuación se despliegan los desafíos, potencialidades y algunas condiciones para su implementación.

La información recabada puede pensarse desde cuatro grandes ejes transversales: los aspectos relacionados con las terapeutas; los relacionados con los/as pacientes niños/as; los que conciernen a las tecnologías; y los que deberían presentarse como condiciones para sostener la telepsicoterapia con niños/as como una modalidad viable de tratamiento.

Entre los *aspectos relacionados con las terapeutas*, cuenta fuertemente el agotamiento que no se vinculaba únicamente con el desgaste por estar expuestas sostenidamente a una forma y dispositivos de trabajo poco habituales, en concordancia con los hallazgos de Tse et al. (2015) y Tijo-Vázquez (2020); junto con la incertidumbre que acompañó la primera experiencia de implementación, pero que podría reducirse si se articulan formación y supervisión específicas (Wade et al., 2020). Sin embargo, las terapeutas también identificaron que la telepsicoterapia las enfrentaba a interrogantes sobre su rol profesional que no habían reflexionado previamente, y que podrían tener importante impacto en el vínculo terapéutico. Entre estas, destacamos la sensación de estar accediendo a información sobre la intimidad hogareña de sus pacientes que no hubieran podido recabar presencialmente, y la convicción de que este aspecto debe ser trabajado internamente (Serventi, 2021).

Estos aspectos espaciales —según concuerdan la bibliografía, guías de atención, pautas éticas y las terapeutas entrevistadas— deben incluirse en los elementos contractuales del trabajo, en pos de cuidar la privacidad tanto del/la paciente como la propia. Secreto profesional e intimidad de las sesiones se vuelven nodales como contenido presente en el vínculo terapéutico, para diferenciar si sus rupturas se apoyan en dificultades en los procesos

de separación-diferenciación; en necesidades del/la niño/a de incluir al/la terapeuta en rincones íntimos y privados; en curiosidades de otros integrantes de la familia; entre otras múltiples posibilidades. El espacio elegido por el/la paciente también requiere ser incluido en la comunicación terapéutica, tanto para conocer sus peculiaridades simbólicas como para construir en la distancia corpórea un lugar común.

Sumamos a estos aspectos uno que resalta la literatura con la que dialogamos, pero estuvo ausente en las entrevistas: la seguridad informática y su correlato en pautas éticas del trabajo. Tradicionalmente, estas pautas han sido pensadas para el vínculo terapéutico presencial y centradas en explicar las circunstancias de levantamiento de secreto profesional. Este modo de pensar la confidencialidad remite eminentemente a terapeuta, paciente y, en todo caso, a sus entornos inmediatos. Las entrevistadas muestran una marcada preocupación por la preservación de la confidencialidad; pero no reparan en que las plataformas que permiten el encuentro son en sí mismas una potencial fuente de vulneración de la confidencialidad. La ausencia de esta preocupación, acorde con normativas locales orientativas, expone que tanto en el ámbito público y privado no se implementaron las indicaciones técnicas (COP, 2017) para la aplicación de videoconferencias en telepsicoterapia; ni se cuenta con regulaciones suficientemente claras y firmes (Leturia et al. 2020).

Entre los *aspectos relacionados con los/las pacientes*, se destacan atributos propios del desafío de trabajar con niños/as. La telepsicoterapia por videollamada parece un recurso insuficiente para atender a los que por su edad o por su modalidad subjetiva simbólica, no hayan logrado suficiencia expresiva verbal o lúdica, regulación motriz, manejo de la herramienta, o no logren construir una alianza terapéutica adecuada —limitaciones que coinciden con las señaladas por Bustamante et al. (2020); Feijt et al. (2020) y Gullslett et al. (2021) —. Así, las entrevistadas prefieren esta modalidad con niños y niñas mayores de ocho años y optan por

contactos iniciales y psicodiagnóstico presenciales. Esto facilita el establecimiento del vínculo y evita problemas derivados de la ausencia de técnicas válidamente adaptadas conforme a las recomendaciones internacionales (COP, 2017).

En cuanto al proceso diagnóstico, la bibliografía carece de reportes de adaptaciones argentinas de técnicas para su uso online. Esta dificultad se suma a una precedente escasez de instrumentos actualizados que plasmen las ampliaciones y modificaciones teóricas vigentes, necesarias para comprender las subjetividades contemporáneas de padres e hijos/as y diversidades de las configuraciones familiares (Taborda et al., 2021). Cabe subrayar que, tal como lo pautan las regulaciones éticas de la profesión, las técnicas proyectivas y psicométricas conllevan como condición *sine qua non* la sistematización de normas de administración e interpretación contextualmente y adaptadas, a ser integradas en baterías de recursos diagnósticos con unos sustratos teórico y metodológico epistemológicamente coherentes. El incumplimiento de estos requisitos conlleva a errores que repercuten de manera directa en la lectura que se realiza del sufrimiento psíquico (Taborda, 1999; Pugliese, 2021).

En coincidencia con Scharff (2014), las entrevistadas refieren que la comunicación en los encuentros/desencuentros lúdicos, requisito central de la técnica, es el principal obstáculo para prolongar la telepsicoterapia en el trabajo con niños y niñas. Para comprender estas dificultades, nos valemos de la idea de que el *jugar con* es el lenguaje específico de los niños/as y sus terapeutas. Esta dimensión comunicativa trasciende lo verbal y compromete lo preverbal con sus envolturas espaciales. Son tres los espacios involucrados que promueven reconfiguraciones que impactan en el encuadre interno de los/las terapeutas, descripto por Tabacof (2021), y se reflejan en la comunicación transversalizada por el vínculo terapéutico: el habitado por cada uno de los participantes y el virtual. En la convivencia de estos tres espacios los procesos espontáneos de atención conjunta se alteran, lo cual repercute en los fenómenos tácitos que sostienen la comunicación verbal y

preverbal, y en los pasajes de *estar con* al *estar solo en compañía de otro* (Winnicott, 2002, citado en Taborda et al., 2021). Los movimientos de los niños/as propician entrar y salir de la pantalla: al quedar fuera de la vista de las terapeutas, se marcan presencias y ausencias que ellas viven como tensión e hipervigilancia, lo que modifica su capacidad de alojar, resonar y comprender los contenidos comunicativos emergentes.

A su vez, la conjunción de esos tres espacios introduce nuevas modalidades lúdicas, tanto por las posibilidades que brindan las plataformas como por las peculiaridades de los encuentros a tiempo compartido y en lugares diferidos. Se inauguran juegos en paralelo, sin oportunidad de compartir la manipulación de objetos y, en el mejor de los casos, se completan con verbalizaciones que buscan cooperativamente resolver problemas para crear un espacio lúdico de encuentro. Las resistencias también se diversifican en su expresión, y toman el recurso que brinda el espacio virtual (Acquarone, 2021; Anton et al., 2020; Durao, 2017; Hackembruch Tourn, 2021; Hames et al., 2020). Los cambios temporo-espaciales que proveen las pantallas incitan nuevas configuraciones perceptivas de profundidad y tridimensionalidad. Los *delay* inciden en la percepción y con ello, en los procesos de mentalización implícitos y explícitos. En este marco —en el que los cuerpos se tocan con la mirada y las voces— las regulaciones corporales suscitadas en la presencialidad se modifican y aún se desconocen las peculiaridades que adquieren en la relacionalidad mediada por tecnologías. La sincronía perceptiva —ojo a ojo— de captación de las sutilezas que la mirada expresa se empobrece; la voz, como espejo sonoro, se eleva quizás para acortar la distancia y unirse con el otro. El uso de tecnologías conserva e introduce sus propias particularidades respecto de los espacios visuales, auditivos, táctiles y locomotores que nos constituyen, e introducen diferencias en los procesos que delinean lo mío, lo tuyo, lo familiar y lo no familiar. Algunas de las envolturas de la comunicación presencial se ausentan, como por ejemplo el calor, gusto y olfato (Taborda et al. 2021).

Por último, debemos señalar que algunos pacientes o sus familias rechazan explícitamente las videollamadas. Futuras investigaciones longitudinales centradas en pacientes podrían indagar si se trata de una negativa direccionada o de una más genérica, vinculada con la sobrecarga virtual, con los dispositivos, y con los requerimientos hacia los/as adultos/as para garantizar la virtualidad en las más variadas actividades.

Un importante conjunto de argumentos que sustentaron que la telepsicoterapia por videollamada no es una preferencia para las entrevistadas se centró en *cuestiones tecnológicas* propias de esa modalidad, de los dispositivos o de la conectividad. Estos aspectos remiten principalmente a una deficiente preparación de la infraestructura (un espacio apropiado para desarrollar la llamada); a desperfectos técnicos, retrasos, interrupciones de conexión, dificultad auditiva; a la carencia de dispositivos; y a los aspectos ya comentados sobre seguridad informática. Salvo el último, los restantes parecen tener un patrón de distribución asociado a variables socioeconómicas y a las desiguales provisiones de servicios en poblaciones de diferentes tamaños. Son aspectos que deberían incluirse en la planificación de políticas públicas de salud (Greenberg et al., 2006; Hilty et al., 2018, Olson et al., 2018; Thomas et al., 2018) para evitar excluir sectores demográficos del goce de este derecho.

La pausa que nos propusimos al inicio de este apartado se proyecta en un horizonte: la apropiación de aquello que fue vivido como interrupción impuesta. Por ello, consideramos necesario detenernos a desentrañar las potencialidades y condiciones para que la telepsicoterapia se torne una modalidad viable y sostenida en el tiempo en la promoción, prevención y atención de la salud mental de niños/as. Las entrevistadas destacan el valor de la telepsicoterapia para *continuar* tratamientos que se vuelven inviábiles de modo presencial, por ejemplo, por desplazamientos, migraciones, internaciones y otras modificaciones del contexto habitacional de los/las pacientes (ventaja referida ampliamente por

Cotton, 2014; Schueller, et al., 2016; Satti y Ojugbele, 2020; Wade, 2020; Volco, 2023; entre otros). Esa posibilidad de trascender fronteras, destacado como valor intrínseco de la telepsicoterapia, es especialmente relevante en el trabajo con niños/as, para dar presencia psíquica cuando la corpórea se ve dificultada (Janin, 2022). Sin embargo, esta potencia puede incrementarse y resultar más afín a los estilos de las terapeutas si se combina con encuentros presenciales. Una última fortaleza remite a los casos en que los/as niños/as o sus familiares expresan una preferencia específica por la telepsicoterapia.

A esto se suma que la telepsicoterapia por videollamada resulta más viable ante pacientes cuyo sufrimiento psíquico no resulta severo en términos diagnósticos y no afecta su expresión verbal y regulación corporal. Otro facilitador es que, por su edad, el/la niño/a ya haya desarrollado el lenguaje verbal y el juego; y que los/as adultos/as estén dispuestos a operar como garantes y soportes de la comunicación, tanto desde un punto de vista técnico como en la preparación del entorno físico y el sostenimiento de una actitud favorable. Asimismo —como ya sugirieron Bustamante et al. (2020) y Serventi (2021) —, resulta propiciador que estos familiares se dispongan a profundizar su trabajo de crianza receptiva y consistente con el/la terapeuta.

Finalmente, un gran conjunto de condiciones para sostener la telepsicoterapia se vinculan con la formación específica. Resolver las vacancias de formación no es solo una incumbencia individual de cada profesional: es su implementación colectiva la que puede sentar los pisos mínimos de responsabilidad de la profesión, necesarios para garantizar la salud mental como derecho. Estas formaciones deberían fortalecer habilidades para lidiar con los aspectos técnicos de la comunicación, profundizar el dominio de otras herramientas en línea, promover la adaptación de técnicas diagnósticas, y proveer conocimientos sobre seguridad informática.

Esta pausa debe cerrar con una invitación. En el contexto local, en el cual la telepsicoterapia no era una opción difundida hasta hace relativamente poco, resulta imperioso que se sigan profundizando los conocimientos acerca de su viabilidad, adaptaciones requeridas, revisiones teóricas, vacancias formativas y reflexividad ética. La decisión —individual de cada terapeuta, pero también colectiva de los cuerpos profesionales y política en la construcción de políticas públicas— de sostener o no tal modalidad puede impactar de modo directo en el acceso a la salud mental de ciertos sectores de una población. Por ello, estas reflexiones deberán dialogar tanto con investigaciones sobre las percepciones específicas de otros actores relevantes —por ejemplo, la de los propios niños, niñas y sus familias— como con estudios de directrices culturales, económicas y políticas para que la telepsicoterapia efectivamente se sostenga como una opción para el bienestar de ese particular grupo etario.

En otras palabras, no intentamos esgrimir un ligero elogio a la telepsicoterapia sólo las fortalezas que describimos antes, o —como argumenta parte de la literatura (Greenberg et al., 2006; Olson et al., 2018; Thomas et al., 2018) — por su potencial en la reducción de costos. Tampoco pretendemos criticarla superficialmente. Simplemente advertir que sostener procesos telepsicoterapéuticos en escenarios diferentes a los que los inauguraron —esto es, pensar la posibilidad de ejercer telepsicoterapia con niños y niñas de modo planificado y voluntario— requiere que se consideren y cumplan ciertos requisitos. Asimismo, es importante destacar que la elección de la telepsicoterapia no es solo una decisión individual de cada terapeuta, sino que requiere el debate colectivo de los colegios profesionales, los sistemas de salud, las universidades y el Estado, para garantizar un ejercicio coherente y ético de la modalidad.

Referencias

- Acquarone, S. (2021). Cuando la tele-psicoterapia psicoanalítica con padres e infantes es la única alternativa. *Temas de Psicoanálisis*. 21.
- Anton, M., Ridings, L., Gavrilova, Y., Bravoco, O., Ruggiero, K. y Davidson, T. (2020). Transición de un modelo de atención escalonada asistido por tecnología para pacientes con lesiones traumáticas a un modelo completamente remoto en la era de COVID-19. *Consejería de Psicología Trimestral*. <https://doi.org/10.1080/09515070.2020.1785393>
- Burgoyne, N. y Cohn, A. (2020). Lessons from the transition to relational teletherapy during COVID-19. *Family Process*, 59. <https://doi.org/10.1111/famp.12589>
- Bustamante, E. U., Castro Ahumada, K. P., Paredes Gutiérrez, K. S., & Yáñez Guerra, A. A. (2020). Estrategias implementadas mediante teleterapia que aumentan las habilidades sociales y/o comunicativas en niños y adolescentes diagnosticados con TEA menores de 18 años: una revisión sistemática. [Tesis de grado, Universidad de Talca] Biblioteca Universidad de Talca <http://dspace.utalca.cl/bitstream/1950/12876/3/2020A000661.pdf>
- Cabas-Hoyos, K. (2020). Eficacia de la Telepsicología en intervenciones del área clínica y de la salud: una revisión sistemática de la literatura. *Revista iberoamericana de psicología*, 13(3), 92-101. <https://doi.org/10.33881/2027-1786.rip.13306>
- Caro-Delgado, Á. G., Lozano-Ruiz, Á. G. y Perdomo-Jurado, Y.E. (2020). Telepsicología: retos y perspectivas una revisión sistemática de literatura. *La educación en psicología*, 184-212. <https://doi.org/10.15765/poli.v1i145.2829>
- Consejo General de la Psicología de España (2017). Guía para la práctica de la telepsicología. <http://www.cop.es/pdf/telepsicologia2017.pdf>

- Cotton, A. (2014). La terapia online y las relaciones humanas mediatizadas por la tecnología 3.0 Un modelo de integración entre lo real y lo virtual. *Sistemas Familiares*, 40.
- Döring, N. y Bortz, J. (2016). Recopilación de datos. En N. Döring y J. Bortz (Eds.), *Métodos de investigación y evaluación en las ciencias sociales y humanas* (pp. 321-397). Springer-Verlag.
- Durao, M. A (2017). El uso de tecnología y la persona del terapeuta en psicoterapia. IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires.
- Feijt, M., de Kort, Y., Bongers, I., Bierbooms, J., Westerink, J., y IJsselsteijn, W. (2020). Mental health care goes online: Practitioners' experiences of providing mental health care during the COVID-19 pandemic. *Cyberpsychology, Behaviour, and Social Networking*, 23(12), 860-864. <https://doi.org/10.1089/cyber.2020.0370>
- Fontao, M. I.; Casari, M. L.; Piorno, N. & Taborda, A. R. (2022). Psicoterapia en tiempos de pandemia COVID19 en Argentina: Factores asociados con el uso de telepsicoterapia durante el aislamiento social. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 14(2), 75-86. <https://doi.org/10.32348/1852.4206.v14.n2.30721>
- González-Peña, P., Torres, R., Del Barrio, V., y Olmedo, M. (2017). Uso de las nuevas tecnologías por parte de los psicólogos españoles y sus necesidades. *Clínica y Salud*, 28(2), 81-91. <https://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2017.01.001>
- Greenberg, N., Boydell, K.M. & Volpe, T. Pediatric Telepsychiatry in Ontario: Caregiver and Service Provider Perspectives. *JBHSR* 33, 105–111 (2006). <https://doi.org/10.1007/s11414-005-9001-3>

- Gullslett, M., Kristiansen, E., y Nilsen, E. (2021). Therapists' experience of video consultation in specialized mental health services during the COVID-19 Pandemic: Qualitative interview study. *Journal of Medical Internet Research Human Factors*, 8(3), Article e23150. <https://doi.org/10.2196/23150>
- Hackembruch Tourn, K. (2021). Nuevas texturas en el espacio psicoterapéutico con niños: inclusión-irrupción de la virtualidad. *Revista de psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 37, 35-42.
- Hames, J.L., Bell, D.J., Perez-Lima, L.M., Holm-Denoma, J.M., Rooney, T., Charles, N.E., Thompson, S.M., Mehlenbeck, R.S., Tawfik, S.H., Fondacaro, K.M., Simmons, K.T. y Hoersting, R.C. (2020). Navegando por aguas desconocidas: consideraciones para la formación de clínicas en la rápida transición a la telepsicología y la telesupervisión durante la COVID-19. *Revista de Integración de Psicoterapia*, 30 (2), 348-365. <http://dx.doi.org/10.1037/int0000224>
- Hilty, D.M., Evangelatos, G., Valasquez, G.A., Le, C., y Sosa, J. (2018). Telehealth for Rural Diverse Populations: Cultural and Telebehavioral Competencies and Practical Approaches for Clinical Services (2018). *Journal of Technology in Behavioral Science*, 3, 206–220. <https://doi.org/10.1007/s41347-018-0054-6>
- Janin, B. (2022). *Niñas, niños y adolescentes en tiempos de desamparo colectivo*. Noveduc.
- Kendall, P., Carper, M., Khanna, M. y Harris, M. (2015). Tecnología Informática y Salud Mental Infantil. En R. Scott y M. Buchman (Eds.), *Tendencias emergentes en las ciencias sociales y del comportamiento: un recurso interdisciplinario, investigable y enlazable*. John Wiley & Sons. <http://dx.doi.org/10.1002/9781118900772.etrds0049>

- Leturia, M. F., Mongelos, V. A., Gochicoa, A. E. y Cerdá, F. (2020). Análisis de los aspectos jurídicos generales de las plataformas digitales de videoconferencias y, en particular, de ZOOM. *Perspectivas*, (3), 53-66.
- Mandil, J., Bunge, E., Gomar, M., Borgialli, R. y Labourt, J. (2009). La Implementación de Recursos Tecnológicos en la Clínica con Niños y Adolescentes. *Revista Argentina de clínica psicológica*, 59-68.
- McCord, C., Bernhard, P., Walsh, M., Rosner, C. y Console, K. (2020). A consolidated model for telepsychology practice. *Education & Training*, 76(6), 1060-1082. <https://doi.org/10.1002/jclp.22954>
- Montero, G. (2023). Vicisitudes de la atención virtual de pacientes violentadas sexualmente durante la pandemia. En A. Franco y S. Toporosi, *La crueldad y el horror. Violencias sexuales contra niñas, niños y adolescentes*. Topia.
- Mora, L., Nevid, J. y Chaplin, W. (2008). Recomendaciones de tratamiento de psicólogos para intervenciones terapéuticas basadas en Internet. *Computadoras en el comportamiento humano*, 24, 3052-3062. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chb.2008.05.011>
- Olson, C. A., McSwain, S. D., Curfman, A. L., y Chuo, J. (2018). The current pediatric telehealth landscape. *Pediatrics*, 141(3), 2017-2334
- Pugliese; S. (2021). *Guía para la Redacción de Documentos Producidos en la Práctica Psicológica*. Glova
- Richards, D. y Richardson, T. (2012). Computer-based psychological treatments for depression: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychological Review*, 32, 329–342. doi:10.1016/j.cpr.2012.02.00
- Rodríguez Gómez, G.; Gil Flores, J. y García Jiménez E. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Aljibe.

- Rojas-Jara, C., Polanco-Carrasco, R., Caycho-Rodríguez, T., Muñoz-Vega, C., Muñoz-Marabolí, M., Luna-Gómez, T., y Muñoz-Torres, T. (2022). Telepsicología para psicoterapeutas: lecciones aprendidas en tiempos del Covid-19. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 56(2). <https://doi.org/10.30849/ripijp.v56i2.1733>
- Satti, K. y Ojugbele, O. (2021). Lessons Learned: Pediatric Telemental Health in a Rural Medical Center in the Age of SARS-CoV-2. *The Journal of Rural Health*, 37(1), 260.
- Scharff, J. (2014). Psicoanálisis asistido con tecnología. *Revista de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis*, 18. 151-172.
- Schueller, S., Stiles-Shields, C. y Yarosh, L. (2016). Online Treatment and Virtual Therapists in Child and Adolescent Psychiatry. *Child Adolesc Psychiatr Clin*, 1-12. doi: [10.1016/j.chc.2016.07.011](https://doi.org/10.1016/j.chc.2016.07.011)
- Serventi, M. A. (2021). *Nuevos desafíos en terapia familiar online en tiempos de Covid-19*. [Tesis de grado] Universidad de Palermo.
- Storch, E., Salloum, A., King, M., Crawford, E., Andel, R., McBride, N. y Lewin, A. (2015). Un ensayo controlado aleatorio en centros comunitarios de salud mental de terapia cognitiva conductual asistida por computadora versus tratamiento habitual para niños con ansiedad. *Depresión y Ansiedad*, 32, 843-852. <http://dx.doi.org/10.1002/da.22399>
- Tabacof, D. (2021). Mantener el propio encuadre interno. En A. Vainer, *Contigo a la distancia. La clínica Psi en tiempos de pandemia*. (pp.24-30). Topia
- Taborda, A. (1999). *Diagnóstico de la dinámica de la capacidad intelectual de niños de 4 a 6 años*. Lumen.
- Taborda, A. R., Piorno, M. N. y Casari, L. M. (2021). Duelos en la niñez y psicoterapia en tiempos de pandemia. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 25(1), 47-72. <http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/handle/123456789/5801>

- Taborda, A., Cuello Pagnone, M., Labin, A. y Fontao, M. I. (en prensa). Telepsicoterapia con niños: potencialidades y limitaciones para su continuidad después del aislamiento por pandemia. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*.
- Thomas, J. F., Novins, D. K., Hosokawa, P. W., Olson, C. A., Hunter, D., Brent, A. S., Frunzi, G. & Libby, A. M. (2018). The use of telepsychiatry to provide cost-efficient care during pediatric mental health emergencies. *Psychiatric Services*, 69(2), 161-168.
- Tijo-Vásquez, C., Jiménez-Silva, C., Estupiñan-Villamizar, J., Meneses-Ibarra, L. y Cárdenas-García, O. (2020). *Revisión sistemática de literatura: Intervención psicológica en niños a través de la virtualidad*. [Tesis de pregrado, Universidad Cooperativa de Colombia]. <http://hdl.handle.net/20.500.12494/20290>
- Tse, J., McCarty, C. A., Stoep, A. V. y Myers, K. M. (2015). Teletherapy Delivery of Caregiver Behavior Training for Children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Telemedicine and e-Health*, 21, 451-458. <http://dx.doi.org/10.1089/tmj.2014.0132>
- Volco, L. (2023). Cronología y contexto de la pandemia en Francia. *Topia*, 97.
- Volnovich, J. C. (2021). Esta pandemia. Aquel Mundo. Infancias y adolescencias en tránsito. Nueva Editorial Universitaria.
- Wade, S. L., Gies, L. M., Fisher, A. P., Moscato, E. L., Adlam, A. R., Bardoni, A., Corti, C., Limond, J., Modi, A. C. y Williams, T. (2020). Telepsychotherapy with children and families: Lessons gleaned from two decades of translational research. *Journal of Psychotherapy Integration*, 30(2), 332-347.

Capítulo 3

La importancia del psicodiagnóstico como orientador del proceso terapéutico de niños/as

Carolina Farconesi

Quien escribe, teje.
Texto proviene del latín,
“textum” que significa tejido.
Con hilos de palabras
vamos diciendo,
Con hilos de tiempo
vamos viviendo.
Los textos son como nosotros
tejidos que andan.
Galeano (2001)

Introducción

El presente escrito tiene por finalidad brindar una serie de orientaciones teóricas y técnicas que puedan ser útiles para quienes nos dedicamos a la atención psicológica de niños y niñas en sus diversos ámbitos de aplicación (públicos y privados), atentos/as al contexto actual en el cual emergen las consultas. Se presenta un

enfoque y modelo de abordaje sustentado en el psicoanálisis relacional o intersubjetivo, como paradigma referencial al cual se adhiere.

Conforme a esto, resulta necesario e ineludible considerar el ámbito familiar- relacional del niño/a por el que se consulta y del cual forma parte. Por otro lado, se propone: reconstruir conjuntamente (adultos consultantes, niños/as y terapeuta) la historia vital- libidinal del paciente; la exploración y búsqueda de sentido respecto a la aparición, dinámica y evolución del síntoma o problemática por la que han decidido consultar y la comprensión de las relaciones intra y extrafamiliares en torno a las tramas intersubjetivas que en ellas se despliegan.

En base a investigaciones previas (Farconesi, 2023)¹ y otras en curso², que han despertado el interés en profundizar la indagación y comprensión de las concordancias o discordancias entre aquello que presentan como motivo de consulta los adultos que solicitaron la atención y el modo en que los niños y niñas logran dar a conocer al terapeuta su propio motivo de preocupación, se presenta el fundamento para el uso de dos técnicas proyectivas gráficas y verbales que favorecen la expresión del niño/a de aquello que él/ella percibe subjetivamente como su malestar y cómo busca

¹¹ Trabajo Final Integrador: Estudio exploratorio de corte epidemiológico longitudinal de las consultas psicológicas realizadas sobre niños y niñas en un Hospital Público de la Provincia de San Luis. Carrera de Especialización: “Intervenciones Psicológicas para la Salud Mental en Niñez y Adolescencia desde la Perspectiva Psicoanalítica Pluridisciplinar”. Facultad de Psicología. UNSL.

² Investigaciones enmarcadas al interior de: a) Proyecto de Investigación PROICO 12- 0923: “Configuraciones subjetivas e inter-versiones psicoanalíticas epocalmente situadas”. Dirigido por la Dra. Taborda Ruth Alejandra. Avalado por Ciencia y Técnica. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de San Luis. b) Tesis doctoral de la autora, titulada: “Consultas psicológicas por niños/as: del motivo de consulta de los padres al motivo de preocupación expresado por el niño/a”. Directora: Dra. Azucena Borelle. Facultad de Psicología y Psicopedagogía. Universidad del Salvador.

apaciguarlo. Por lo tanto, se les otorga a ellos/as un rol protagónico y activo en el proceso psicodiagnóstico. Se considera además que la implementación de dichas técnicas contribuye a la captación de lo manifiesto y lo latente, permite pesquisar las fantasías de enfermedad y curación y disminuye el sesgo en la interpretación idiosincrática por parte del psicodiagnosticador.

Consideraciones generales sobre el psicodiagnóstico con niños/as

La mayoría de los profesionales que trabajamos en la clínica con niños y niñas, solemos realizar un proceso psicodiagnóstico previo al inicio del tratamiento psicoterapéutico. Este proceso conlleva una serie de entrevistas preliminares con los adultos que realizan la consulta y otras tantas con el niño/a. Durante los encuentros enmarcados en el psicodiagnóstico, se pueden administrar algunas técnicas auxiliares (psicométricas y/o proyectivas) que permiten un conocimiento y comprensión más completa del estado psíquico del paciente, de su desarrollo evolutivo, intelectual, relacional, emocional y afectivo. A su vez facilitan la captación de sus capacidades y dificultades, acercándonos a un mayor entendimiento respecto a la problemática presentada y una proyección a futuro sobre sus posibles vías de elaboración. Por ello se entiende que el psicodiagnóstico es un dispositivo de intervención clínica que sirve como orientador para el posterior proceso terapéutico.

Ahora bien, como se mencionó anteriormente desde el psicoanálisis relacional o intersubjetivo, adoptado como marco teórico referencial, el sujeto sólo puede ser concebido a partir de sus relaciones con los otros significativos que conforman su mundo relacional o matriz intersubjetiva (Mitchell, 1993; Benjamin, 1996; Coderch, 2010, 2012; Dio Bleichmar, 2005). Esto nos posiciona de una manera particular como terapeutas, puesto que, para comprender la multicausalidad del sufrimiento psíquico, debemos considerar no sólo lo intrapsíquico, sino también lo inter y transubjetivo, imbricados en una compleja red y emplazados en un

aquí y ahora epocal (Taborda, 2012; Raznoszczyk Schejtman, 2014; Taborda y Toranzo, 2017).

De esta manera, no se puede concebir al ser humano en forma aislada, por el contrario, se le otorga central importancia a la interacción con los “otros” que en el transcurrir vital irán produciendo inscripciones y reinscripciones en el psiquismo a lo largo de toda la vida. Asimismo, frente a la complejidad y reciprocidad que caracteriza las relaciones humanas, deben contemplarse las condiciones económicas, políticas y sociales de un tiempo y espacio determinado.

Al partir de esta concepción de psiquismo abierto, en constante construcción y reconstrucción, a los lazos primarios (representados fundamentalmente por los padres, cuidadores y primeras figuras de apego) se suman los vínculos actuales (con los hermanos, pares, docentes, etc.), los cuales cuentan con la potencialidad de dejar plasmadas nuevas huellas subjetivantes. Es por esto que se propone un abordaje integral del sujeto, en donde puedan contemplarse las diversas vicisitudes en el devenir subjetivo del/la niño/a.

El análisis de las técnicas administradas al interior del psicodiagnóstico en conjunción con la información recogida durante el mismo, tienen como objetivo principal descubrir y conocer aspectos subjetivos con sus respectivas progresiones y regresiones a lo largo de todo el desarrollo vital del/la niño/a, procurando de este modo comprender e intentar explicar las posibles causas que estarían en la base de la problemática actual por la cual se consulta. En paralelo, se van elaborando hipótesis y al finalizar el proceso, se establecen conclusiones diagnósticas tendientes a dar sentido y significación a aquellas conductas manifiestas que se presentan como dificultades que obstaculizan en mayor o menor medida la vida cotidiana del niño/a y que tienen repercusiones en el entorno familiar, escolar y relacional. Dichas apreciaciones son las que se comunicarán a los padres y al/la niño/a respectivamente en las entrevistas de devolución o integración

diagnóstica, impartiendo las recomendaciones que se consideren pertinentes conforme a cada caso.

En relación a esto Untoiglich (2013) refiere:

Cuando los padres de un pequeño realizan una consulta esto puede establecer un hito relevante en su historia, y con frecuencia hay un antes y un después no solo en la vida de ese niño sino también en la de sus padres. (p.62)

En un sentido similar Taborda (2012) afirma: “El diagnóstico en la vida de una persona nunca resulta neutro, es terapéutico o iatrogénico” (p. 120). Resulta terapéutico cuando el mismo opera como continente, cuando funciona como un espacio de escucha y contención para los padres y niños/as, de manera que permita ir estableciendo nuevos enlaces y representaciones de las dificultades que llevaron a la consulta. Mientras que puede resultar iatrogénico cuando se adopta una modalidad clasificatoria de los problemas, basándose en diagnósticos descriptivos que conllevan a una identificación del/la niño/a con el síntoma que manifiesta en base a una serie de conductas observables. Esto conduce a encasillarlo/a bajo una etiqueta determinada, perdiendo de vista todo aquello que hace a su constitución subjetiva. (Rivera Nogales, 2010; Dueñas, 2012, 2013; Taborda, 2012; Untoiglich, 2013). Por lo tanto:

En ese tiempo inaugural, el diagnóstico será abierto, por hacerse dentro del marco psicoanalítico, alejado de las clasificaciones nosológicas universalizantes y por ser en clínica con niños, donde no puede ser cerrado, pues los niños son sujetos aún en construcción. (Bruno Cámares, 2017, p. 83)

Así, una de las funciones más relevantes del psicodiagnóstico es poder establecer diagnósticos diferenciales que permitan distinguir: a) si se está en presencia de un déficit o de un trastorno en la constitución del aparato psíquico producto de dificultades en las relaciones primarias con el otro; b) si se trata de una expresión sintomática fruto de un conflicto intrapsíquico en el cual retorna lo reprimido tras un fracaso de la represión, previa institución de la

represión primaria; o c) si la problemática es reactiva a situaciones ambientales específicas, pudiendo convertirse en síntoma si perdura en el tiempo (Taborda, 2012). Conforme a esta diferenciación inicial, se establecerán las posibles vías de abordaje y se sentarán las bases para la intervención terapéutica, la cual será tan singular como las singularidades que presenta cada caso.

Entrevistas diagnósticas con los padres o adultos que solicitaron la atención

El psicodiagnóstico se inaugura con las entrevistas a los padres o adultos consultantes, las mismas tienen como objetivo primeramente conocer la configuración familiar del/la niño/a, intentando obtener todos aquellos datos que permitan ubicar e identificar a cada integrante dentro del grupo familiar, para luego dar paso a la indagación del motivo de consulta. Al respecto de las entrevistas con los padres Untoiglich (2013) plantea que: “Son imprescindibles para conocer cuáles son sus hipótesis acerca de lo que le ocurre a su hijo, cómo se posicionan ante un tercero cuando tienen que hablar de él, dónde se producen los puntos de quiebre” (p.67). Al mismo tiempo, estos encuentros permitirán observar la funcionalidad de la pareja parental, cómo se relacionan entre ellos, el lugar que ocupa y el rol que desempeña cada uno en la familia, cómo se dirigen y significan a su hijo/a.

En la segunda entrevista se sugiere hacer un recorrido por la historia vital- libidinal del/la niño/a. Durante esta reconstrucción será de gran valor intentar conocer los sentimientos, pensamientos y reacciones suscitadas en los padres a lo largo del crecimiento de su hijo/a, escenas que de alguna manera serán resignificadas a partir de sus relatos actuales y de la escucha atenta que ofrece el analista.

Al respecto, Taborda y Labin (2017) hablan de las tramas de la constitución subjetiva planteando tres momentos, en los cuales incluyen sus respectivos hitos evolutivos puntualizados. El primer tiempo de las primeras ligazones amorosas, incluye todo lo referente a la historia familiar previa, las fantasías y deseos paternos que significan al/la niño/a antes de su nacimiento, y aquellos

vínculos primarios que el/la bebé establece con la madre-grupo (Taborda y Farconesi, 2017); encargada de proveer el cuidado y sostén físico y mental que el/la niño/a necesita en los primeros momentos de vida. Este tiempo es trascendental para el desarrollo de la integración psicosomática y el sentimiento de confianza básica. En el segundo tiempo se va estableciendo la diferenciación amorosa, la cual se sostiene sobre la creciente integración y diferenciación yo-no yo que poco a poco se va alcanzando. Esto sienta las bases de lo que Winnicott (1942) denominó “objeto transicional”, representación mental de las cualidades protectoras que el/la niño/a a introyectado de su cuidador/a (madre o sustituto) para sentirse acompañado/a en aquellos momentos en que no se encuentran juntos. La aparición de los dientes introduce una nueva forma de aprehensión del mundo y sus consecuentes representaciones, lo cual trae aparejado la preocupación por el efecto de sus actos, ya que se ha comenzado a percibir a su madre y a los demás como personas completas, con sus aspectos tanto buenos-gratificantes como malos-displacenteros.

En este contexto el/la niño/a también puede diferenciar lo que le es familiar de lo que no lo es. El tercer tiempo es el del reconocimiento de la alteridad del otro, el cual se va gestando en el marco de una creciente libertad motriz. En la medida en que los vínculos buenos y amorosos de los cuidadores produzcan representaciones internas de confianza y seguridad, el/la niño/a tendrá la posibilidad de desarrollar gradualmente la capacidad de “estar a solas” sin sentirse abandonado/a, primero con la presencia cercana del otro y luego fuera de su alcance visual. Tal como expresan las autoras: “Solo una madre grupo viviente y presente puede inscribir la presencia de su ausencia” (Taborda y Labin, 2017, p. 33). Así, junto al creciente desarrollo psíquico del/la niño/a, se irán construyendo particulares representaciones internas, subjetivas y cognitivas que le posibilitarán significar las diferentes experiencias.

Ahora bien, en lo que al posicionamiento como psicoterapeutas de niños y niñas concierne, resulta menester convocar siempre a

ambos padres para las entrevistas, favorecer las posibilidades de acceso a ambos progenitores (incluso cuando los mismos ya no estén en pareja, entrevistándolos por separado), puesto que lo que cada uno de ellos tenga para aportarnos respecto al hijo/a es muy valioso. Por tratarse de dos personas distintas, sus puntos de vista respecto al niño/a y la problemática que presenta pueden ser disímiles y el vínculo de cada uno de ellos con su hijo/a es singular. Por otra parte, aunque asista sólo uno de ellos, es importante observar qué lugar y significación confiere en su discurso al otro progenitor que no se halla presente en la entrevista, en el sentido de si lo incluye o excluye, si le otorga una connotación positiva o negativa, todo esto tiene un importante valor diagnóstico, ya que también daría cuenta de cómo ese otro de la pareja parental es presentado y significado para ese/a niño/a.

Más allá de que puedan existir diferencias conforme a los distintos enfoques o estilos terapéuticos sobre la forma de trabajar con los padres, es necesario que las emociones, pensamientos, visiones y explicaciones vinculadas a lo que le sucede al niño/a y al motivo por el cual consultan, sean tomadas en cuenta (Bruno Cámares, 2017). A su vez convocar, escuchar e involucrar a los padres en el proceso psicodiagnóstico y tratamiento de sus hijos/as favorece el establecimiento de la llamada alianza terapéutica³. Según Aznar (2019) esta alianza opera como punto de partida para el trabajo sobre la parentalidad y el manejo de la transferencia y contratransferencia. A su vez la autora refiere que la necesidad de implementar intervenciones con los padres y los efectos positivos que esto ha tenido nos conduce a efectuar reformulaciones teóricas.

³ La alianza terapéutica, se entiende como una parte de la transferencia positiva que favorece el trabajo con los padres y la continuidad del trabajo con el/la hijo/a. Es una especie de acuerdo implícito con las partes más colaborativas, adultas y sanas de los padres. Pero además se considera que ellos también tienen potencialidad de crecimiento personal, viéndose beneficiados por los efectos terapéuticos del trabajo sostenido sobre la trama vincular. (Dio Bleichmar, 2005; Aznar, 2019).

Por otra parte, conforme al contexto actual, resulta imperioso abrir un espacio para poder pensar y alojar las nuevas y diversas configuraciones familiares. Ya desde hace tiempo se habla de función materna y función paterna, en el sentido de quien ejerza dichas funciones independientemente de la persona que las encarna. Así, se propone adoptar la concepción de “parentalidad”. Acuñar esta idea en nuestro trabajo resulta un recurso terapéutico importante sobre todo en la clínica con niños, niñas y adolescentes. Según Rotenberg (2014):

La parentalidad es una función básica, que incluye la llamada *función materna y función paterna*, o de sostén y de terceridad para no adjudicarlo al sexo biológico y posicionarlo en una persona... Estas funciones pueden ser alternadas, compartidas o fijas. (p. 39)

Tal como plantea Raznoszczyk Schejtman (2014) hoy resulta un verdadero desafío para el psicoanálisis pensar lo materno y lo paterno, ya que las nuevas configuraciones familiares (monoparentales, homoparentales, ensambladas, coparentales, adoptivas, por donación de óvulos y esperma, etc.) abren diversos interrogantes entorno a los nuevos modos de vinculación. Por lo tanto, como profesionales de la salud mental debemos asumir el compromiso de atender estas nuevas formas de constitución familiar que interpelan nuestra práctica.

Entrevistas diagnósticas con niños/as

Al iniciar la primera entrevista con el/la niño/a, es importante que sepa del encuentro previo con sus padres, a fin de favorecer la construcción de un vínculo basado en la confianza y en la percepción de que el terapeuta es una persona dispuesta a ayudar. Será importante dejar en claro cuestiones que remiten al secreto profesional, es decir, que todo lo que transmita y realice en el consultorio, permanecerá en el ámbito de lo privado, salvo alguna situación excepcional en la que se considere que el paciente está riesgo y que habilita al profesional a comunicar, frente a lo cual será informado. Proceder de esta forma reduce las ansiedades persecutorias, facilita el establecimiento de una relación más

tranquilizadora y favorece que el/la niño/a pueda comunicar lo que piensa acerca de lo que le pasa, por qué le pasa y cómo cree que podrían resolverse las dificultades desde su perspectiva. Aun así, en los/as niños/as, comunicar verbalmente lo que creen que les sucede no les resulta sencillo, la mayoría de las veces repiten lo que les dijeron sus papás o lo que escucharon, de manera automática y memorística, despojada de sentido y comprensión.

En el estudio realizado por Farconesi (2023) se entrevistó en el año 2021 a dos psicólogas que atendían niños, niñas y adolescentes en un hospital público de la provincia de San Luis. Se les preguntó: ¿Cómo suele manifestar el/la niño/a lo que él/ella cree que le pasa? A continuación, se comparte la respuesta de una de ellas que permite ejemplificar lo antes expuesto:

Eso a veces aparece a través del dibujo. Y muchas veces pasa que directamente lo dicen cuando estamos haciendo otra cosa (dibujar, pintar) y bueno mientras estamos en esa situación por ahí más relajados dibujando o pintando yo voy preguntando y en algún momento aparece esto de lo que les está pasando. Después hay niños que te dicen directamente: *“Me pasa que mi mamá o mi papá o mi hermanita o mi compañero me hace esto”* *“Me hacen bullying”* o *“Vi esto... escuché esto...”*. Hay niños que son muy declarativos. También me ha pasado que me digan: *“Me trajo mi mamá”* o *“No sé por qué estoy acá”*. Les pregunto si saben por qué han venido, muchos no tienen registro, algunos sí, pero siento que repiten más lo que es un discurso de los padres o de la escuela. Otras veces dicen: *“No sé”* y esa es la respuesta. (Psicóloga C)

Por ello, tal como se desarrollará más adelante se propone el uso de una técnica particular que nos permita aproximarnos a una mejor captación de lo que le sucede al niño/a desde su propia perspectiva o lo que ellos perciben como fuente de su sufrimiento psíquico. Knobel (1977) afirma, respecto al psicodiagnóstico de niños y niñas, que el mismo debe ser polifacético y pluridimensional. Por lo tanto, resulta útil diseñar una batería diagnóstica amplia, que incluya además de las entrevistas (centradas en la transmisión

verbal), diversas técnicas que permitan explorar distintos modos de expresión (gráfica y lúdica). Otras reconocidas autoras en el abordaje clínico con niños/as y sus familias proponen un encuadre e instrumentos similares (Siquier de Ocampo et al., 1987; Fernández, 1997; Taborda, 2012; Borelle y Russo, 2015; Bruno Cámares, 2017, entre otras).

Conforme a lo expuesto, el psicodiagnóstico en la niñez requiere un enfoque multidimensional e interdisciplinario, dado que la psique o mente en desarrollo es un sistema complejo y dinámico que depende funcionalmente de sistemas biológicos genéticamente programados y epigenéticamente modificados, relacionados a su vez con estructuras y dinámicas relacionales y sociales, cultural y epocalmente situadas, y que tiene la propiedad de transformarse sin perder su identidad a lo largo de todo su ciclo vital (Taborda y Toranzo, 2017).

En la actualidad numerosas investigaciones sobre genética, así como los últimos hallazgos sobre desarrollo cerebral (Kandel, 1998; Magistretti y Ansermet, 2006; entre otros) indican que existe una co-determinación mutua entre subjetividad, ambiente, contexto histórico-social, vulnerabilidad genética, conexiones neuronales y enfermedades, esto ya había sido anticipado por Freud (1917) cuando planteaba el concepto de “series complementarias”. (Untoiglich, 2013, p. 13)

De acuerdo con el desarrollo precedente y en adhesión a un abordaje desde una perspectiva ética, histórica y contextualmente situada, resulta pertinente atender el entorno en el cual se imbrica el desarrollo subjetivo de los/as niños y niñas en la actualidad. Así resulta necesario situar el tipo de sociedad en que estamos viviendo para entender la niñez con la que nos encontramos. Esto brinda la posibilidad de otorgar nuevos y múltiples sentidos a los problemas que nos atraviesan (Burin y Dio Bleichmar, 1996; Dio Bleichmar, 2005; Janin 2012, Dueñas, 2012, Untoiglich, 2013).

Uso de técnicas psicométricas o proyectivas al interior del proceso psicodiagnóstico

En tanto el proceso psicodiagnóstico tiene por objetivo describir, conocer y comprender la dinámica psíquica, se implementan para ello una serie de entrevistas y diversas técnicas de evaluación psicológica. Respecto al uso de dichas técnicas, Borelle y Russo (2015) refieren que:

Están integradas en un proceso de duración limitada que tiene como objetivo la descripción y evaluación de la organización psíquica del niño, sus aspectos evolutivos, adaptativos y patológicos, así como también de la dinámica familiar, con miras a un diagnóstico, pronóstico y recomendaciones terapéuticas. (p.35)

Por su parte Taborda (2013) refiere: “Los tests, en el proceso diagnóstico, operan como intermediarios, interlocutores que facilitan la tarea de desentrañar “sentidos”, inmersos en un diálogo en el que se articulan diferentes lenguajes” (p.46).

Visto que las técnicas psicológicas evalúan una amplia gama de aspectos de la persona, la división más general que se establece es entre psicométricas y proyectivas. Las primeras parten de una serie de estímulos predeterminados que se le presentan a la persona para que produzca determinadas respuestas, las cuales son medidas dentro de una serie de puntajes posibles, son técnicas netamente cuantitativas. Las segundas, se focalizan particularmente en la subjetividad de la persona, indagando la dinámica funcional del psiquismo e interpretando los resultados desde un punto de vista cualitativo (Borelle y Russo, 2015).

Una vez administradas las técnicas diagnósticas, se continúa con el análisis de estas. Para ello se irán consignando las recurrencias y convergencias de las diversas producciones con el propósito de integrar y jerarquizar todos los datos obtenidos. Según García Arzeno (Cattaneo 2017/1999) se denomina recurrencia a la reiteración de una misma fantasía, conflicto o problema expresado a través de elementos similares o de equivalente significación

simbólica. Mientras que la convergencia informa acerca de fantasías, conflictos o problemas distintos pero que se complementan. En ambos casos se toma en cuenta la comparación y análisis intratest (mismo test) o intertests (entre distintos tests).

Un aporte de gran importancia sobre test proyectivos gráficos es el Hammer (2004), en su obra demuestra cómo el uso de los dibujos proyectivos posibilita contrastar las primeras hipótesis diagnósticas. A través de la implementación de estas técnicas el psicodiagnosticador hace hablar los dibujos de sus consultantes, por esta vía se facilita el acceso a los pensamientos y sentimientos menos visibles. Veccia (2016) refiere sobre la dificultad en la cuantificación de las técnicas proyectivas, las cuales gozan de un extendido estatus clínico, pero de un cuestionable estatus científico en términos de validez y confiabilidad estadística. Así mismo, reconoce en la obra de Hammer una excelente guía para pensar clínicamente las relaciones existentes entre las diversas exteriorizaciones del paciente, a partir de la información multidimensional que nos brindan y que se recogen a través de diversos materiales narrativos y gráficos.

Por otra parte, Cattaneo (2017) retoma los aportes y desarrollos previos de varios autores sobre el uso de las técnicas proyectivas gráficas. Resalta el valor clínico que poseen los dibujos cuando son administrados e interpretados en el contexto del psicodiagnóstico. A su vez brinda una guía exhaustiva para el análisis cualitativo de las pruebas gráficas y su interpretación. Señala la importancia de complementar dichas técnicas con las asociaciones libres que efectúa el sujeto sobre lo graficado, es decir que se debe realizar una lectura integrada de ambos registros (el gráfico y el verbal).

Más allá de las diferencias en sus postulados según cada autor/a, existe plena coincidencia en que el abordaje clínico- psicoanalítico de niños y niñas requiere un encuadre e instrumentos particulares, puesto que para acceder al mundo interno del sujeto en formación se debe considerar la peculiar estructuración de su psiquismo. Siguiendo a Rodulfo, M. (1992) la asociación libre, regla

fundamental del psicoanálisis para el paciente adulto, tuvo que ser reformulada para aproximarnos a los/las niños y niñas. Por lo tanto, se volvió necesario, reencontrar las cadenas asociativas a través de los distintos materiales de los que puede valerse un/a niño/a, en tanto éste/a es mucho más “polimorfo/a” en sus medios de expresión y no existe aún en él/ella la primacía del lenguaje verbal. “Así hicieron su entrada en el psicoanálisis pequeños juguetes, hojas, lápices, pasta de modelar y todos aquellos objetos que sirvieran al propósito de la asociación libre al ser transformados en juegos, dibujos, modelados, relatos, etc.” (Rodulfo, M, 2016, p. 31).

Del motivo de consulta expuesto por los adultos al modo en que los niños y niñas representan su propio motivo de preocupación

Como es sabido, los/as niños/as no llegan solos/as a la consulta, sino que son llevados por un adulto (generalmente por sus padres). Tal como se expuso anteriormente, el desarrollo del psicoanálisis ha revelado que resulta crucial escuchar a los adultos consultantes a fin de conocer cuál es su saber sobre el/la niño/a, cuáles son las significaciones, sentimientos y explicaciones que expresan respecto a lo que les ocurre a sus hijos/as (Bruno Cámares, 2017). La autora citada distingue tres tipos de articulaciones posibles de los desencadenantes de la consulta: la forma de la toma de decisión en consultar, las explicaciones que los padres dan al motivo de consulta y los sentimientos que acompañan estas decisiones, en tanto la misma se produzca por decisión propia (demanda espontánea), o bien que responda a la sugerencia de un tercero o la misma sea impuesta (derivación).

El tema de las entrevistas iniciales con padres es un campo más estudiado y que cuenta con mayores desarrollos teóricos, aunque el papel otorgado a los padres en la psicoterapia psicoanalítica con niños/as ha variado mucho desde sus comienzos. Mientras que el estudio de las significaciones, sentimientos y explicaciones que pueden brindar los/as niños/as respecto a lo que ellos/as creen que les sucede y perciben como fuente de su malestar, es un territorio menos explorado.

Conforme al marco teórico al que se adhiere, se sostiene la premisa de que cuando un niño/a llega a la consulta psicológica habitualmente logra expresar de diversas maneras (verbal, gráfica o lúdicamente) lo que cree que le pasa. Así mismo, muchas veces aquello que presenta como su preocupación, difiere de lo que relatan como motivo de consulta los adultos que solicitan la atención (padres, tutores o diversos agentes de derivación: pediatras, escuela, juzgado, otros profesionales de la salud). Estos últimos, generalmente, basan su solicitud de intervención en aquellas conductas manifiestas y observables que llaman la atención sobre el comportamiento actual del niño/a. Ante esto resulta imprescindible que quien recibe la consulta no se quede en esta superficie de lo visible e instrumente los medios y técnicas necesarias para conocer los posibles causales del malestar de los/as pacientes y así poder ayudarlos/as a elaborar su propio sufrimiento psíquico.

En este sentido, distintos autores formulan que las pruebas gráficas permiten un mejor acercamiento al lenguaje no verbal de los/as niños/as (Taborda, 2012; Borelle y Russo, 2015; Cattaneo, 2017; Rodulfo, 2016; entre otros). A su vez, en ellas se pueden pesquisar sus fantasías de enfermedad y curación (Aberastury, 1962/2015; Taborda, 2016), ya que a través de los dibujos logran expresar con mayor facilidad sus padecimientos y cómo buscan apaciguarlos. La implementación de dichas técnicas permite orientar el psicodiagnóstico y el posterior tratamiento atendiendo fundamentalmente lo que el/la niño/a percibe como fuentes de su angustia; angustia o sufrimiento que por vías sustitutivas muchas veces se manifiesta a través de conductas sintomáticas, regresivas o “desadaptativas”.

Otros autores como Rodulfo, M. (1992) y Rodulfo, R. (1999), sostienen que el dibujo opera como escritura subjetivante que acompaña los distintos momentos evolutivos del niño/a, adquiriendo características y teniendo funciones específicas en cada etapa. Se observa cómo poco a poco, se le va dando a la producción

gráfica una posición más autónoma, superando su destino inicial de ser complemento de otras producciones.

Para resaltar el valor del dibujo infantil la autora antes citada (Rodulfo, M., 1992) toma los aportes de Tosquelles (1973), quien considera el graficar como medio de escritura del cuerpo y a la vez como medio de lectura para el psicoanalista, que debe evaluar no sólo el estado psíquico del niño/a en relación con su problemática puntual, sino también el grado de desarrollo alcanzado en la conformación de su aparato psíquico. Así el grafismo se transforma en un eje capital para el diagnóstico diferencial. En un sentido similar, Vasse (1974) refiere que toda escritura revela y oculta algo del inconsciente y lleva impresa al igual que la voz la marca particular del sujeto. Por su parte, Sami- Ali (1976) reflexiona sobre ese espacio tan singular que es la hoja de papel, es decir el lugar donde se dibuja: arriba (Plano fantasía), abajo (Plano concreto), derecha (Progresivo) e izquierda (Regresivo). Esto también da cuenta de las vicisitudes del cuerpo en el espacio. Lo presentado, como ideas centrales de cada uno de los autores mencionados, es una síntesis de lo desarrollado por Rodulfo, M. (2016) en su libro de referencia (p. 40-49).

Por lo tanto, si al paciente adulto se le pregunta cuando llega a la consulta: ¿Por qué ha venido? ¿Qué lo trae por acá? ¿Qué es lo que le preocupa?, resultaría productivo manejarse con el niño/a de manera similar, pero con una modalidad acorde a su etapa evolutiva y a los modos de producción y expresión propios de esta etapa. Taborda (2012) propone distintas estrategias para el estudio de las constelaciones sintomáticas de niños y niñas, entre ellas la implementación de una técnica gráfica alternativa que brinda al niño/a la posibilidad de expresar su motivo de consulta de diversas maneras y que a su vez amplía la capacidad del terapeuta de captar lo manifiesto y lo latente. Cuando la simbolización gráfica es posible se le solicita al niño/a que cuente a través de un dibujo lo que le está pasando y luego cree un relato sobre ese dibujo. De esta

manera se va explorando junto con el/la paciente los detalles y asociaciones que van surgiendo en conexión con lo que él/ ella cree que le sucede.

Así se propone la incorporación, dentro del proceso psicodiagnóstico con niños/as, de la técnica: ***“Proyecciones gráficas y verbales del motivo de consulta”*** (Taborda, 2016), la cual se introduce antes de finalizar la primera entrevista con el/la niño/a bajo la siguiente consigna: *“Contame con un dibujo lo que te está pasando”*. Esta consigna, amplia, pero con un objetivo claro, y la producción emergente (dibujo y relato verbal asociado al mismo) nos permite inferir las fantasías de enfermedad del niño/a y su posición frente a ellas. A su vez implica reconocerlo/a en su carácter protagónico, de actor/a activo/a, encargado/a de presentar y representar su propia visión de aquello que le preocupa, es decir la percepción subjetiva de su sufrimiento psíquico y cómo busca apaciguarlo. La implementación y análisis de la prueba mencionada, en tanto permite conocer el propio motivo de preocupación del/ de la niño/a, también nos ayuda a observar si existe correspondencia o no con el motivo de consulta expresado por los adultos que solicitaron la atención.

En el estudio epidemiológico previamente citado (Farconesi, 2023) sobre las consultas psicológicas por niños/as en un Hospital público de la provincia de San Luis⁴, se analizaron 46 unidades de análisis (psicodiagnósticos con niños/as de entre 5 y 12 años cuyos padres solicitaron atención psicológica, años 2006 y 2007). Una de las categorías de análisis se basó en establecer si existía concordancia o discordancia entre los motivos de consulta (expresados por los adultos consultantes) y el motivo de preocupación de los/as niños/as (representados a partir de la implementación de la técnica expuesta).

⁴ En este Estudio exploratorio de corte epidemiológico longitudinal, Se analizaron dos períodos de tiempo distintos: Periodo I (años 2006, 2007) y Periodo II (años 2018, 2019, 2020).

Se tomó como criterio para establecer concordancia que al menos algo de lo graficado o verbalizado en su relato por el/la niño/a hiciese alusión a aquello referido por los adultos en la primera entrevista como motivo de consulta. Mientras que se puntuó discordancia cuando ni en el dibujo ni en el relato del niño/a aparecía ningún elemento coincidente con lo referido por los adultos consultantes. Conforme a la relectura del material se observó la siguiente distribución: Concordancia: 18 casos (39%); discordancia: 28 casos (61 %). N: 46

A su vez dentro del mismo estudio se tomó como material de análisis, los datos estadísticos de las consultas por niños/as (años 2018, 2019 y 2020), lo cual fue complementado por la información aportada por las psicólogas entrevistadas que trabajaban en el Hospital en el año 2021. Frente a la pregunta: ¿Nota alguna diferencia entre lo que sus pacientes logran expresar sobre cuál es su malestar de aquello que dicen los padres o salta como manifiesto en la escuela? A lo cual la profesional responde:

Sí, hay una diferencia abismal. Muchas veces los padres o de la misma escuela la consulta es, por ejemplo: “está excedida de peso y no baja”, esa es la preocupación como que tiene que bajar de peso de alguna manera. Yo veo que la escuela o los padres siempre como que intentan que el niño o adolescente esté adaptado, que siga un molde. Yo lo que les pregunto es: ¿Por qué pensás que estás hoy conmigo acá? Les hago esa pregunta amplia a ver qué pueden contestar. Eso da pie muchas veces a que me cuenten lo que les pasa. (Psicóloga B, atención de adolescentes)

Así se resalta la importancia de poder diferenciar entre lo que los adultos exponen en las primeras entrevistas como motivo de consulta y lo que los/as niños, niñas y adolescentes logran expresar al interior del proceso psicodiagnóstico como su propio motivo de preocupación. Puesto que los adultos consultantes la mayoría de las veces exponen y enumeran aquellas conductas observables que les llaman la atención y resultan problemáticas. En este sentido si nos quedamos sólo con lo enunciado por ellos y reunimos toda esa serie

de observables, fácilmente podríamos encasillarlos en algún diagnóstico. La propuesta es hacer un corrimiento de esta tendencia simplista para adentrarnos en una mejor comprensión de aquello que le sucede al niño/a. Esto implica poder escuchar, leer, interpretar lo que ellos/as perciben como fuente o causa de su sufrimiento psíquico. Por lo tanto, no podemos quedarnos en la superficie de lo visible, sino que debemos procurar a través de diversos modos de comunicación entablados con los/as pacientes llegar a una comprensión de la percepción subjetiva de su padecimiento.

Se adopta como premisa la afirmación de Aberastury de que “... todo niño, aún el muy pequeño, muestra desde la primera sesión la comprensión de su enfermedad y el deseo de curarse” (2015, p. 73). Esta autora, tomando los aportes de Klein (1929, 1932, 1955), basó su técnica y la posibilidad de acceder al mundo interno del niño/a en la implementación de la hora de juego diagnóstica, a partir de la cual podían conocerse las fantasías de enfermedad y de curación. La premisa citada previamente es una de las bases que da sustento a la técnica “Proyecciones gráficas y verbales del motivo de consulta” creada y publicada por Taborda (2016), en este caso centrada en la producción gráfica. También Doltó (1971, 1985, 1987) consideraba que el/la niño/a podía ser psicoanalizado/a tempranamente como individuo, en tanto posee un verdadero lenguaje y sus propios modos de comunicación desde muy pequeño/a.

Retomando lo conceptualizado acerca de los posibles efectos terapéuticos que puede tener el proceso psicodiagnóstico, se propone la incorporación de otra técnica gráfica y verbal que es complementaria a la ya explicada. La misma se denomina ***“Proyecciones gráficas y verbales de las fantasías de enfermedad y curación”*** (Taborda, 2016), y es solicitada al niño/a en la última entrevista enmarcada dentro del psicodiagnóstico bajo la consigna: *“Contame con un dibujo cómo puedo ayudarte”* y *“hablemos de este dibujo”*. Los fundamentos que dan sustento a esta técnica son similares a los ya expuestos respecto a permitir ampliar las

posibilidades de expresión del niño/a y no limitarnos a lo comunicado verbalmente. Sin embargo, en esta oportunidad en función del material emergente se focaliza centralmente en poder analizar junto con las fantasías de enfermedad (como percibe el niño/a su malestar o sufrimiento psíquico) las fantasías de curación (cómo cree que puede apaciguar o mitigar ese malestar desde su propia perspectiva).

Conforme a la experiencia clínica se ha podido observar que en general entre lo representado en la primera entrevista (primera técnica) y la producción final (segunda técnica, al finalizar el psicodiagnóstico), en la mayoría de los casos se refleja una progresión o evolución positiva, mayor grado de estructuración y una mejor comunicación tanto en la producción gráfica como en lo verbal. Esto permite sostener que el psicodiagnóstico, a partir de la instauración de la transferencia, produce efectos terapéuticos. Lo desarrollado precedentemente se intentará mostrar y ejemplificar a partir del caso clínico que se presenta a continuación.

Un caso clínico para ejemplificar

Se presentará un caso clínico a fin de ilustrar el uso de las dos técnicas propuestas. Cabe aclarar que conforme a los principios éticos que guían y enmarcan nuestra profesión (Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina- FePRA, 1999-2013)⁵ se cuenta con el correspondiente consentimiento informado (firmado por la tutora) y asentimiento de la niña para la presentación y publicación del material (tanto verbal como gráfico). Así mismo, todos los datos se han tratado de acuerdo con el principio de confidencialidad a fin de resguardar la identidad de los sujetos implicados, no figuran nombres propios y otros posibles datos identificatorios han sido modificados.

⁵ Conforme a la regla 6.3.6 del Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina (FePRA, 1999, revisión 2013) la cual establece: “En todas sus publicaciones los psicólogos omitirán y/o alterarán cualquier dato que pueda conducir a la identificación de las personas y/o instituciones involucradas” (p.16).

Al interior del proceso psicodiagnóstico se administraron las siguientes técnicas: entrevistas con la madre (es ella quien realiza la consulta), anamnesis, entrevistas con la niña, proyecciones gráficas y verbales del motivo de consulta, test de coordinación visomotora de Bender, HTP, test del animal, test de la familia, test de la persona bajo la lluvia, hora de juego diagnóstica y proyecciones gráficas y verbales de las fantasías de enfermedad y curación.

Presentación del caso: se trata de una niña de 7 años 11 meses de edad, asiste a segundo grado de una escuela pública. La misma convive con su mamá, con el marido de esta y un hermano (1 año, hijo del actual matrimonio). Consulta la madre por demanda espontánea.

Motivo de consulta expuesto por la madre: “Necesito que me orientes sobre cómo hablar un tema con F. (hija), ella es muy sentimental y tengo miedo de que esto la vaya a afectar. Yo estaba saliendo con un hombre casado, me quedé embarazada y al poco tiempo su esposa también se queda embarazada. Me acompañó hasta los 7 meses del embarazo, después de ahí se desapareció. Hablé con una abogada y tramitamos los alimentos provisorios, le empezaron a descontar, pero teníamos que hacer un ADN para demostrar que era su hija. Tuve que llevar a unas compañeras de trabajo de testigos porque él decía que no me conocía. Cuando F. tenía 4 años me preguntó: “¿Mamá quién es mi papá? En ese momento yo le respondí: “Tenés un papá, él no está acá, cuando seas más grande mamá te va a contar la historia”. Hace pocos días salió la sentencia, como el ADN confirmó que él es el padre ahora tiene que llevar su apellido. La abogada logró que vaya mi apellido primero y después el de él. Nunca me imaginé que todo esto iba a llevar tanto tiempo, cuando salió la sentencia me amargué, pero ahora no puedo dar marcha atrás porque fue algo que yo inicié”.

Durante una segunda entrevista con la madre, la misma refiere que está mejor, que ya está asimilando el tema del cambio de apellido. Comenta: “Como dice mi mamá o mis amigas... quizás yo me hago demasiado problema y no es para tanto... ahora tengo que

hacerlo. Hablé con mi marido y le pedí que cuando vaya a hablar con F. él se vaya un rato y se lo lleve al hermano, así podemos hablar tranquilas. Por suerte tengo una familia muy unida que me acompaña. Mi hermana que es la madrina me dijo que me quede tranquila que, hablándole F. lo va a entender”.

Conforme a lo expresado por la mamá en estas dos primeras entrevistas vemos como cobra relevancia el concepto de madre-grupo entendido como: “el complejo entramado relacional identificador que provee el grupo que sostiene y duplica los cuidados que requieren los niños” (Taborda y Farconesi, 2017, p. 51). Si bien esto resulta mucho más necesario y a su vez es más visible en los primeros años de vida, no se limita a ellos y esta red de contención cobra aún más relevancia en momentos de vulnerabilidad en los que una mamá necesita ser cuidada y acompañada, tal como se observa en este caso. La madre dice: “Por suerte tengo una familia muy unida que me acompaña”.

Frente a la situación compleja de incorporación del padre biológico y cambio de apellido en la vida de F., esta mamá menciona cómo han contribuido en la elaboración de este evento su mamá, sus amigas, su marido y su hermana. Cada uno de ellos, desde su lugar y conforme a sus posibilidades han actuado como “factores cometabolizadores”⁶. También se considera que el encuentro con la terapeuta ha operado de manera similar, ya que de una entrevista a otra la mamá refiere “estar mejor” y que “está asimilando el tema del cambio de apellido”. Así la confrontación con la vivencia temida (hablar con su hija sobre el tema), si bien

⁶ En los encuentros intersubjetivos cometabolizadores se pueden distinguir vínculos estructurantes y vínculos transformacionales. Estos vínculos suponen un particular tipo de otro, (objeto estructurante y objeto transformacional, respectivamente) o en términos generales un otro cometabolizador. “...todo terapeuta más allá de su filiación teórica, debe brindar al paciente las posibilidades para la instauración de un vínculo cometabolizador” (Benyakar, 2016, p. 246).

pudo resultar disruptiva⁷, no resultó traumática⁸ ni para la madre ni para la niña. En esta última, tal como veremos a continuación, al asistir a su primera entrevista (habiendo ya tenido la conversación con su mamá), se observa cierto grado de entendimiento sobre el tema en cuestión. Se resalta además la importancia de que realizar una consulta en el momento oportuno opera a modo preventivo, en tanto se abre la posibilidad de trabajar y elaborar al interior de proceso psicodiagnóstico y terapéutico una situación compleja, antes de que ésta produzca consecuencias negativas o se cristalice a modo de síntomas en los sujetos implicados.

Primera entrevista con la nena: cuando F. asiste a su primera entrevista, la mamá ya había tenido con ella la conversación acerca de su papá biológico y el cambio de apellido que tenían que hacer. Por lo que se le preguntó sobre esa situación. Ella cuenta: “Una vez yo le pregunté a mi mamá quién era ese hombre y ella me dijo que era mi papá... no me molesta cambiarme el apellido. No seguí escribiendo en el cuaderno el nuevo apellido porque cuando lo escribí no me gustó”.

Conforme a lo enunciado por ella podríamos interpretar que, si bien hay un saber consciente y racional de la temática, en tanto expresa que no le molesta cambiarse el apellido, se observa aquí una contradicción entre lo que “debe hacer” y que de alguna manera ha sido impuesto y lo que siente internamente que le genera cierta resistencia/rechazo, ya que dice que no lo siguió escribiendo porque

⁷ “Disruptivo” es un concepto relacional puesto que es una cualidad que se predica de un fenómeno que actúa inevitablemente sobre algo o alguien. Un evento se consolida como disruptivo cuando desorganiza, desestructura o provoca discontinuidad. La desorganización y lo que ocurra con ella no le pertenecen al evento, sino que dependen del sujeto que lo vive. (Benyakar, M., 2016)

⁸ Benyakar (2016) propone usar el término ‘disruptivo’ para reemplazar la palabra ‘traumático’ cada vez que hablamos de los hechos y las situaciones que ocurren en el mundo externo. Así disruptivo será todo evento o situación con la capacidad potencial de irrumpir en el psiquismo y producir reacciones que alteren su capacidad integradora y de elaboración.

no le gustaba como quedaba. Al verlo reflejado en el papel (cuaderno) y tener que hacerlo letra, es decir cuando adquiere mayor concretud, se advierte su dificultad en la incorporación de este nuevo elemento (apellido- padre) al nombre propio y a la configuración familiar interiorizada.

Teniendo en cuenta que el paso siguiente consiste en renovar el DNI (documento nacional de identidad) incluyendo el apellido del padre, más allá de los aspectos formales y legales que implican esta acción, esto nos orienta sobre el conflicto subyacente. Por ello en el proceso terapéutico será necesario apuntalar los movimientos internos de reacomodación que se desplieguen a fin de poder restablecer el sentimiento de continuidad de sí misma, el cual sienta las bases para la constitución de la identidad, que aquí por tratarse de una niña aún se halla en constante reconstrucción. Así, junto al creciente desarrollo psíquico, se pueden ir construyendo particulares representaciones internas, subjetivas y cognitivas que posibilitarán significar las diferentes experiencias (Taborda y Labin, 2017).

Proyecciones gráficas y verbales del motivo de consulta:
“Contame con un dibujo lo que te está pasando”



Gráfico: En primer lugar, hace una figura masculina en el costado izquierdo y emplazado hacia la parte superior de la hoja (arriba escribe el apellido de su papá biológico). Luego a la misma altura, pero hacia el sector derecho de la hoja hace una figura femenina (arriba escribe mamá). Posteriormente se queda mirando la hoja un momento y dice: “no sé cómo hacerme a mi cuando era bebé...”. Hace una figura pequeña al lado de la mamá y arriba escribe “yo”. En cuarto lugar, hace otra figura femenina del lado izquierdo de la figura que representa al padre y arriba escribe: “pareja”. Prosigue haciendo otra figura más pequeña al costado derecho del padre, cuyo vestido pinta del mismo color que la ropa de la figura que la representa a ella (violeta). Finalmente hace otra figura más pequeña al costado derecho de la última. Arriba de cada una de estas dos últimas escribe: “hermana”. Todas las figuras del costado izquierdo (familia del padre) tienen el pelo sombreado del mismo color (gris). Mientras que el dibujo que las representa a ella y a su mamá, lo tienen de color marrón y amarillo respectivamente.

Relato: “Esta soy yo con mi mamá. Y este es mi papá con su familia. Porque mis papás se separaron”.

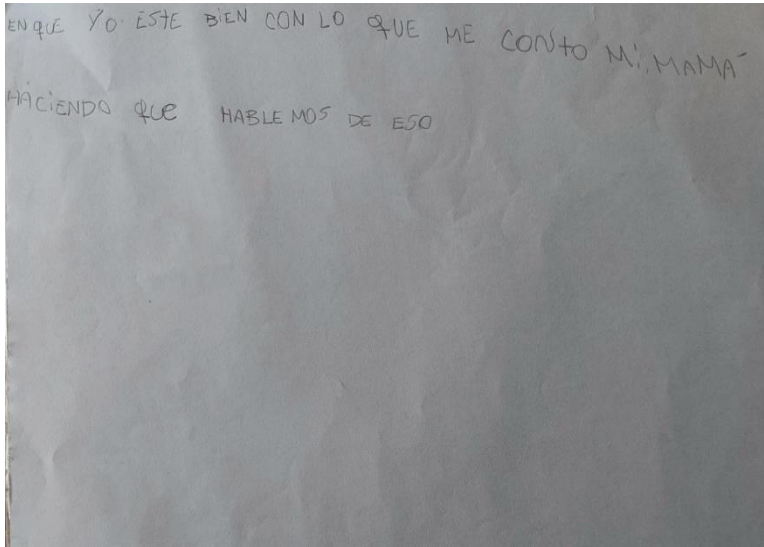
En este caso sí habría concordancia entre expresado por la mamá en la primera entrevista como motivo de consulta, donde la misma solicita orientación y lo graficado y relatado por la niña a partir de la administración de la técnica señalada donde representa claramente la situación que está vivenciando. La gráfica presenta elementos muy ricos para ser interpretados. De alguna manera la niña representa la secuencia que conforme a su lógica han tenido los hechos acaecidos. Tal como se describió, la primera figura que dibuja es la del padre y arriba escribe su apellido que justamente es el problema que está atravesando (tener que incorporar/asimilar ese nuevo apellido). Luego dibuja a la madre reflejando que en primer lugar existió una relación entre ellos, producto de la cual ella llega al mundo. En tercer lugar, se dibuja a sí misma, tras quedarse

pensando en silencio y decir: “no sé cómo hacerme a mi cuando era bebé...”, dando cuenta de cierta comprensión de que el problema se remonta a cuando ella nació. Luego continúa dibujando el resto de la familia del padre (pareja y hermanas), que tienen una existencia paralela a la suya, tal como refiere en su relato: “Esta soy yo con mi mamá. Y este es mi papá con su familia. Porque mis papás se separaron”.

Si analizamos algunos detalles del dibujo, resulta significativo que todas las personas que conforman la familia del padre tienen el pelo del mismo color (gris), dando cuenta de un elemento común, un sentido de pertenencia e identidad. Mientras que ella y su mamá lo tienen de colores distintos (marrón y amarillo respectivamente), en su caso podría interpretarse como posibles dudas e interrogantes acerca de a quién se parece. Otro elemento de interés es que ella y una de las hijas del padre, a la que arriba le escribe “hermana”, presentan su ropa del mismo color (violeta), sugiriendo que entre ellas hay algo en común además del padre (lo cual las convierte biológicamente en medias hermanas, aunque no hayan desarrollado este vínculo). Pero además lo común es que sus madres estuvieron embarazadas simultáneamente y ellas nacieron casi al mismo tiempo. Así mismo y no es algo menor, su hermana es dibujada como más grande, conforme su edad actual, mientras que ella se dibuja siendo bebé. Puede inferirse que la existencia de este papá (sobre el cual F. tenía un conocimiento difuso) y de esta hermana paralela, han permanecido durante años como algo silenciado y recién ahora a partir de una sentencia judicial que impone el cambio de apellido esto es comunicado, puesto en palabras. Si bien la niña muestra cierta comprensión racional de la situación, algo quedó fijado en aquel momento anterior, cuando ella aún era bebé y es resignificado en el momento actual, en el cual ella intenta darle un sentido e integrar lo acaecido a su vida presente.

Proyecciones gráficas y verbales de las fantasías de enfermedad y curación:

“Contame con un dibujo cómo puedo ayudarte”



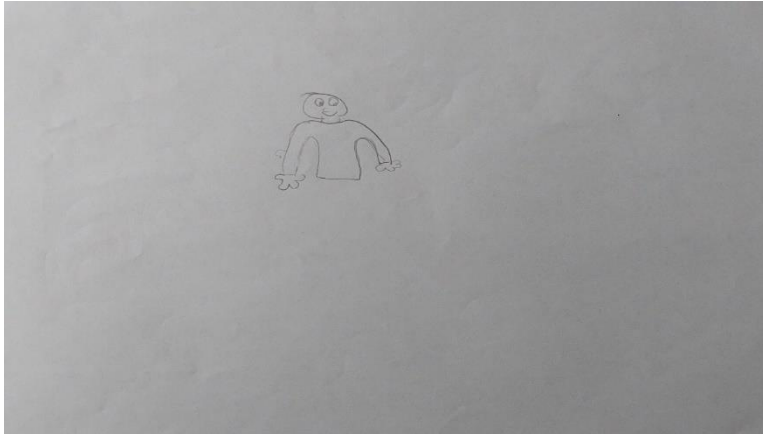
Dibujo y relato: En este caso la niña en lugar de dibujar responde a la consigna escribiendo: “En que yo esté bien con lo que me contó mi mamá. Haciendo que hablemos de eso”. Por lo que lo gráfico y lo verbal quedan aunados en la letra escrita. Manifestando su deseo de estar bien y refiriendo que un posible modo de lograrlo sería hablando del tema que la aqueja o conflictúa (fantasías de enfermedad y curación).

Podría decirse que F. no cumple la consigna tal como es solicitada: “Contame con un dibujo...”. Sin embargo, esto no se debería a una actitud oposicionista, sino a que aún no tiene armada una escena interna que le permita representar gráficamente lo requerido. Habría -de momento- sólo una comprensión intelectual que logra expresarse a través de la palabra, ella empieza a poner su sello en esta nueva historia que está armando a partir de la palabra y lo que logra escribir. En su relato incorpora la figura de la

terapeuta al decir que le ayudaría que “hablemos de eso”, hay un “entre - nosotras”. Pero tampoco logra enunciar explícitamente el tema, al escribir “eso”, eso sigue siendo un innombrable. Sería como si en su mundo interno y representacional hubiese un espacio en blanco, un vacío de la representación, que es lo que se necesita co- construir. Es esta co- construcción la que se propiciará al interior del espacio terapéutico a partir del trabajo conjunto de la niña, su madre y la terapeuta, procurando enlazar las nuevas representaciones a las ya existentes, unir los sentimientos a los hechos concretos y a la palabra, estableciendo progresivamente nuevas ligazones que permitan significar y resignificar lo acontecido.

Test de la Familia: este test sistematizado por Corman (1961/2008), tiene por objetivo: conocer la familia creada según el deseo del sujeto, explorar las relaciones dinámicas profundas del sujeto con su familia y valorar las ansiedades y conflictos derivados del ámbito familiar (Cattaneo, 2017). La consigna es muy simple: “Dibuja una familia”. Cuando llegamos a la administración del mismo, resulta significativo que el dibujo de la familia queda inconcluso, siendo que todas las pruebas gráficas previas F. las había podido realizar sin inconvenientes. En esta, tras realizar una figura masculina, la cual también queda truncada (solo dibuja la cabeza, brazos y el tronco), a la niña le da un ataque de tos que le impide continuar dibujando. Se le ofrece un vaso de agua, a medida que va bebiendo de a sorbos, la tos va cediendo. Cuando está más tranquila se la invita a continuar con la gráfica. Sin embargo, ella no hace ningún intento de retomar el dibujo, por el contrario, empieza a observar y comentar detalles de la decoración del consultorio, por lo que, comprendiendo su estado y el trasfondo del mismo, no se le insiste.

Luego continúa con el siguiente relato espontáneo: “Mi mamá es policía y a mí me da miedo que le roben. Lleva un arma, pero no está cargada. Sólo los varones la llevan cargada, para dar miedo. Mi papá (se refiere al marido de la madre, a quien ella siente como padre y éste a ella como hija) ya está acostumbrado. En mi familia todos son policías”.



El dibujo presentado arriba es lo que quedó como resultado final de la administración del test de la familia. F. comienza dibujando una figura, aparentemente masculina, que borra y rehace en algunas de sus partes, quedando la presentada como segunda tentativa. Esta figura queda inconclusa al igual que el resto de la producción.

Por todo lo expuesto, resulta notorio que en ella tener que dibujar una familia resulta muy ansiógeno, ya que justamente apunta a representar gráficamente el conflicto de índole familiar que está atravesando. Hace el intento, comienza, pero no puede avanzar. Aparece repentinamente una manifestación somática (ataque de tos) que se lo impide. Sería como si la tos que se interpone (la cual podría leerse como una formación de compromiso o transaccional, similar al síntoma, sólo que aquí es transitorio) la rescata de tener que hacer algo que definitivamente no sabe cómo representar. Como se explicó en la gráfica anterior, habría un vacío

representacional al respecto, principalmente en lo que a la incorporación de la figura de padre concierne. Justamente la primera figura que intenta hacer sería la del padre, que podría ser el biológico y a incorporar o bien el de corazón que ya forma parte de su familia desde hace varios años, o simplemente cualquier padre (ya que la consigna no solicita dibujar la propia familia). Sin embargo, aunque podría ser cualquiera de las opciones anteriores, es allí donde se traba. Quizás internamente se haya preguntado: ¿A qué papá dibujo?, ¿Tendré que dibujar a los dos?, ¿Cómo sería mi familia ahora? Estos serían posibles interrogantes que, si bien pueden ser desencadenados a partir de la solicitud de esta prueba, muy probablemente han de ser los cuestionamientos que internamente se están suscitando en ella y sobre los que necesita ir encontrando algunas respuestas tranquilizadoras.

Los sectores en blanco de la hoja en las pruebas gráficas, desde un modelo cualitativo de análisis, suelen representar zonas de prohibición, que deben interpretarse en contexto y según cada caso (Cattaneo, 2017). Teniendo en cuenta las recurrencias y convergencias (mencionadas en el desarrollo teórico precedente) de las diversas producciones con el propósito de integrar y jerarquizar todos los datos obtenidos, es que se agregó en la presentación del caso la producción del test de la familia en tanto se considera que tiene total relación con representado y analizado en las otras dos técnicas administradas. En las producciones emergentes de las tres técnicas presentadas para ejemplificar se observa la reiteración de un conflicto o problema expresado a través de elementos similares o de equivalente significación simbólica. Por ello en todo psicodiagnóstico siempre resulta necesario realizar una comparación y análisis intratest (mismo test) o intertests (entre distintos tests) (Cattaneo 2017).

El relato espontáneo de la niña puede entenderse como una continuidad verbalizada oralmente de la familia que no pudo dibujar. Ella habla de su mamá (la cuál percibe como más desprotegida y teme que le roben), de su papá (que como es varón lleva el arma cargada, para dar miedo) y de que todos en su familia

son policías, como si ese fuera el rasgo identitario que los une, una especie de común denominador que genera sentido de pertenencia.

Acerca del tratamiento: En este caso se llevó a cabo una intervención breve (de 6 meses de duración) que operó como acompañamiento en la asimilación del hecho por el que la madre e hija se vieron afectadas temporalmente, logrando reestablecer rápidamente un equilibrio interno y relacional. Como ya se señaló anteriormente se rescata el ámbito de contención familiar que favoreció el despliegue de procesos elaborativos frente a lo acontecido. Conforme a las producciones de la niña a lo largo de psicodiagnóstico, a su capacidad expresiva y comunicativa se infiere que la misma cuenta con un aparato psíquico bien estructurado y con recursos internos para hacer frente a una situación que forma parte de su transcurrir vital, del devenir en sus procesos de constitución subjetiva, con las consecuentes progresiones y regresiones inevitables que esto conlleva. Se resalta además la relevancia que tuvo dar lugar a escuchar, entender y atender la dimensión del sufrimiento psíquico de la niña, captando el mismo desde su propia perspectiva. A partir de lo cual se abrió un espacio para hacer consciente la conflictiva por la cual consultaron en su amplia dimensión y abordarla de manera conjunta a partir del desarrollo de la relación terapéutica y transferencial entre la terapeuta, la niña y su madre.

El caso presentado es muy rico y serían posibles muchas interpretaciones más a partir del material clínico emergente. Por lo que lo expuesto es sólo un recorte, focalizado en los aspectos centrales del psicodiagnóstico como orientador del proceso terapéutico y en el uso (administración/ análisis) de las técnicas desarrolladas que tiene por finalidad mostrar este capítulo.

Conclusiones

A fin de dar cierre a este escrito, se resalta nuevamente la importancia de desarrollar procesos diagnósticos diferenciales, que permitan un corrimiento de la patologización de la vida cotidiana. Esto implica diferenciar entre dificultades que surgen por déficits,

por conflictos o por reconstrucciones subjetivas en curso, como lo es la del caso presentado. Hacer un recorrido por historia vital del niño/a, resignificándola, es uno de los recursos que permite compensar con los padres, cuidadores y el niño/a las complejas tramas en la que se asientan tanto sus dificultades como sus potencialidades.

Se considera que el uso de las técnicas propuestas (ejemplificadas con el caso clínico) pueden ser de gran utilidad para conocer el propio motivo de preocupación del niño/a, sus fantasías de enfermedad y curación, por lo tanto, según su propia percepción como creen ellos/as que aquello que los aqueja podría ser mitigado. Tal como se argumentó, la administración de estas técnicas permite darles voz (lo cual estaría en consonancia con el respeto por sus derechos), disminuye el sesgo de la interpretación idiosincrática por parte del psicodiagnosticador y facilita la tarea del terapeuta ya que a partir de la captación de la conflictiva subyacente puede empezar a pensar posibles líneas de intervención y abordaje con cada uno/a de sus pacientes. Además, estas técnicas son de administración sencilla y podrían ser implementadas en diversos ámbitos de aplicación públicos o privados de atención psicológica de niños y niñas, atentos/as a las conclusiones expuestas en este trabajo y a las que se arrije a partir de otras investigaciones en curso sobre el uso y sistematización de las mismas. En esto radica la relevancia y transferencia en la difusión para el uso de dichas técnicas en nuestro campo disciplinar, ya que se trata de dos nuevos instrumentos diagnóstico- clínicos con una interesante proyección teórica, técnica y ética.

En torno a la comparación entre los motivos de consulta/preocupación expresados por los adultos y niños/as, si bien por lo general en base a la experiencia clínica, se advierte que prevalece la discordancia por encima de la concordancia, se insta a seguir investigando sobre este tema, justamente para no caer en una simple puntuación de coincidencia o no coincidencia, a fin de evitar el reduccionismo que esto implicaría. Puesto que dada la complejidad que existe entre los diversos modos de expresión tanto en los

adultos como en los niños/as, una explicitación en apariencia “no coincidente”, cuando se analiza desde un enfoque relacional y en su conjunto puede resultar coincidente en su complementariedad. Así sería propicio y necesario efectuar un estudio cualitativo de casos y analizar de manera particularizada el material clínico obtenido mediante la administración de estos instrumentos, a partir de lo cual se pueda arribar al diseño de indicadores y construir un sistema de categorías de análisis específicos sobre los mismos, este es el nuevo horizonte investigativo que se propone.

Mientras tanto y en el camino, retomando la cita inicial de Galeano, invitamos a los profesionales a que junto con nuestros pacientes sigamos escribiendo – tejiendo, a que con hilos de palabras podamos seguir diciendo y a que con hilos de tiempo sigamos viviendo. En esto radica la riqueza del encuentro con el otro en un psicodiagnóstico, en la terapia, en una clase, en un escrito y en la vida en general. En que se construye un “nosotros”, se escriben infinitos textos con una multiplicidad de versiones, que nos permiten como un tejido andar, desandar y co- construir nuevos recorridos.

Bibliografía

- Aberastury, A. (2015). *Teoría y técnica del psicoanálisis de niños*. Buenos Aires: Paidós (1era edición en este formato. Biblioteca Fundamental de las ciencias de la psicología. Posfreudianos). (Trabajo original publicado en 1962)
- Aznar, M. (2019). Entre el desarrollo de la capacidad reflexiva y la elaboración de las proyecciones sobre los hijos. Un modelo de trabajo con padres en clínica psicoanalítica de niños. *Aperturas Psicoanalíticas* (60). Recuperado de:
<http://aperturas.org/articulo.php?articulo=0001051>
- Benjamin, J. (1996). *Los lazos de amor. Psicoanálisis feminismo y el problema de la dominación*. Buenos Aires. Ed. Paidós.

- Benyakar, M. (2016). *Lo disruptivo y lo traumático: Abordajes posibles frente a situaciones de crisis individuales y colectivas*. San Luis: Nueva Editorial Universitaria
- Bleichmar, S. (2000). *Clínica psicoanalítica y neogénesis*. Buenos Aires: Amorrortu
- Bleichmar, S. (2001). Del motivo de consulta a la razón de análisis. *Revista Actualidad Psicológica*, N° 287, Buenos Aires, junio de 2001.
- Borelle, A. y Russo, S. (2015). *El Psicodiagnóstico de Niños. Criterios de evaluación en las organizaciones neuróticas, psicóticas y límite*. Buenos Aires: Paidós.
- Bruno Cámares, G. (2017). *Entrevistas iniciales con padres para la atención psicológica de un hijo. Significación del motivo de consulta*. Montevideo, Uruguay: Ediciones universitarias. Unidad de Comunicación de la Universidad de la República (UCUR)
- Burin, M. y Dio Bleichmar, E. (1996). *Género, psicoanálisis y subjetividad*. Argentina: Paidos ISBN 950-12-4192-0.
- Cattaneo, B. (2017). *El dibujo en el contexto del psicodiagnóstico*. Buenos Aires: Paidós
- Coderch, J. (2010). *La práctica de la psicoterapia relacional*. Madrid: Ágora Relacional.
- Coderch, J. (2012). *La relación Paciente- Terapeuta*. Barcelona: Ed Herder.
- Corman, L. (2008). *El test del dibujo de la familia*. Buenos Aires: Centro Editor Argentino (2° edición en español).
- Dio Bleichmar, E. (2005). *Manual de Psicoterapia de la relación padres e hijos*. Buenos Aires: Paidós
- Doltó, F. (1971). *Psicoanálisis y pediatría*. Madrid: Siglo veintiuno editores S. A. (1996, 16° Edición).

- Doltó, F. (1985). *La causa de los niños*. Buenos Aires: Paidós. (1996, 4ta reimpresión)
- Doltó, F. (1987). *Seminario de psicoanálisis de niños*. Tomos 1 y 2. Madrid: Siglo veintiuno editores S. A.
- Dueñas, G. (2012). La niñez en tiempos complejos. En A. Taborda, G. Leoz y G. Dueñas (Ed.). *Paradojas que habitan las instituciones educativas en tiempos de fluidez*. (pp. 75-92). San Luis, Argentina: Nueva Editorial Universitaria.
- Dueñas, G. (2013). Repensando el papel de la escuela como sitio de subjetivación de las infancias y adolescencias actuales. En A. Taborda y G. Leoz. (Ed.), *Psicología Educacional en el contexto de la clínica socioeducativa*. Vol 1. (pp. 133-146). San Luis, Argentina: Nueva Editorial Universitaria.
- Farconesi, C. (2023). Trabajo Final Integrador: *Estudio exploratorio de corte epidemiológico longitudinal de las consultas psicológicas realizadas sobre niños y niñas en un Hospital Público de la Provincia de San Luis*. Carrera de Especialización: “Intervenciones Psicológicas para la Salud Mental en Niñez y Adolescencia desde la Perspectiva Psicoanalítica Pluridisciplinar”. Facultad de Psicología. UNSL.
- FePRA (1999, 2013). *Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina*. Aprobado por la Asamblea ordinaria del 10 de abril de 1999. Modificado por la Asamblea Extraordinaria del 30 de noviembre de 2013. Recuperado de:
<https://colegiodepsicologos.org.ar/wp-content/uploads/2022/08/Codigo-de-Etica-de-la-FePRA.pdf>
- Fernández, A. (1997). *La inteligencia atrapada. Abordaje psicopedagógico clínico del niño y su familia*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Galeano, E. (2001). *Tejidos*. Barcelona: Octaedro
- Hammer, E. (2004). *Test proyectivos gráficos*. Buenos Aires: Paidós

- Janin, B. (2012). Las intervenciones del psicoanalista en psicoanálisis con niños. *Revista Sepypna*. N° 53. (pp.49-56). Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 2012;53,49-56. Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967
Recuperado de:
<http://www.seypna.com/documentos/articulos/janinbeatriz-intervenciones-psicoanalista-ninos.pdf>
- Klein, M. (1929). La personificación en los juegos de los niños. En: *Obras Completas*. Tomo I (pp. 205-215). Buenos Aires: Paidós.
- Klein, M. (1932). El psicoanálisis de niños. Parte 1: Técnica del análisis del niño. Tomo 2. En: *Obras completas*. Buenos Aires: Paidós.
- Klein, M. (1932). Fundamentos psicológicos del análisis del niño. En: *Obras Completas*. Tomo 1. (pp. 23-135). Buenos Aires: Paidós.
- Klein, M. (1955). La técnica psicoanalítica del juego: su historia y significado. En: *Obras Completas* (4ª Reimpresión). Tomo III (pp. 129-146) Buenos Aires: Paidós.
- Knobel, M. (1977). *Psiquiatría infantil psicodinámica*. Buenos Aires: Paidós.
- Mitchell, S. (1993). *Conceptos relacionales en el psicoanálisis: una integración*. Buenos Aires: Siglo XXI
- Raznoszczyk Schejtman, C. (2014). Lo materno y lo paterno en la estructuración psíquica y en la clínica con niños y adolescentes. Algunas caracterizaciones de la parentalidad actual. En Rotenberg, E. (Comp). *Parentalidades. Interdependencias transformadoras entre padres e hijos*. (pp. 117-131). Buenos Aires: Ed. Lugar.
- Rivera Nogales, N. (2010). *El diagnóstico en la clínica con niños. Psicoanálisis versus clasificaciones diagnósticas*. Recuperado de: <http://www.desenvolupa.net/index.php/Index-de-materias/Psicologia/El-diagnostico-en-la-clinica-con-ninos.-Psicoanalisis-versus-clasificaciones-diagnosticas-Nuria-Rivera-Nogales>

- Rodulfo, M. (1992). *El niño del dibujo*. Buenos Aires: Paidós.
- Rodulfo, M. (2016). La búsqueda de lo figural en psicoanálisis. En Rodulfo, M. *El niño del dibujo*. (pp. 30 - 49). Biblioteca fundamental de las ciencias de la psicología. Poslacanianos. Buenos Aires: Paidós.
- Rodulfo, R. (1999). *Dibujos fuera del papel. De la caricia a la lectoescritura en el niño*. Buenos Aires: Paidós
- Rotenberg, E. (2014). La función parental verdadero self, base de la integración del yo. En Rotenberg, E. (Comp). *Parentalidades. Interdependencias transformadoras entre padres e hijos*. (pp. 37- 69). Buenos Aires: Ed. Lugar.
- Siquier de Ocampo, M., García Arseno, M. y colab. (1987). *Técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnóstico*. Buenos Aires: Nueva Visión
- Taborda, A. (2012). Enfoque relacional en el diagnóstico de niños derivados desde instituciones escolares. En Taborda, A., Leoz, G. y Dueñas, G. (Ed.), *Paradojas que habitan las instituciones educativas en tiempos de fluidez* (pp. 119- 141). San Luis, Argentina: Nueva Editorial Universitaria
- Taborda, A. (2013). Prevención y diagnóstico en el ámbito del trabajo en red con instituciones escolares. En A. Taborda y G. Leoz. (Ed.), *Psicología Educacional en el contexto de la clínica socioeducativo. Vol 2*. (pp. 29-63). San Luis: Nueva Editorial Universitaria.
- Taborda, A. (2016) Trastorno de Déficit Atencional ¿Un malentendido actual? Capítulo1. En Taborda, A. y Toranzo, E. (Ed), *Psicoanálisis relacional de las dificultades atencionales. Diagnóstico y Psicoterapia de niños y padres* (pp. 13-24). San Luis, Argentina: Nueva Editorial Universitaria
- Taborda, A. y Farconesi, C. (2017). Madre Grupo. Co- construcción de la dimensión transgeneracional en sus enlaces con los cuidados tempranos y diversos modos de lograr la trascendencia. En Toranzo, E. y Taborda, A. (Ed.), *SER humano naturaleza interactiva e intersubjetiva de su contextualizado devenir*. (pp. 49-75). San Luis, Argentina: Nueva Editorial Universitaria.

- Taborda, A. y Labin, A. (2017). *Abordaje psicodiagnóstico y terapéutico de niños. Aportes teóricos y consideraciones técnicas. Facultad de Psicología. UBA.* (pp. 131- 167). Recuperado de: http://www.psi.uba.ar/institucional/premio/2017/trabajos/abordaje_psicodiagnostico_y_tera_peutico_de_ninos.pdf
- Taborda, A. y Toranzo, E. (2017). *Psicoanálisis relacional: Espacios intersubjetivos e interdisciplinarios de creación de significados para la salud mental.* San Luis, Argentina: Nueva Editorial Universitaria.
- Taborda, A. (2020). Escuelas Primarias. Entre universales no universalizables. En Taborda, A. y Leoz, G. (Ed.), *Instituciones educativas como instancia de subjetivación.* (pp. 47- 82). San Luis: Nueva Editorial Universitaria
- Untoiglich, G. (2013). *En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz. La patologización de las diferencias en la clínica y la educación.* Buenos Aires: Noveduc
- Veccia, T. (2016). Palabras preliminares. En Hammer, E. *Test proyectivos gráficos* (2da. Edición., pp.15-17). Buenos Aires: Paidós
- Winnicott, D. (1942). *El niño y el mundo externo.* Buenos Aires: Lumen

Capítulo 4

Niñeces y parentalidades.

Desde el diagnóstico individual a la psicoterapia de grupos paralelos

Alejandra Taborda

La teoría pulsional estudia la mente humana como una entidad aislada. Actualmente, los aportes de las ciencias de la complejidad y teorías de la no linealidad, señalan que en un sentido estricto no existe la mente aislada. Tanto trauma como desarrollo devienen en la dimensión relacional intersubjetiva contextual e históricamente emplazada.

Coderch (2017)

Introducción

El ubicar la dimensión relacional, epocalmente emplazada, como epicentro de las complejas configuraciones intrapsíquicas reviste, en la consulta psicológica por niños/as, retos específicos. Desafíos vinculados tanto al modo de entender las múltiples causalidades del sufrimiento psíquico como al setting que opera en las circularidades entre proceso diagnóstico y terapéutico.

Escenarios clínicos que requieren ser respaldados por actualizaciones teóricas que recojan las vicisitudes subjetivas contemporáneas y sus resonancias en las asimétricas relaciones filiales. Modalidades de trabajo que, desde la primera consulta, se focalicen en las dimensiones intersubjetivas que, con múltiples mixturas, entretejen la vida íntima del devenir siendo a lo largo de la vida.

Desde este posicionamiento, en este apartado se refieren los diversos pasos de un diseño psicoterapéutico psicoanalítico relacional implementado, por un equipo de terapeutas, en instituciones públicas. El trayecto terapéutico inicia con una fase diagnóstica individual y, según los ajustes a los criterios de indicación clínica, desemboca en grupos psicoterapéuticos psicoanalíticos paralelos de padres/madres e hijos/as de un año de duración.

La sistematización elaborada se sustenta en indagaciones empíricas precedentes, desarrolladas con el fin de aprehender la complejidad teórica y clínica, propia del campo de trabajo. Las investigaciones se reflejan tanto en la validación de instrumentos diagnósticos como en estudios empíricos de eficiencia y eficacia terapéutica. Dado que, este apartado, se centra en los aspectos organizacionales del diseño, para profundizar en los fundamentos teóricos, validación de técnicas psicológicas, análisis de procesos terapéuticos y viñetas clínicas, se invita al lector a consultar los siguientes reportes de investigación: 1. Desarrollo de recursos diagnósticos y terapéuticos (Taborda, 2010; Taborda y otros 2011; Taborda y Toranzo, 2017; Labín y otros, 2019; Taborda, 2020; Labín y otros, 2022; Taborda y Labin, 2023, 2024). 2. Análisis de efectividad terapéutica en un grupo de niños y niñas (Taborda y otros, 2008). 3. Estudios de proceso terapéutico de grupos focalizados en las funciones parentales (Fontao y otros, 2011) y 4. Comparación de dos modalidades psicoterapéuticas psicoanalíticas

de grupo paralelos de padres e hijos/a versus tratamiento individual del niño paralelo a la psicoterapia de grupo de padres (Taborda y Toranzo, 2009).

Concepto psicoanalítico relacional del diagnóstico y la psicoterapia de grupos paralelos de madres/padres e hijos/as

La propuesta esta transversalizada por el siguiente eje conceptual:

Los fenómenos de identificación proyectiva que habitan lo transgeneracional, las relaciones tempranas estructurantes del psiquismo, con sus reconfiguraciones a lo largo de la vida, cobran una importancia central para la comprensión de los fenómenos clínicos que se presentan en la consulta por niños y niñas.

Dado que cada hijo/a conlleva la reviviscencia y recreación de historias relacionales precedentes, el trabajo terapéutico focalizado en la parentalidad, se propone abrir un espacio que posibilite la reelaboración de situaciones pasadas con potencial traumático actual. Cada miembro de la relación (madre, padre-hijo/a) establece una situación de complementariedad: si uno se modifica, influye en el otro. Por lo tanto, el interjuego de las identificaciones proyectivas y circularidades de interinfluencias amplifican los efectos terapéuticos. (Taborda y Toranzo, 2017)

En este contexto, el estudio de las constelaciones del sufrimiento psíquico y el proceso terapéutico, sienta sus bases en el análisis de las dinámicas que, a modo de capas, entretejen las vicisitudes relacionales. Observables que agrupables en tres tiempos que transcurren entre la intersubjetividad primaria y la terciaria, definida por Trevarthen (1998). En el *primer tiempo de ligazón amorosa* se incluyen: 1) los enlaces entre el mundo de representaciones imaginarias de la preconcepción, que abarca las transmisiones transgeneracionales en conjunción con la elaboración

de la pérdida de la vida intrauterina con su par complementario dar/tomar la vida y 2) los primeros progresos en los procesos de discriminación. En el *segundo tiempo de diferenciación amorosa* se ubican: 3) la capacidad de realizar el primer acto de posesión, de representar, de crear espacios intermedios que se expresa en la posibilidad de ligarse a un objeto transicional; 4) los procesos de diferenciación entre personas y objetos conocidos o desconocidos; 5) los pasos hacia la autonomía motriz, la exploración, el lenguaje y el conocimiento de los riesgos; 6) el desarrollo de la capacidad de estar a solas sin sentirse abandonado. En el *tercer tiempo de descubrimiento de la alteridad del otro* se conjugan: 7) el descubrimiento de la incompletud ontológica que se abrocha con el reconocimiento de la diferencia de sexo y configuraciones identitarias de género; 8) la discriminación entre lo mío-lo tuyo-lo nuestro, que implica la aceptación de normas, por amor a sí mismo y al otro en conjunción con el deseo de ser grande; 9) el descubrimiento de la privacidad de la mente y el resignar que otros piensen por él/ella y en él/ellas; 10) el pasaje de las leyes y mitos familiares a las múltiples legalidades y mitologías de cada contexto, que propulsa el compartir con otros tolerando las diferencias. (Taborda, 2020, tercera parte cap. 8, 9 y 10)

El pasaje del mundo familiar al extrafamiliar, signado por la obligatoriedad escolar, propia de las niñeces propulsa reorganizaciones intra e intersubjetivas, al compás de los devenires de qué tipo de mujer/ hombre se quiere ser. Devenires que se desarrollan en las mixturas de: -descubrimientos sobre la finitud de la vida como proceso irreversible y la imprevisibilidad del mundo externo con sus concomitantes temores a la orfandad; -recortes en la ilusión omnipotente de ser protegidos por adultos de todo riesgo; -avances en el reconocimiento las diversas capas de la mente y su privacidad en correlación con la responsabilidad de elegir; -avances en la estructuración de un lenguaje interno que abre la posibilidad de relatarse como sujeto biográfico; -Desarrollo de la capacidad de mantener relaciones impersonales que, tiene como sustrato la configuración previa de la capacidad de estar a solas y permite

ubicarse en lo grupal como uno más atravesado por la norma; - encuentros con pares y amigo íntimo que diversifica las sutilezas en el reconocimiento de la alteridad del otro; -conquistar el extenso mundo extrafamiliar, con sus escenarios de inclusión/ exclusión, signado por múltiples metamorfosis y reorganizaciones de la dependencia.-cambios del propio cuerpo, que se acentuarán con los movimientos puberales; -Proyecciones futuras: posicionamientos identitarios; diferenciaciones en las instancias amorosas y construcciones de una ley interior que convocan la vergüenza, el pudor, el mirar/ser mirado en las dimensiones presenciales y virtuales, entre otros. (Taborda, 2020)

El objetivo, desde la primera consulta, es poner en relación la historia de hechos vividos con los significados que se le han atribuido. Hechos y acontecimientos ante los cuales madres y/o padres han tenido dificultades para comprender y se constituyeron en desencuentros emocionales. Ante los cuales el/la niño/a elaboró sus propias fantasías y teorías, reaccionando de acuerdo a sus series complementarias e identificaciones. Si bien, estas historias fueron registradas en la memoria, con frecuencia quedaron aisladas por dificultades para otorgarles sentidos que permitieran su codificación para evocarlas y recuperarlas a modo de vivencias consistentemente coherentes. Así, se busca promover la reorganización de fragmentos dispersos que fueron sepultados por falta de una red de significados que los unifique para ser simbolizados y representados.

A lo largo del trayecto terapéutico, los interrogantes que guían la focalización en las funciones parentales son: ¿Para cuáles de los sistemas motivacionales (narcisismo, sensualidad/sexualidad, regulación emocional, integrados en las representaciones internas de apego), las funciones parentales resultaron lo suficientemente buena/o? ¿Qué características y contenidos se trazan en el contacto emocional/ desconexión, el bienestar/apatía, el control/agresión, el sostén de la asimetría filial?; ¿Qué limitaciones enfrentan dados sus vínculos con sus propios familiares significativos? ¿En qué lugar es ubicado el hijo/a por cada uno de los padres y en la pareja parental? ¿Cómo se regula la ansiedad y se provee recursos para enfrentar

conflicto diurnos y nocturnos? ¿Cómo se sostiene el vínculo de apego y tolerancia tanto a la dependencia temprana como a la creciente autonomía?; ¿Cómo opera la capacidad para anticipar el peligro y el desamparo?; ¿Cómo se respeta el derecho a la identidad y se ubica al hijo/a en el lugar de semejante?; ¿Cómo se sostienen las dimensiones involucradas en la filiación?; ¿Cómo se presenta el hijo/a al mundo y el mundo al hijo/a?; ¿Qué iniciativas del hijo/a son atendidas/desatendidas?

En otras palabras, el trabajo terapéutico focalizado en las funciones parentales implica, desde la primera consulta, promover la capacidad tanto de referir verbalmente conflictos interpersonales precedentes y actuales, ligados con la parentalidad, como de conectarlos con el origen y mantenimiento del sufrimiento psíquico del niño/a por el que se consulta.

Primera fase del diseño terapéutico modelizado.

Co-construcciones diagnósticas

El proceso diagnóstico prevé diversos encuentros: unos desarrollados con madres, padres y el/la niño/a por separado y otros en conjunto. Instancias en las que incluimos nuevas herramientas psicológicas contextualmente adaptadas y validadas, en pos de dinamizar el proceso de transformar impresiones sensoriales y emocionales en narrativas, recuerdos y conocimientos posibles, en los interjuegos entre fantasías inconscientes y realidades vividas. Centralmente, promover una lectura de la problemática del/la niño/a como un mensaje dirigido a otro que refiere a una conflictiva intra, inter, y transubjetiva.

Complejas mixturas en las que se plasman tanto los sufrimientos del niño/a como de los adultos y requieren diferenciaciones diagnósticas en términos de las circularidades entre: 1) déficits en la constitución del aparato psíquico, que revelan dificultades en el camino de subjetivación y simbolización; 2) constelaciones sintomáticas que expresan conflictos intrapsíquicos, emergentes a posteriori del reconocimiento del ser sujeto como tal, capaz de conocer, pensar, pensarse a sí mismo y saber que está pensando; 3) duelos propiciados por reorganizaciones intrapsíquicas e

intersubjetivas propias del complejo transitar por las niñeces; 4) vías de compensaciones implementadas y recursos saludables; 5) configuraciones de los conflictos parentales con sus concomitantes sellos en la transmisión transgeneracional y los entramados relacionales identificatorios familiares.

Esta primera fase permite la recolección de los primeros movimientos transferenciales y opera como caldeamiento para el trabajo terapéutico posterior.

Estrategias implementadas con los padres o cuidadores/as

- **Consentimiento informado**¹

- **Motivo de consulta, su historia y atribuciones causales**

- **Proyecciones relacionales gráficas y verbales**, cuya consigna es: *“Cuenten con un dibujo cómo es la relación con el/la niño/a”*. Se entregan tres hojas y, en aquellos casos que ambos padres estén presentes, eligen hacer un dibujo en conjunto o por separado. Una vez culminada la representación gráfica, se solicita la elaboración de un relato sobre lo dibujado. Taborda (2010)

- **Historia fotográfica**, cuya consigna es: *“En el próximo encuentro vamos a conversar sobre la historia de vida de su hijo/a y de ustedes como padres, para ello les voy a pedir que busquen fotos, las seleccionen y las traigan, pueden traerlas impresas o en formato digital”*. Se prevén dos encuentros de 45 minutos cada uno. (Taborda, 2010)

El terapeuta, implementa el reflejo y las preguntas, -dos dimensiones del continuum interpretativo de Fiorini (1989)-, en pos de convocar a volver a mirar y establecer nuevos enlaces, respetando lo que aún no puede pensarse. Tal como señala Bleichmar (1998) en el momento de recordar se produce un estado

¹ En el trabajo con niños/as, son los adultos los encargados de solicitar la consulta. Condición que los convierte en responsables de conocer y firmar el consentimiento informado. El mismo opera, a modo de documentado requisito escrito, central para el desarrollo del trabajo.

de labilidad que promueve una reinscripción en la antigua memoria, y la reestructura con sus concomitantes posibilidades de agregados que no estuvieron originalmente.

• **Cuestionario de evaluación del apego (CaMir)**, adaptación y validación argentina para ser implementada con adolescentes y adultos. (Labin y otros, 2022)

Los objetivos nodales de esta instancia terapéutica son:

- profundizar en el diagnóstico en las posibilidades de contacto emocional con el hijo/a;
- centralizar la exploración de la relación de estos padres con sus propios padres y
- caldeamiento para el trabajo psicoterapéutico grupal focalizado en la parentalidad.

Estrategias implementadas con el/la niño/a

Del mismo modo que con madres/padres, los momentos iniciales del proceso diagnóstico revisten sus complejidades y ansiedades propias del encuentro entre desconocidos o más precisamente conocidos a través de los decires de los/as adultos/as. Por este motivo, atendiendo al carácter de las ansiedades emergentes, en el primer tramo del encuentro inicial, las presentaciones se desarrollan en compañía de al menos uno de los padres o adulto responsable. En esta instancia, en consonancia con el código de ética vigente, se explica la modalidad de trabajo; se verifica, en términos de asentimiento informado, el deseo de ser parte del trayecto diagnóstico y las obligaciones de secreto profesional.

Posteriormente, al concretarse la entrevista a solas con el niño/a, a través de diversos recursos verbales, gráficos y lúdicos, se promueve la expresión del sufrimiento psíquico y vías de compensación. A tal efecto, en la siguiente secuencia de trabajo se reconocen:

- Verbalizaciones referidas al motivo de consulta y las relaciones que se realizan tanto de su historia como de los porqués de su sufrimiento.
- Simbolizaciones gráficas a través de la técnica **Proyecciones**

gráficas y verbales sobre el motivo de consulta, cuya consigna es: “*Contame con un dibujo porque venís a verme*”. Representación gráfica al que, además de solicitarse la creación de un relato, se explora, junto al/la niño/a, detalles y asociaciones que van surgiendo. La técnica fue especialmente construida con un doble propósito: -ir más allá de las limitaciones que impone el desarrollo del lenguaje verbal y, fundamentalmente, ubicar al/la niño/a en el lugar de sujeto activo, autor del recorte que elige realizar de su realidad intrapsíquica para mostrarlo en términos de sufrimiento y preocupaciones propias. En la dimensión intersubjetiva, los movimientos de mostrar/ocultar revisten intrincados procesos psíquicos que tienen que ser minuciosamente analizados porque dan cuenta de la: •diferenciación entre lo íntimo/privado y que se desea compartir con otro; •confianza depositada; •posicionamiento frente la mirada del otro; •vivencia de la dificultad y vías de compensación; •deseos sobre cómo le gustaría ser considerado por el otro. (Taborda, 2010)

• **Construcciones lúdicas y sus narrativas de representaciones de apego (ASCT)** creada por Bretherton y otros (1990) y adaptada a nuestra población por Labin y otros (2019), disponible en: https://sites.google.com/site/bpierreh/accueil_en_sp/argentina_cch. Las consignas adaptadas y estandarizadas proponen situaciones estresoras presentes en la vida cotidiana (desobediencias, temores nocturnos, lastimaduras, pérdida de mascota, dolor de panza, separación de madre/padre por viaje) que convocan a elaborar - verbal y lúdica- resoluciones posibles. Narrativas lúdicas en las que el/a niño/a pone en juego sus expectativas sobre la disponibilidad del otro, en términos de representaciones internas de apego introyectadas.

• **Co-construcciones de narrativas lúdicas de las representaciones de apego.** la prueba se desarrolla en una entrevista conjunta con el/la niño/a y los padres o cuidadores/as. Las consignas, en el aquí y ahora lúdico, convocan a elaborar historias compartidas que aluden tanto a la modalidad de las interacciones,

la calidad de los cuidados que el adulto provee, como a la disponibilidad y sensibilidad parental. La técnica, requiere que en conjunto completen, lúdica y verbalmente, dos historias; la primera de caldeamiento y la segunda refiere una situación que demanda del cuidado del adulto. (Taborda y Labin, 2023)

• **Escala de inteligencia de Wechsler – versión argentina (WISC-IV)** (Taborda, Barbenza y Brenlla, 2011). Solo se aplica en aquellos casos que se refieren problemas de aprendizaje o de rendimiento académico.

Proceso de reintroyección de co-construcciones diagnósticas

Metafóricamente, el diagnóstico resulta equiparable a un esqueleto, una estructura que irá tomando cuerpo en la mente del profesional a partir del efecto de las repeticiones recurrentes observadas en las expresiones preverbales, verbales, gráficas, lúdicas y transferenciales múltiples.

Entrevista de co-construcciones diagnósticas con madres y padres

El objetivo primordial de esta instancia es volver a pensar cómo se fueron constituyendo los recursos psíquicos con los que se cuenta, las dificultades que emergen y desencuentros emocionales relacionales que atañen a la vida del/la niño/a.

A tal efecto, se trabaja con la proyección de la producción videofilmada de la técnica **Co-construcciones de narrativas lúdicas**. Volver a mirar la historia construida plantea un escenario que, al referir a situaciones representadas que aluden y eluden a episodios concretos de la vida real, proponen una distancia óptima para observarlas, analizarlas, pensarlas y modular el trabajo de reintroyección. Proceso emplazado en un ir y venir entre escenas lúdicas y representaciones mentales de apego en el interior de la vida familiar.

En este marco, a través de preguntas el trabajo se focaliza, en

encuentros y desencuentros explícitos e implícitos, verbales y pre-verbales que madres y padres refieren de lo observado en las escenas lúdicas proyectadas. Consecutivamente, en pos de promover nuevos enlaces y asociaciones, se propician articulaciones de esas observaciones con situaciones concretas de la vida cotidiana. A su vez, el contenido clínico recogido en las técnicas ***Proyecciones relacionales gráficas y verbales e Historia fotográfica***, brinda material propicio para enriquecer el devenir de dichos enlaces y asociaciones.

De este modo, con el sustrato de las emociones emergentes se procura promover procesos de mentalización que permitan trazar nuevas ligaduras entre el sufrimiento del/la niño/a y los propios suscitados en la parentalidad, transversalizados por la transmisión transgeneracional.

Articulaciones que conlleva iniciar a recorrer episódicos biográficos de los padres, con sus respectivas sensaciones, fantasías y emociones. Este volver a mirar su pasado en compañía, abrochado con la historia del/la niño/a, inicia el camino para pensar la repetición y elaborar los aspectos conflictivos con sus propios padres y, en el aquí y ahora con el/la hijo/a, con las envolturas que las circularidades relacionales familiares trazan. Cabe subrayar que comprender el sufrimiento de los adultos es condición sine qua non para propiciar en ellos la capacidad de comprender el sufrimiento del/la niño/a.

Entrevista de co-construcciones diagnósticas con el/la niño/a

En esta instancia, para compartir la síntesis del material clínico recolectado, ampliar las posibilidades de reintroyección y promover nuevas asociaciones, se torna central tanto modular las ansiedades propias de este encuentro como el dejarse guiar por la modalidad y ritmo que el/la niño/a propone en el aquí y ahora, con sus movimientos transferenciales y no transferenciales.

Con esta intención, la entrevista de síntesis diagnóstica inicia con la apoyatura de la técnica ***Proyecciones gráficas y verbales de las***

fantasías de enfermedad y curación, cuya consigna es: *Hoy voy a contarte lo que vi en lo que fuimos compartiendo y me fuiste contando en este tiempo. Pero no voy hablar sola vamos a ir mirando juntos lo que te preocupa y cómo crees que puedo ayudarte. Empecemos dibujando: “Contame con un dibujo como puedo ayudarte. Al concluirlo: “Hablemos de este dibujo”* (Taborda, 2010).

La propuesta pone en relación expresiones verbales y preverbales, en busca de sortear, o al menos acotar, las limitaciones que el desarrollo de lenguaje impone para marrarse como sujeto biográfico, pensarse y traducirlo en palabras. Los juegos y dibujos son los idiomas propios de las niñeces, y por ende sus ideales portavoces, en este caso específico, para la expresión de las fantasías conscientes e inconscientes de dificultad y su posición frente a ellas.

Desde este enfoque, los dobles interjuegos entre lo simbólico y lo imaginario permiten crear representaciones figurales y su relación con el proceso de escritura, en imágenes propias del inconsciente. En consecuencia, convocar a dibujar, en el aquí y ahora transferencial, es propiciar la producción de un nuevo acto psíquico, ya que si hay efecto de ligadura para realizar el gráfico (trabajo de simbolización), también hay modificaciones en el sujeto. La producción transmite deseos, rechazos, propósitos, miedos, cuidados, pérdidas, interrupciones y vías de compensación. Así, todo gráfico tiene que ser analizado y comprendido a la manera del sueño, fragmentado en sus componentes para obtener asociaciones que posibiliten tanto nuevas escrituras como la formulación de hipótesis acerca de las marcas históricas constitutivas de la realidad psíquica. Analizar este material, en el aquí y ahora en conjunción con el/la niño/a opera a modo de hoja de ruta para focalizar desde dónde y cómo se transmiten las conclusiones diagnósticas. (Taborda, 2010; Taborda y Labin 2023)

En otras palabras, en continuidad con lo propuesto en la técnica ***Proyecciones gráficas y verbales del motivo de consulta***,

implementada en la primera consulta, se busca sustentar los caminos de introyección con las pertinentes articulaciones que devienen del reconocimiento del/la niño/a como sujeto activo-autor, encargado de presentar su propio recorte de lo que le preocupa y como busca apaciguarlo. El terapeuta, a través del reflejo y las preguntas, procura promover la enunciación de episodios concretos de la vida cotidiana (familiar y extrafamiliar) donde se refleje, tanto las dificultades como, su modalidad de resolverlo y estimula a pensar en otras alternativas posibles. Del mismo modo, con los mismos recursos técnicos (reflejos y preguntas) propicia el pensar si dichas situaciones observadas en la vida cotidiana están presentes en la relación transferencial, a efectos de analizar sus semejanzas, diferencias y motivaciones que las respaldan.

Co-construcciones diagnósticas y sus enlaces con las vicisitudes de la recomendación terapéutica

Atendiendo la interdependencia de los fenómenos clínicos observados con la adecuación de modalidades terapéuticas, se modelizaron diversas alternativas.

Madres, padres y niños/as con estructuras psicológicas y psicopatológicas muy diversas pueden beneficiarse con procesos psicoterapéuticos de grupos paralelos de padres e hijos. Aunque, tal como lo señala Torrás de Beà (1996), este abordaje como primera y/o única modalidad terapéutica, está contraindicado en pacientes borderline, psicóticos, con tendencias suicidas o duelos no elaborados. Por tal motivo, en estas situaciones, se indica tratamiento individual. Asimismo, los estados altamente angustiosos que obstaculizan el trabajo centralizado en el rol parental y las dificultades con el manejo de la impulsividad, que obstaculizan las posibilidades de parar y escuchar, requieren combinar psicoterapia de grupo con tratamiento individual, a cargo de otro terapeuta. Sin dejar de lado la posibilidad de otras derivaciones necesarias, por ejemplo, frente a la presencia de maltrato, es necesario trabajar conjuntamente con los programas de asistencia específicas.

Otra de las contraindicaciones específicas para iniciar el tratamiento psicoterapéutico del niño/a, es la presencia de secretos familiares sobre su origen e identidad. En estos casos, se cuida que sean los padres los encargados de informarle al hijo/a sobre esta situación. Resulta relevante que el profesional se sustraiga de establecer alianzas con aspectos inmaduros o patológicos de los/as madres/padres que lleven al acting contratransferencial y se convierta en un informante que pone en jaque el indeclinable lugar parental. En consecuencia, se propone en una primera instancia, incorporar a los/as madres, padres al grupo terapéutico, para trabajar específicamente sobre las causas y consecuencias consciente e inconsciente de dicho secreto. Luego de que el mismo es revelado, se considera que se reúnen las condiciones para iniciar un primer tramo de psicoterapia individual para su elaboración.

Por otra parte, cuando las dificultades del niño/a se centran en carencias tempranas, que requieren ser especialmente atendidas, porque expresan déficits en la constitución subjetiva, se indica tratamiento psicoterapéutico individual para el/la niño/a.. Para los/as madres, padres se dispone del tratamiento grupal combinado con entrevistas individuales periódicas.

Segunda fase del diseño terapéutico modelizado.

Psicoterapia de grupos paralelos

Sendos tratamientos funcionan temporal e institucionalmente en forma simultánea y es condición que al menos, uno de los miembros de la pareja parental, integre el grupo de madres/padres. Ambos grupos son semicerrados, de un año de duración, con una frecuencia de una sesión semanal de noventa minutos y son coordinados respectivamente por terapeutas con formación experiencia en psicoterapia grupal de orientación psicoanalítica.

Cabe señalar que, los grupos de madres y padres admiten ser coordinado por un terapeuta, en cambio, dada la dinámica de los grupos de niños/as se recomienda la presencia de dos terapeutas.

Resulta relevante que la pareja de terapeutas pueda: •Entablar una relación simétrica y de genuino apoyo mutuo entre ellos/as, que dé coherencia a los recursos verbales y lúdicos que ambos implementan. •Establecer una relación empática con los/as integrantes y revisar los sentimientos contratransferenciales que pudieran promover la repetición de dificultades vinculares precedentes o, su reverso, quedar presos de la identificación con el sufrimiento del niño/a. •Captar e interpretar la fantasía inconsciente que sostiene a los diferentes momentos grupales dentro de una misma sesión y en el proceso global.

Para la configuración de los grupos de niños/as se tiene en cuenta que la diferencia de edad no trascienda los dos años y que exista un número similar de niñas y niños. Se incluyen tanto los/as niños/as que sufren de inhibiciones importantes, como los que alternan entre inhibición e impulsividad, y los que presentan una modalidad relacional en la que, si bien predominan tendencias impulsivas, tienen cierta capacidad para contenerse y respetar la norma básica “no dañarse a sí mismo, a los otros, ni al terapeuta”.

Al tener en cuenta estas variables en la organización de los grupos de niños/as se procura potenciar las regulaciones complementarias, identificaciones y movilizaciones que surgen entre pares. En ese interjuego, la compañía de un/a niño/a tiende a regular a otro, que en su ausencia rápidamente acelera su excitación estorbando su capacidad de juego, a la vez que el regulador se beneficia de ciertas disposiciones traviesas del regulado. Todo esto a su vez, en compañía de los/as terapeutas encargados/as de modular y traducir los niveles de excitación para tornarlos tolerables-pensables.

El factor psicoterapéutico central que ofrece el grupo es la comunicación, puesto que en ella y sólo en ella, las experiencias cobran sentido y pueden ser interpretadas correctamente. Dicha interpretación incluye lo que se dice, lo que se hace, los silencios y

la no acción; esta función es inherente a todos y cada uno de los integrantes del grupo. Torras de Beà (1996), retomando los conceptos de Bion (1972), señala la necesidad de estar alerta al funcionamiento de cada momento grupal a los efectos de observar los modos que los supuestos básicos –inestables y cambiantes– interfieren o apoyan la función del grupo de trabajo.

Cuando el grupo funciona introspectivamente sus integrantes expresan con palabras o simbólicamente sus sentimientos y reacciones, de manera similar a como lo harían en un tratamiento individual. Pero cuando funciona en forma proyectiva los sentimientos, las relaciones significativas introyectadas, se externalizan, escenifican y actúan en el tejido de relaciones interpersonales, según la modalidad particular de relación internalizada. En este marco, las rivalidades, celos, envidias, dependencias, seducción, sometimiento, tendencias sádicas, inhibiciones, etc. pueden ser observadas con tanta claridad y concreción que no deja lugar a dudas. Así, cada integrante tiene la posibilidad de conocer algo más de sí mismo y de los otros, a partir de las imágenes que, de diversas maneras, devuelven los/las compañeros/as y terapeutas. Así, tienen la oportunidad de comprender cómo se fue incorporando el mundo externo, qué partes conservan identificaciones adhesivas y la reorganización que se produce a partir del intercambio entre los integrantes del grupo, en esta nueva red vincular.

En otras palabras, el hecho de que todo suceda ante cada uno de los miembros y en presencia del terapeuta tiene un valor específico dada la fuerza que cobra el sentido de realidad que aporta el convalidar la propia percepción en combinación con la de los otros. En el compartir grupal, cada uno de los/as integrantes aporta elementos terapéuticos a los demás y cada uno recibe del conjunto.

Desde este posicionamiento, en ambos grupos, la tarea interpretativa se refiere siempre al “aquí y ahora”, teniendo en

cuenta los movimientos transferenciales: •del grupo tomado como objeto; •del grupo en relación al terapeuta; •individuales en relación al grupo y/o terapeuta. (Torras de Beà,1996; Taborda y Toranzo, 2017).

Cabe señalar que los grupos paralelos ofrecen una amplia diversidad de imágenes que permiten trascender la estructura individual y/o familiar, cerrada en sí misma. Brinda un modelo exogámico donde cada integrante del grupo puede proveer nuevos aportes, y modelos vinculares que transforman las estructuras personales, estimular la integración de nuevos puntos de vista y, -en la medida que se toleren las diferencias-, promover la elaboración de identificaciones primitivas, que tallan la transmisión transgeneracional.

Entre las fortalezas de las características exogámicas de este diseño terapéutico es el modo en que se cuida la relación asimétrica entre madres, padres e hijos/as. Los estados regresivos y necesidades de dependencia infantil de los/as madres y padres pueden ser estimulados, contenidos y trabajados sin interferir en la imagen de fortaleza que necesitan tener los/as hijos/as para poder crecer.

Tal como se explicita a continuación, en los aspectos organizacionales del proceso terapéutico se diferencian tres momentos.

Primera instancia con madres padres e hijos/as. Pasaje de lo individual a lo grupal

Una vez que los/as niños/as y las/os madre/padres aceptan individualmente conformar los grupos terapéuticos correspondientes, se realiza una sesión con la presencia de los/as integrantes de los grupos paralelos y los/as profesionales que efectuaron el proceso psicodiagnóstico. El objetivo es brindar un espacio para que todos/as puedan conocer el equipo de terapeutas, verificar la disponibilidad para el tratamiento, concretar el contrato de trabajo y referir las obligaciones éticas sobre secreto profesional.

Segunda instancia. Comienzo simultáneo de los grupos paralelos

Al interior de la psicoterapia de niños/as. El grupo se construye a sí mismo

El concurrir a espacios psicoterapéuticos, sumados a los sentimientos de vergüenza propios de las niñeces, otorgan un tinte particularmente dificultoso a los momentos iniciales del grupo terapéutico. En pos de proveer apoyaturas a la delicada tarea de conocer a sus pares, presentarse frente a ellos, compartir verbalmente el motivo de consulta, incitar al mundo de fantasías, en la primera sesión, el juego de la pelota, respalda las primeras presentaciones. Los/as dos terapeutas, a cargo de la coordinación del grupo, lo hacen en último lugar y explicitan el contrato de trabajo en sus dimensiones espaciales, temporales, objetivos, modalidades de comunicación (lúdicas, verbales, gráficas), la norma básica de “*no dañarse a sí mismo, ni a los/as terapeutas*”, se reiteran las obligaciones profesionales respecto al secreto profesional y se presenta el cajón de juego. Los juguetes recomendados son: muñecos, peluches, soldados, utensilios de cocina, autos, familias de animales, diversos juegos de mesa (ludo, naipes, juego de química, entre otros) y materiales menos estructurados (telas, plastilina, cartón, hojas, goma de pegar, cinta adhesiva y lápices de diversos colores).

Luego de compartir verbalmente sus nombres, edades, algunas de las preocupaciones conscientes que los/as motivada a aceptar el tratamiento se implementa, a modo de recurso auxiliar, el ***Dibujo Libre***. La consigna “*vamos a contar dibujando*” reúne dos momentos: 1. “*En la hoja que les di dibujen lo que tengan ganas*” luego cada integrante muestras y cuenta la reproducción gráfica agregando asociaciones espontaneas sobre lo realizado; 2. se entrega una cartulina y se les solicita que en forma conjunta realicen un dibujo y una historia del mismo.

La modalidad de trabajo procura constituirse en un canal de comunicación, acompañante y modulador de las ansiedades de

pacientes y terapeutas, movilizadas en este momento inicial. Asimismo, con el respaldo del lenguaje gráfico que, de algún modo, reproduce lo vivido en la primera fase, en el marco de una relación dual, estimula el recordarla y despedirse. Lo cual es aún más relevante cuando el profesional a cargo del proceso diagnóstico no integra el grupo terapéutico. Cabe señalar que, si bien, la dinámica del funcionamiento grupal, se impregna de la relación transferencial, del proceso diagnóstico individual, el impacto que otorga el ingresar a un grupo, tiene tanta fuerza que reestructura la dinámica e interjuego transferencial desarrollada previamente, para dar lugar a la transferencia grupal.

En el transcurrir del grupo de niños/as las observaciones realizadas por los/as terapeutas se expresan verbalmente y fundamentalmente a través de juegos. La atención recae en la expresión no verbal de las necesidades de narcisización y al ajuste a la norma básica “no dañarse a sí mismo, ni al terapeuta”. Los recursos implementados por los/as terapeutas (verbalizaciones descriptivas de diversas acciones y secuencias lúdicas) apuntan al establecimiento de enlaces entre descarga motora, dificultades en la regulación emocional, inhibición, afectos, percepciones, estados de tensión y necesidades de fusión/diferenciación. Una vez que se han establecido dichos enlaces y los circuitos compulsivos comienzan a ceder, se interpretan las representaciones inconscientes, a fin de promover nuevas posibilidades de discriminación y de pensar.

El devenir grupal es una experiencia que tiene una particular densidad de estímulos, rapidez en sus movimientos, cambios de escenas y fluctuación de estados afectivos; por este motivo, interpretar lo que sucede en el grupo es una tarea compleja en la que es necesario que el terapeuta ponga énfasis en captar y resonar lo que les impacta, dándose el tiempo necesario para que los contenidos grupales vayan cobrando significado dentro de su propia mente y en el acontecer grupal mismo, tolerando lo que aún no se comprende.

En pos de ejemplificar, diversos aspectos desarrollados precedentemente, se presenta una apretada síntesis de un recorte de

un trayecto terapéutico. Un grupo de cuatro niños/as (dos niñas y 2 niños), de seis y siete años, en el primer periodo de tratamiento, comenzaban sus sesiones con un juego de naipes que denominaron “chancho va” (armaban un mazo con dieciséis cartas del uno al cuatro, de los diferentes palos). Cada integrante recibía cuatro cartas que tenían que intercambiar con sus compañeros/as hasta conseguir -frecuentemente todos a la vez- las cuatro iguales. A través de esta escena lúdica, especialmente resguardada por reglas específicas del juego, los niños/as procuraban verificar qué estaba cada uno dispuesto a aportar, de qué necesitaba desprenderse para recibir del otro, qué tenía en común, qué de diferentes y cuál sería su patrimonio privado-diferenciado, representado por la reunión de las cuatro cartas iguales. En otras palabras, cada uno tiene que despojarse para recibir de los otros lo que se necesita y, así, completar el juego.

Esta actividad lúdica continuaba, con la división en parejas de niños y niñas, para a modo de espejo desarrollar juegos imitativos de diferentes gestos (sacar la lengua, correr con los dedos los ojos hacia abajo, doblar las orejas). Luego de las mediciones de parecidos, diferencias y poderíos, resguardados por la presencia de los/las terapeutas, a cargo de modular el potencial agresivo, podían volver a reunirse y compartir verbal y lúdicamente algunas de sus preocupaciones.

La creciente confianza que se iba construyendo se expresó -durante tres sesiones posteriores- en el jugar a ser químicos. De este modo, en las escenas lúdicas se representaban diversas posibilidades de mezclarse e intercambiar con menos temor; proceso que fue recogido y trabajado por las terapeutas. Luego, uno de los niños trajo tierra, hormigas, hojas y entre todos conversaron sobre de dónde sacarían comida, lo que está, pero no se ve y sobre el tener bebés. Posteriormente, se acusaron de robar en la escuela, de tener novios. Las terapeutas, atendiendo a los deseos de ser grande y reorganizaciones psíquicas propias de las niñeces, articuladas con la dinámica grupal, señalaron: “a veces hablamos de

los que nos preocupa a todos a través contar lo que hacen otros. Ustedes se van poniendo más grandes y se preguntan sobre lo que tienen ganas y sobre lo que se puede o no hacer. Quizás todos/as alguna vez sacaron algo sin permiso o tuvieron ganas de hacerlo y también les gusta un chico o una chica. A ver contemos entre todos”. Los/as niños/as entre risas nerviosas que transmiten vergüenza (sentimientos verbalizados por las terapeutas en términos de que cuando nos ponemos más grandes sentimos vergüenza porque nos damos cuenta de lo que está bien y lo que no está tan bien) cuentan de cómo robaron meriendas, lápices, monedas y, sobre cómo miran, hablan, pelean o juegan con los chicos y chicas que les gustan. Luego de esta ronda de compartir, el grupo, al proponer jugar a tirarse de espalda para que las terapeutas los sostenga antes de caer, con alegres risas dan cuenta del sostén vivenciado, al ser modulados los sentimientos de anormalidad, inadecuación que habitaron en las expresiones de agresión.

Los estudios clínicos pilotos realizados por nuestro equipo de trabajo sobre el proceso terapéutico de tres grupos de niños y niñas, a partir del análisis de las sesiones filmadas (primera y última de cada mes) y de la técnica de supervisión de las supervisiones, permiten distinguir, al menos cuatro no-lineales momentos diferenciados:

1. De inicio caracterizado por fuertes fantasías persecutorias, inhibiciones lúdicas y tensión corporal. La comunicación es radial y denota grandes temores para vincularse con los otros, miedo a la peligrosidad del mundo externo y pronunciados sentimientos de inadecuación. La tarea de los terapeutas es escuchar, contener el dolor psíquico y ayudar a descubrir que pueden compartirlo con sus compañeros/as. En este contexto, la utilización de los recursos auxiliares, como el dibujo libre con sus dos momentos, permite la recolección transferencial y facilita la externalización e interpretación de los conflictos intrapsíquicos que emergen y son proyectados en los momentos iniciales de la instancia grupal.

2. Paulatinamente, las inhibiciones disminuyen, la transferencia comienza a circular entre todos (pacientes y terapeutas) y cada integrante. Es un momento grupal en el que en una misma sesión se oscila entre el agruparse o configurar parejas en lucha por el liderazgo y luego, antes de terminar la sesión, reunirse en un juego compartido. La lucha por el liderazgo lleva al grupo a la expresión de la agresión. Las actividades se intercalan con acting-out, es necesario que estos últimos sean interrumpidos por los/las terapeutas ayudando a transformar la agresión en intercambios lúdicos y dar lugar a pensar en alternativas. En otras palabras, sostener la norma básica “no dañarse ni dañar a otros” es lo que permite la expresión de sentimientos de inadecuación, desvalimiento y tensiones relacionales.

3. Las luchas disminuyen, se extienden los tiempos de juegos compartidos, las narrativas se prolongan e incrementan los lenguajes de colaboración e intimidad. Los intercambios ponen en juego un abanico de sentimientos afectuosos que dan cuenta de ampliaciones en los procesos de mentalización en el reconocimiento de la alteridad intersubjetiva.

4. En el momento de despedida por vacaciones y culminación del tratamiento se movilizan las fantasías y emociones en relación a sus propias historias de abandono, lo que posibilita trabajar en el “aquí y ahora” la angustia de separación.

El trabajo psicoterapéutico de grupo con niños, pone en relieve la necesidad de continuar investigando tanto sobre sus alcances terapéuticos en sí mismo como en la relevancia central que adquieren los pares en la constitución subjetiva. Desde este posicionamiento Rodulfo (2012, p. 68) nos dice:

Lo que alimenta y hace crecer espléndidamente esta red de lazos y atracciones entre pares es el jugar juntos. De ese rico tejido, surge un elemento tan esencial para la salud psíquica como el que nos hace sentir que pertenecemos a un grupo, al grupo de los humanos, la categoría del nosotros. (Rodulfo, 2012, p. 68)

Al interior de la psicoterapia de padres y madres. El grupo se construye a sí mismo

Trabajar con ma/padres para proteger al niño/a es un complejo escenario clínico con derecho propio. Los grupos, focalizados en la problemática relacional parental, tienen como objetivos centrales: (1) Explorar y promover el contacto emocional con los aspectos intersubjetivos subsumidos en la sintomatología que presenta el niño/a. (2) Profundizar en el interjuego de las identificaciones proyectivas. (3) Trabajar con los focos conflictivos de la relación con el/la hijo/a (4) Promover una lectura de las vicisitudes del sufrimiento psíquico transversalizada por las peculiaridades propias de las niñeces, con sus concomitantes diferenciaciones y complejidades. El constructo foco es definido como una organización compleja pero eminentemente empírica que se construye en el aquí y ahora con el/la paciente, en donde se establece el punto nodal o eje de la problemática centralizada en las vicisitudes de la parentalidad. Operativamente el mismo puede aparecer explícitamente condensado en el motivo de consulta y en sus diversos momentos de expresión a lo largo del tratamiento.

El trabajo grupal focalizado en la parentalidad configura un setting apropiado para la realización de dichos propósitos. A partir de experimentar vivencias relacionales de comunicación positiva, favorece la expresión y elaboración de sentimientos de inadecuación, ligados a experiencias frustrantes introyectadas que no pudieron ser lo suficientemente transformadas.

En el grupo de madres/padres, las verbalizaciones del terapeuta, se orientan según el denominado continuo interpretativo que abarca: 1- Preguntas, destinadas a ampliar la información de lo que se relata o muestra. 2- Reflejo, el/la terapeuta hace de espejo o traductor del material pre-verbales. 3- Señalamientos, procuran estimular el desarrollo de una nueva manera de percibir la experiencia y llamar

la atención sobre los componentes significativos de la misma. Sientan las bases para la comprensión que coadyuva al desarrollo de la capacidad de insight. 4- Clarificación, reformulaciones del relato para despejar y recortar los elementos significativos. 5- Confirmaciones y rectificaciones, las primeras tienden a contribuir a la confianza del/la paciente en sí mismo/a. Las segundas buscan poner en relieve los escotomas del discurso por el estrechamiento de la conciencia. 6- Confrontación, apoyados en la narrativa, más que en la transferencia, se intenta llegar hasta lo implícito inconsciente. 7- Interpretación, verbalizaciones de los contenidos inconscientes en términos de defensa y resistencias actualizadas en la transferencia con el terapeuta (Fiorini, 2002). Además, se incluyen un conjunto de recursos, guiados por el sustrato relacional teórico, que resultan necesarias en determinados momentos, entre ellas proveer y reiterar explicitaciones del contrato, información y sugerencias pertinentes. En las verbalizaciones del/la terapeuta se articulan combinaciones, infinita e irrepetible, que atañen a las características personales de los/as integrantes, del grupo como todo, de sus momentos y dinámica. En síntesis, están implicadas la modalidad y experiencia del terapeuta en conjunción con la multiplicidad de fenómenos transferenciales y no transferenciales que acontecen en el transcurrir del tratamiento.

Los estudios empíricos de proceso terapéutico, desarrollados permiten sistematizar interrelaciones entre dinámica grupal y funciones del terapeuta, tal como se señala a continuación.

Los primeros momentos del proceso terapéutico están destinados a la construcción del grupo en sí mismo, predomina la dependencia y la distancia emocional respecto de la problemática que motiva la consulta. El discurso sobre el conflicto relacional está marcado por la ambivalencia y las dificultades para captar los sentimientos del hijo/a y/o las relaciones existentes entre las temáticas familiares y los síntomas que motivaron la consulta.

En el transcurrir grupal, la confianza creciente y el intercambio emocional entre los integrantes abre un espacio para compartir emociones negativas en un marco de intimidad. Lo cual estimula el emerger de nuevas visiones sobre la problemática que presenta el/la hijo/a que se articulan con revisiones de la propia historia infantil. El contacto emocional con el propio sufrimiento, vivenciado tanto en el pasado como en el presente, promueve la búsqueda de nuevas alternativas relacionales. En esta dinámica es importante que el/la terapeuta, con sus verbalizaciones, estimule en el aquí y ahora nuevas ligaduras entre pasado y presente. Enlaces que, según los estudios de proceso terapéuticos realizados, emergen en interdependencia con dinámicas grupales. Cuando los/as integrantes del grupo se sienten aceptados, pueden manifestar diferencias y semejanzas entre ellos (cohesión); y comunicar la impresión que despiertan los otros (feedback).

En consecuencia, la función del terapeuta se centra en: •apoyar el fluido intercambio entre los integrantes; •reunir elementos de la narrativa de cada uno/a dándole un sentido en el conjunto; •analizar las situaciones focalizando la problemática del/a hijo/a; •señalar la ambivalencia; •confrontar aspectos disociados; •atender a los movimientos regresivos y necesidades de dependencia que emergen en ciertos pasajes de la sesión, que requieren un papel más directivo; •alojar la transferencia radial (terapeuta-paciente) y, simultáneamente, promover la transferencia grupal.

El proceso terapéutico, con sus movimientos progresivos y regresivos, se configura en una matriz de contención de los movimientos regresivos y promueve una progresión al crear un espacio mental de discriminación grupal. Esto permite a sus integrantes ubicarse como sujetos activos, potentes, esperanzados, capaces de hacer frente al sufrimiento, y avizorar nuevas posibilidades relacionales tanto con el hijo/a y como con el mundo que los rodea.

A modo de cierre y apertura

La sistematización del diseño terapéutico modelizado, remite a un enfoque psicoanalítico relacional del psiquismo, con sus configuraciones y reorganizaciones suscitadas en los devenires siendo que se trazan a lo largo de la vida. En la mente del analista están siempre presente los sinuosos y complejos procesos que giran en torno a las necesidades de fusión/ separación, discriminación yo/no yo, interno/ externo, conocido/ desconocido, privado/ público que habitan la vida íntima de las identificaciones proyectivas en los entramado familiares, epocalmente situados.

Hijos e hijas son una invitación para deconstruir y reconstruir las complejas organizaciones psíquicas de madres y padres. Proponen nuevas oportunidades de elaboración y conjuntamente encienden los retornos de los contenidos resistentes a ser simbolizados y transformados, habitantes de los enredados tejidos transgeneracionales.

Los síntomas van más allá de conflictos entre los deseos y las defensas, ellos responden a configuraciones relacionales cargadas de sufrimientos que encuentran formas de expresión indirectas, fuera de su lugar, disfrazadas y encubiertas.

La modalidad terapéutica inicia con una fase diagnóstica individual, centrada en el estudio de la problemática del niño/a, el entramado relacional identificatorio familiar, los conflictos vinculares y la recolección de los primeros movimientos transferenciales-contratransferenciales, que impregnarán de un modo u otro, la dinámica terapéutica grupal.

El diagnóstico así concebido y consecutivamente los grupos paralelos, al operar como soportes mutuos, permite situarse en el centro mismo del desarrollo, en términos de:

- Atender la conflictiva que presenta el/la niño/a, desentrañar cómo se fueron construyendo los síntomas en los entramados identificatorios de las relaciones intersubjetivas.

- Simultáneamente focalizar el tratamiento en las vivencias y funcionamiento psíquicos que surgen frente a la parentalidad. Abrir un espacio para contener la elaboración de problemáticas que emergen en la relación con sus hijos/as como producto de conflictos y/o carencias vividas por los padres en su infancia. En otras palabras, promover una transmisión generacional menos traumática.

Bibliografía

Bion, W. (1972). *Experiencias en Grupos*. Paidós.

Bleichmar, H. (1997). *Avances en Psicoterapia psicoanalítica: Hacia una técnica de intervenciones específicas*. Paidós.

Bretherton, I., Ridgeway, D. & Cassidy, J. (1990). Assessing internal working models of the attachment relationship: An attachment story completion task for 3-year-olds. In M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Eds.), *The John D. and Catherine T. MacArthur Foundation series on mental health and development. Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (p. 273–308). University of Chicago Press.

Coderch de Sans, J. y Plaza Espinosa, A. (2016). *Emoción y relaciones humanas. El Psicoanálisis Relacional como Terapéutica Social*. Ágora Relacional

Fiorini, H. (2002). *Teoría y técnica de psicoterapias* (19. ed. revisada y ampliada). Buenos Aires. Nueva Visión.

- Fontao, M., Taborda, A., Toranzo, E. Ross, T & Mergenthaler, E. (2011). Estudio de procesos terapéuticos en un grupo de padres en el abordaje de grupos paralelos. *Revista de Psicopatología y salud mental*. 17, 19-26. Premio SEPYPNA España.
- Fontao, M.; Taborda, A.; Toranzo, E.; Mergenthaler, K.; Ross, T. (2011). Gruppenprozesse in einer Fokalthherapie mit Müttern: Eine Pilotstudie über den psychodynamischen Ansatz zu psychotherapeutischen Parallelgruppen von Eltern und Kindern in Argentinien. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*.: Vandenhoeck & Ruprecht, 38 - 52.
- Labin, A. Taborda, A. Piola, M.B. y Pierrehumbert, B. (2019). *Versión argentina del CCH*: https://sites.google.com/site/bpierreh/accueil_en_sp/argentina_cch
- Labin, A.; Taborda, A.; Cryan, G.; Sadurní, M.; Moretti, M.P.; Martínez, M.L. Videla Pietrasanta, A.; Piorno, M.N.; Leporati, J.; Pierrehumbert, B. (2022). *CaMir Fundamentos teóricos y directrices para su administración e interpretación en la Argentina*. Nueva Editorial Universitaria. <http://www.neu.unsl.edu.ar/wp-content/uploads/2022/06/CaMir.pdf>
- Rodulfo, R. (2012). Cinco instancias de Subjetivación en la infancia y niñez contemporáneas. En A. Taborda y G. Leoz (Comps) *La Psicología Educativa en el contexto de la clínica socioeducativa*. Nueva Editorial Universitaria. <http://www.neu.unsl.edu.ar/wp-content/uploads/2018/03/Taborda1.pdf>
- Taborda, A., Díaz, H., Abraham, M., & Toranzo, E. (2008). Abordaje psicoterapéutico psicoanalítico. Aportes empíricos para la revisión crítica del diagnóstico de Déficit Atencional y su tratamiento (Premio otorgado por la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, Mención Especial 2008). En *Dispositivos en Salud Mental. Aportes de la Psicología* (pp. 81-101).

- Taborda, A., & Toranzo, E. (2009). Estudio piloto comparativo de dos abordajes psicoterapéuticos psicoanalíticos. En *Memorias Psicología y sociedad contemporánea: Cambios culturales* (pp. 114-116). Buenos Aires: Departamento de Publicaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.
- Taborda, A. (2010). Trabajo con imágenes en el proceso diagnóstico de niños. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 49, 173-185. <https://www.sepypna.com/documentos/articulos/trabajo-imagenes-diagnostico-ninos.pdf>
- Taborda, A., Barbenza, C. y Brenlla, M.E. (2011). *Adaptación argentina del WISC-IV Wechsler. Escala de Inteligencia de Wechsler para niños cuarta edición (WISC-IV)*. Paidós.
- Taborda, A. y Toranzo, E. (2017). *Psicoanálisis relacional de las dificultades atencionales. Diagnóstico y Psicoterapia de niños y padres*. Nueva editorial universitaria. <http://www.neu.unsl.edu.ar/wp-content/uploads/2018/03/Psicoanalisis-Racional-Taborda-Toranzo.pdf>
- Taborda, A. (2020). MADRE GRUPO Construcciones psíquicas en los jardines maternos. Nueva editorial universitaria. <http://www.neu.unsl.edu.ar/wp-content/uploads/2020/05/MADRE-GRUPO-JARDIN.pdf>
- Taborda, A. y Labin, A. (2023). Revisitando el concepto de niñeces desde un enfoque psicoanalítico relacional epocalmente situado. En Diana Altavilla (compiladora) *DESVALIMIENTO Y REPARACIÓN. Ética para un psicoanálisis situado*. EntreIdeas
- Taborda, A. y Labin, A. (2024). Niñeces. Co-construcciones diagnósticas desde un enfoque psicoanalítico relacional. En A. Taborda (compiladora) *Complejidades subjetivas del aprender. Desafíos y Estrategias Psicoanalíticas en Tiempos de Desamparos Colectivos*. Nueva Editorial Universitaria. <http://www.neu.unsl.edu.ar/wp-content/uploads/2024/05/Complejidades-subjetivas-de-aprender.pdf>

- Torras De Beà, E. (1996) Grupos de hijos y de padres en psiquiatría infantil psicoanalítica. Paidós
- Trevarthen, C. (1998). The concept and foundations of infant intersubjectivity. En S. Braten (Ed.), Intersubjective communication and emotion in early ontogeny. Cambridge: Cambridge University Press.

Capítulo 5

Historia y fundamentos de la psicoterapia grupal psicoanalítica en la clínica de las niñas

Glenda Cryan

Introducción

El objetivo de este capítulo es presentar los fundamentos de la psicoterapia grupal psicoanalítica en la clínica de las niñas, a partir de considerar los aportes de los principales autores en el área.

La clínica de niñas y niños presenta características específicas que consideran las lógicas propias de esta etapa del desarrollo. Ahondar en los fundamentos de la psicoterapia grupal psicoanalítica resulta pertinente para conocer este abordaje específico que aborda los conflictos intrapsíquicos e intersubjetivos en un marco de contención que facilita los cambios terapéuticos.

En líneas generales, este proceso terapéutico grupal tiene el potencial de crear, en el continuum espacio-temporal del continente grupal, una matriz interaccional sostenedora, generadora y reguladora de actividad psíquica, de procesos de mentalización, relacionales y vinculares que se desarrollan en el discurso grupal a través de experiencias e interacciones “entre”

iguales, incluyendo las del juego terapéutico, que representan un factor psicoterapéutico nuclear en la psicoterapia de grupo con niños (de la Hoz-Martínez, 2022).

Diversas investigaciones han demostrado los crecientes beneficios de la psicoterapia de grupo (Fuhrman y Burlingame, 1994; McRoberts et al., 1998b; Tschuschke, 1999), destacando los resultados positivos en diferentes desórdenes psicológicos tanto leves como agudos (Gil Escudero y Rodríguez Zafra, 2022). A pesar de la rica historia teórica y clínica de la psicoterapia psicodinámica de niños y adolescentes, la evaluación empírica de su eficacia ha sido demostrada en los últimos años, especialmente para los trastornos internalizantes como la depresión y la ansiedad, así como para el tratamiento de trastornos de personalidad emergentes y de niños/as que experimentan adversidades (Midgley, Mortimer, Cirasola, Batra y Kennedy, 2021).

A continuación, se presentan las principales conceptualizaciones de la psicoterapia de grupo desde sus inicios, destacando a los pioneros y a los aportes que se han realizado en nuestro país. En relación con la psicoterapia de grupo para niños y niñas, se abordan los principales aportes que se han realizado desde el psicoanálisis que permiten comprender por qué este marco teórico-clínico es uno de los más elegidos en la actualidad.

Psicoterapia de grupo: su inicio y principales conceptualizaciones

La psicoterapia de grupo fue iniciada por Pratt (1906) que introdujo el sistema de “clases colectivas” en una sala de quince pacientes tuberculosos en 1905. Su técnica se denominó *Terapia Exhortativa Personal* y apuntaba a valerse de las emociones colectivas sin tratar de comprenderlas; de esta manera, el grupo era empleado como un medio expeditivo y económico capaz de influir a numerosas personas a través de la idealización del terapeuta (Grinberg, Langer y Rodríguez, 1961). En este sentido,

se considera que Pratt fue el primero en utilizar el grupo con fines terapéuticos, promoviendo tanto el estímulo grupal y la dependencia con el líder como la emulación y la competencia entre los enfermos.

Entre los *pioneros* en realizar psicoterapia de grupo, se destacan los aportes que han realizado Lazell, Burrow, Adler, Metzl, Marsh y Dreikurs. En este sentido, Rutan y Stone (1993) resumen los fines terapéuticos que se plantearon quienes comenzaron con este tipo de práctica grupal entre 1919 y 1930. En principio, afirman que Lazell fue el primero en asistir a pacientes psiquiátricos en grupos (principalmente esquizofrénicos) en 1919, que Burrow asistió a pacientes neuróticos en grupos en 1920 y que Adler a partir de su teoría acerca del hombre como una criatura enteramente social fue el primero en realizar grupos con pacientes en 1921. Hacia el final de la década del treinta aparecen nuevas aplicaciones de estas experiencias grupales, entre las que se cuentan las de Metzl que fue el pionero en técnicas grupales para alcohólicos en 1927, las de Marsh quien presidió grupos de conferencias en 1930 y las de Dreikurs que condujo los primeros grupos de terapia privada en 1930.

Entre los que sentaron las bases de una psicosociología de los pequeños grupos, se destacan las conceptualizaciones de Freud y Durkheim (Romero, 1996). En este sentido, Freud (1921c) fue quien estableció y esclareció las relaciones entre el líder y el grupo, a través de su concepción del Ideal del yo y de los enlaces libidinales que regulan la existencia de cualquier agrupamiento. Por su parte, Durkheim (1912) se interesó por el estudio de grupos específicos tales como la familia, la escuela y los sindicatos. Es interesante considerar el concepto de “dinámica social”, ya que el mismo contribuyó a la comprensión de los procesos colectivos y a la relación entre los miembros individuales de la sociedad y la sociedad misma.

Entre los principales autores en el campo de la *psicoterapia de grupo* se encuentran Moreno, Lewin, Rogers, Pearls y von Bertalanffy. El principal aporte de Moreno (1966) fue la creación del psicodrama en 1911 como un instrumento terapéutico. La técnica del psicodrama propuesta por el autor apunta a que se produzca una catarsis y una dramatización de los conflictos psicológicos del paciente frente a un equipo especializado de psiquiatras y asistentes que ofician de “yo auxiliares”. Por su parte, Lewin (1951) desarrolló el concepto de microsociología. En este sentido, el autor comenzó a realizar grupos pequeños en situaciones donde el objetivo no era el alivio de la psicopatología sino la aplicación del concepto de campo de fuerzas para el desarrollo de la personalidad. Entre los autores que conformaron lo que se denominó escuelas de “Potencial Humano”, se destacan Rogers (1970) y Pearls (1969), quienes introdujeron nuevas técnicas que propiciaron formas de trabajo no verbal en la labor con grupos. Los grupos de encuentro desarrollados por Rogers y la terapia gestáltica desarrollada por Pearls se basaron en el principio de la no directividad. Por último, von Bertalanffy (1966) a partir de la Teoría General de los Sistemas, introdujo un modelo para examinar las interrelaciones entre lo intrapsíquico, lo interpersonal, el grupo como un todo y los aspectos sociales del tratamiento del grupo.

Entre los pioneros de la *psicoterapia psicoanalítica de grupo*, se encuentran Foulkes, Bion y Ezriel. En primer lugar, Foulkes (1948), influenciado por la teoría clásica de la Gestalt, conceptualiza al grupo terapéutico como un campo intermedio entre el aislamiento absoluto del análisis individual y la vida diaria, abierta a la irrupción de las más diversas impresiones y personajes. El autor sostiene que una función del grupo terapéutico, derivada de esta posición intermedia, consiste en la adaptación del paciente a la vida cotidiana a partir de la experiencia grupal, ya que la misma provee la oportunidad de descubrir similitudes y diferencias entre los miembros a través de la comparación de uno con los otros. Otro de los principales

autores que se destaca en este campo es Bion (1960) quien entiende que la vida de un grupo se realiza en dos niveles. El primer nivel es el grupo de trabajo, el cual se vincula con lo manifiesto, con la relación directa con la realidad objetiva, con lo consciente y con la tarea. El segundo nivel es el grupo de supuesto básico, el cual se vincula con lo implícito, lo irracional, lo inconsciente y lo dominado por las fantasías. El concepto de supuestos básicos es una de las ideas fundamentales en la obra de Bion, quien destaca la existencia de tres tipos: dependencia, ataque-fuga y apareamiento. Estos supuestos básicos responden a su líder y sirven como modalidad de expresión de las fantasías del coordinador, además de dicotomizar la vida del grupo y dar preponderancia a los elementos afectivos. Por último, Ezriel (1973) distingue la situación transferencial como peculiar a la situación terapéutica. En este punto entiende que la tensión grupal común de la cual el grupo no es consciente es la que determina su conducta y, a su vez, representa las fantasías inconscientes dominantes de todos los miembros del grupo. Destaca que el analista del grupo debe preguntarse constantemente qué clase de relación está tratando de establecer cada uno de los miembros en el “aquí y ahora”.

Asimismo, en el campo de la psicoterapia psicoanalítica de grupo, se destacan los aportes de Slavson, Wolf y Schwartz, Glatzer, Durkin, Newcomb y Cooper y Gustafson. Los principios de los conflictos intrapsíquicos fueron destacados por Slavson (1950) por un lado, y por Wolf y Schwartz (1962) por otro, quienes no sólo le otorgaron gran importancia, sino que también los trasladaron al modelo psicoanalítico en la situación de terapia grupal. Estos autores propusieron que el grupo provee una situación donde tiene lugar la regresión, seguida de la elucidación de las transferencias y resistencias que luego se vuelven accesibles a la interpretación. En este sentido, la presencia de otros miembros del grupo permite exponer una variedad de relaciones que amplían el contexto en el cual los problemas intrapsíquicos del paciente pueden ser examinados. Por lo tanto,

en este contexto los pacientes aprenden a comprender el significado latente de sus interacciones y pueden hacer interpretaciones entre ellos mismos, por lo cual se considera que actúan como terapeutas auxiliares. Por su parte, Glatzer (1953) y Durkin (1964) se focalizaron en estudiar las transferencias y resistencias en la psicoterapia de grupo, utilizando las interacciones que emergen para ayudar a clarificar estos fenómenos. A partir de la teoría psicoanalítica individual inician el establecimiento de una integración significativa con la psicodinámica grupal, en la cual destacan que además de la transferencia a los individuos, existe también el fenómeno de transferencia al grupo. Entre las principales conceptualizaciones que ha realizado Newcomb (1959), se destaca la idea de que es necesario que existan ciertas condiciones básicas para que se constituya un grupo en un momento dado. Las condiciones a las que alude el autor son que el grupo sólo incluye a los miembros que comparten normas acerca de algo en particular y que está formado por personas cuyos “roles sociales” se encuentren estrechamente enlazados entre sí. Asimismo, afirma que, en el grupo terapéutico además de cumplirse ambas condiciones, se requiere una condición específica que es la unión especial o cohesión en su seno tendiente a la consecución de un objetivo común que es la curación. Por último, Cooper y Gustafson (1979) propusieron una teoría general que integra la conducta del miembro individual y la dinámica del grupo. Los autores plantean que los individuos entran al grupo con expectativas conscientes e inconscientes sobre lo que será peligroso y lo que será protector. Por esta razón, ejecutan una serie de pruebas para determinar si vivenciarán los traumas en el presente como lo han hecho en el pasado, entre las que se incluye la tendencia a agruparse en subgrupos que provean seguridad.

En el marco de la **escuela francesa de psicoterapia de grupo**, se destacan los aportes realizados por Anzieu, Bejarano, Kaës, Missenard y Pontalis (1978). Entre las ideas principales de estos autores se incluyen la de comprender al grupo como un sueño, el

inconsciente grupal, el aparato psíquico grupal y el líder como resistencia (Romero, 1996).

El principal exponente de las *teorías interpersonales* fue Yalom (1985), quien considera fundamental el valor terapéutico de “la experiencia emocional correctiva” de las auténticas interacciones humanas que ocurren en el grupo. De esta manera, plantea que tanto la transferencia como el insight son aspectos del aprendizaje interpersonal de menor valor terapéutico. Para el autor, los mecanismos que tienden a ayudar a aprender a los pacientes suelen ser retroalimentados a partir de la validación consensual y de la autoobservación.

Por último, entre los que proponen una *integración jerárquica*, se destacan las ideas de Kernberg y Horwitz. En este sentido, Kernberg (1975) sugiere que el terapeuta de grupo puede elegir las intervenciones más apropiadas tanto para el grupo como para los niveles individuales de funcionamiento de acuerdo con el nivel de desarrollo de psicopatología y de relaciones objetales, que pueden representar conflictos diádicos (envidia) y triangulares (edípicos). En la misma línea, Horwitz (1977) sugiere que el terapeuta de grupo evalúa las habilidades de los miembros del grupo para examinar su funcionamiento dentro del mismo, a través de formulaciones interpersonales e intrapsíquicas. Esto se debe a que los miembros del grupo son emocionalmente capaces de comprender comentarios sobre ellos mismos antes que los comentarios que se refieren a sus relaciones en el seno grupal.

Con respecto a la ***psicoterapia de grupo en Argentina***, las primeras experiencias se realizaron a principios de los años cincuenta, considerándose un momento destacado la fundación de la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo en 1954, lo cual ayudó a que esta disciplina alcance su esplendor en la década del sesenta. El primer presidente de esta institución fue Usandivaras (1982), quien destaca a las personalidades que participaron de este movimiento. Entre las

mismas se encontraban Juan José Morgan y Emilio Rodríguez que eran vicepresidentes de la institución, Jorge Mom que era el secretario, siendo algunos de los primeros vocales Pichón Riviere, Garma y Arnaldo Rascovsky, Salomón Resnik, Marie Langer, Janine Puget, Gilbert Royer, Madelaine Baranger, Marcela Spira, José Bleger, José Luis Muratorio, Alberto Fontana, Francisco Pérez Morales y León Grinberg. Estos autores han realizado valiosos aportes a la comprensión de los procesos grupales, a la aplicación de las técnicas grupales, a la enseñanza universitaria y a diferentes patologías en diversas instituciones de nuestro país. Dado que el desarrollo de los mismos excede la revisión de este apartado, sólo se explicitarán brevemente los aportes de Pichón Riviere acerca de la noción de grupo operativo y la creación de la Escuela de Psicología Social. En este sentido, Pichón Riviere (1975) propone que todo grupo se plantea explícita o implícitamente una tarea que constituye su objetivo o finalidad. De esta manera, la tarea, la estructura grupal y el contexto en el que se relacionan tarea y grupo constituyen una ecuación de la que surgen fantasías inconscientes que siguen el modelo primario del acontecer del grupo interno. La técnica operativa del grupo, independientemente de los objetivos que en el grupo se propongan (diagnóstico institucional, aprendizaje, creación artística, planificación, etc.), tiene por finalidad que sus integrantes aprendan a pensar en una coparticipación del objeto de conocimiento, en el cual se entiende que pensamiento y conocimiento no son hechos individuales sino producciones sociales. Para el autor, el coordinador debe mantener con el grupo una relación asimétrica, que es requerida por su rol específico: el de co-pensor; la tarea que debe realizar consiste en reflexionar con el grupo acerca de la relación que los integrantes del mismo establecen entre sí y con la tarea prescripta.

Es importante destacar en este punto que el esplendor de la psicoterapia de grupo en nuestro país se vio interrumpido en la década del setenta debido a la prohibición de agruparse que regía en la época. Afortunadamente, en la actualidad la psicoterapia de

grupo ha vuelto a ser el marco elegido por muchas instituciones para abordar patologías específicas, lo cual nos obliga a volver a las fuentes de quienes sentaron las bases de esta modalidad de abordaje terapéutico y, de esta manera, resignificar sus aportes.

Psicoterapia de grupo para niños y niñas: principales aportes desde el psicoanálisis

En este apartado se presentará el origen de la creación de la técnica de psicoanálisis de niños y niñas que se sitúa en los comienzos del siglo XX y los principales aportes psicoanalíticos en este campo tanto en el abordaje individual como grupal.

El primero en aplicar la técnica de psicoanálisis de niños y niñas fue Freud (1909) en 1905 para la curación de una neurosis infantil: una zoofobia en un niño de 5 años. En el historial de Juanito corroboró lo enunciado sobre la sexualidad infantil y sobre la importancia del Complejo de Edipo, abriendo de esta manera el camino para la comprensión del lenguaje preverbal. En esta experiencia, Freud mostraba que el niño, aunque no se pudiera expresar totalmente con palabras, era capaz de entender lo que el adulto le decía. De este modo, a través de la comprensión del significado latente de sus juegos, dibujos, sueños, ensueños y asociaciones, la interpretación resultaba tan eficaz como en el tratamiento de adultos.

Partiendo de estos hallazgos, diversos autores buscaron la forma de aplicar el *psicoanálisis individual al tratamiento de niños y niñas*, entre cuyos pioneros se encuentran Hug-Hellmuth, Morgenster y Rambert. En primer lugar, Hug-Hellmuth (1921) buscó superar las dificultades de lograr asociaciones verbales que suele presentarse en el tratamiento con niños y niñas. La técnica que utilizó comprendía la observación del juego de sus pacientes y el juego con ellos dentro de su propio ambiente. En la misma línea, Morgenster (1937) estudió los cuentos, los sueños, los ensueños, los juegos y los dibujos infantiles con el objetivo de buscar el contenido latente oculto bajo el contenido manifiesto. Su principal contribución es el valor que le ha otorgado al método

de análisis infantil mediante dibujos. Por último, Rambert (1938) expuso una técnica nueva para el análisis de niños y niñas que consistía en un juego con títeres con personajes típicos.

Luego de estos ensayos, aparecieron los libros técnicos de Anna Freud y Melanie Klein. Freud, A. (1927) sostiene que la situación del/la niño/a frente al tratamiento analítico es diferente a la del adulto, ya que el/la niño/a no tiene conciencia de enfermedad ni deseos de curarse, ya que, por lo general, no padece las consecuencias de sus trastornos, no viene al análisis por libre decisión y no da asociaciones verbales. En este sentido, la autora considera que parte de estas dificultades se salvan realizando una labor previa que ponga al niño/a en situación de afrontar el análisis y que tienda a que el/la niño/a comprenda el esfuerzo analítico y la finalidad terapéutica a través de los conceptos de conciencia de enfermedad y deseos de modificar su estado. Los recursos que utiliza en su trabajo analítico incluyen la interpretación de los sueños, los sueños diurnos y los dibujos, haciendo restricciones a la utilidad del juego como elemento para el análisis. Por su parte, entre los aportes más importantes que ha realizado Klein (1929, 1932) en esta área se encuentra la idea de que, por el mecanismo de la identificación proyectiva, los/las niños/as hacen transferencias positivas o negativas, por lo tanto, sugiere poner especial énfasis en la interpretación de las mismas. Para poder abordar terapéuticamente a niños/as, la autora basa su técnica en la utilización del juego, ya que entiende que al jugar el/la niño/a vence realidades dolorosas y domina miedos instintivos proyectándolos al exterior en los juguetes, mecanismo que es posible porque muy tempranamente tiene la capacidad de simbolizar. Entre sus principales conceptualizaciones teóricas, se puede mencionar la existencia de relaciones de objeto tempranas, la teoría de las posiciones esquizo-paranoide y depresiva y los desarrollos acerca de la envidia.

Con respecto a la aplicación de la *psicoterapia de grupo con niños/as*, los primeros desarrollos datan de la década del

cuarenta. Entre los pioneros se encuentran Slavson, Anzieu, Foulkes y Anthony, Ginott, Axline y Schiffer. En primer lugar, el mayor mérito de Slavson (1943) fue haber desarrollado una teoría y una técnica de la psicoterapia de grupo para aplicar en niños y niñas de 5 a 13 años. En este punto, el autor distingue dos tipos de grupos de acuerdo con la edad de los individuos que los componen: por un lado, los grupos de juego que están integrados por niños y niñas pequeños, y por otro lado, los grupos de actividad que nuclea a niños y niñas de 9 a 13 años aproximadamente. Su consideración de grupo terapéutico se basa en la idea de un agregado de individuos que se tratan al mismo tiempo, pero cuyos problemas deben investigarse y esclarecerse separadamente. De esta manera, el grupo se convierte en un medio para la actuación individual que proporciona una experiencia en la cual se pueden modificar sentimientos y actitudes. Por su parte, Anzieu (1961) intentó unir el psicodrama y el psicoanálisis en los grupos de niños, niñas y adolescentes, proponiendo que el psicodramatista interviene ayudando al niño/a a encontrar un tema, a comenzar la representación y a interpretar el rol elegido. En este sentido, las consignas (narrar la historia, distribuir roles, representar) significan transposiciones de las reglas fundamentales de no omisión y de abstinencia. Para el autor, la verdadera interpretación psicodramática es la que se lleva a cabo en la representación, que se realiza a través de dos modos (hablada o actuada) y que puede tener lugar tanto desde un rol como desde una explicación del comportamiento. En contraposición a las conceptualizaciones de Slavson acerca de la psicoterapia de grupo, Foulkes y Anthony (1964), desde una perspectiva psicoanalítica, afirmaron que la validez del tratamiento reside en el análisis del grupo y no en el análisis del individuo. En este sentido, los autores señalaron la importancia que adquiere la “situación”, que es entendida como un acontecimiento total cuyas partes suman algo menos que el todo; en la misma se observa un estado de fluencia organizado en un sistema de relaciones en las que se despliegan pautas flexibles de

configuración a través de la organización que se da alrededor de uno o varios puntos focales relacionados entre sí. En este contexto, consideran que el terapeuta actúa como observador-participante, lo cual define la actitud semipasiva de aquel que está “detrás del escenario” en el último plano, siendo su actividad principal la interpretación de las defensas. Por su parte, Ginott (1965) se dedicó a trabajar con grupos de juego, integrados con niños/as de 3 a 9 años. Este autor le ha otorgado gran importancia a la interrelación grupal, a partir de considerar que el foco es el tratamiento del niño/a, restándole importancia, de esta manera, a los objetivos y/o a la cohesión del grupo. En esta conceptualización, el rol del terapeuta apunta a interpretar para reflejar los sentimientos del niño/a, que suele trasladarlos a palabras cuando son expresados en actos. Una de las principales innovaciones que propuso Axline (1969) es la aplicación de la terapia no directiva. En este sentido, su propuesta se basa en considerar que el individuo no sólo es capaz de resolver satisfactoriamente sus propios problemas, sino que además ese impulso es lo que hace a la conducta madura más satisfactoria que la inmadura. De esta manera, el énfasis en el tratamiento debe ponerse en el clima de permisibilidad y aceptación del niño/a, ya que es el mismo quien conduce la terapia con sus aportes lúdicos o verbales espontáneos. En este contexto, el terapeuta no debe preguntar, sugerir, aconsejar ni elogiar, así como tampoco adelantarse a interpretar lo que el/la niño/a está por manifestar. Por último, Schiffer (1971) quien experimentó con grupos de niños/as entre 6 y 9 años, advirtió que cuando se trabaja con niños/as se hace necesario realizar un mayor número de intervenciones por parte del terapeuta. En este punto, entiende que el terapeuta tiende a ser permisivo, ya que aquellas conductas que habitualmente son consideradas inaceptables en otros ámbitos, en la terapia grupal deben ser toleradas. La intervención del terapeuta frente a estas conductas sólo tiene lugar cuando la tolerancia a la frustración de cualquier miembro del grupo o del

grupo mismo está amenazada con el objetivo de protegerlos del daño que se pudiera ocasionar.

Con respecto a la ***psicoterapia de grupos de niños/as en Argentina***, los primeros desarrollos se realizaron alrededor de 1956 en el Instituto de Neurosis y los Hospitales Británico y de Niños. Una de las pioneras en esta área fue Aberastury (1951, 1958, 1962, 1971, 1972), quien tomó contacto con una niña de 8 años en el año 1937 en una sala de espera cuando la misma acompañaba a su madre a un tratamiento psiquiátrico. A partir de su experiencia clínica comenzó sus trabajos de odontopediatría en 1957, haciendo posible la comprensión del profundo significado que posee la boca desde el nacimiento y las piezas dentarias desde el momento de su aparición. Asimismo, comprendió que era necesario elaborar una técnica en la que las madres pudieran consultar regularmente y con frecuencia y en la que fuese posible interpretar y usar la transferencia tanto positiva como negativa. De esta manera, comenzó a realizar grupos paralelos de madres en 1958 con el objetivo de poder analizar los conflictos con los hijos en vez de dar consejos. La autora afirma que en estos grupos de padres y madres se interpreta fundamentalmente la relación con los hijos y con el terapeuta y que la combinación de psicoterapia en grupo para padres y para niños/as con terapeutas diferentes ha dado excelentes resultados en niños/as que presentaban ansiedades patológicas que hacían imposible el tratamiento odontológico. Sus ideas principales acerca del psicoanálisis de niños/as se basan en considerar que el mismo apunta a buscar la modificación intrapsíquica, la cual puede ser diferente en cada caso pero que en líneas generales se orienta al fortalecimiento del yo, a la disminución de la severidad del superyo, a la flexibilidad en el uso de las defensas, a la aparición de la ansiedad, la culpa y la conciencia de conflicto, a la capacidad de tolerar frustraciones, al uso de mecanismos de defensa normales indispensables para la adaptación al medio, etc. Por lo tanto, considera que el trabajo analítico en estas áreas traería aparejado la modificación en la conducta del niño/a. Por

último, es importante destacar lo que plantea en relación a los límites para la acción de la psicoterapia, ya que entiende que éstos provienen no sólo de un cuerpo o de una mente muy lesionados sino también de un medio socioeconómico y familiar muy lesionante.

Entre los terapeutas que se iniciaron en esta tarea en nuestro país, Sirlin y Glasserman (1974) destacan a Rojas Bermúdez, Salas Subirat, Resnik, Pavlovsky y Giordano. En líneas generales, los fundamentos teóricos que sustentan su técnica incluyen el psicoanálisis, la teoría de los pequeños grupos y la psicoterapia grupal de adultos. El elemento básico del proceso grupal es la interpretación de los contenidos inconscientes que aparecen en la actividad lúdica, el análisis de la transferencia y las resistencias. Las autoras proponen como objetivos generales de la psicoterapia de niños/as la posibilidad de lograr que el paciente madure emocionalmente, tenga un mejor conocimiento de sí mismo, adquiera insight, pueda aceptarse como es, reduzca las defensas patológicas y haga consciente lo inconsciente. El apuntalamiento hacia estos logros le permite al niño/a instrumentar mayores sectores de su vida psíquica y, de esa manera, obtener una óptima capacidad en las diversas áreas de sus interrelaciones. La condición que establecen para alcanzarlo es la reparación de sus objetos internos y la adquisición de un yo maduro, que se percibe en la capacidad de comprenderse a sí mismo, de comprender y compartir con los demás, de dar y recibir y de tener un aceptable nivel de tolerancia a las frustraciones. En esta línea teórica, los grupos son un instrumento eficaz para concretar estas aspiraciones, ya que permanentemente se pueden analizar los constantes cambios de las situaciones vinculares, el tipo de defensa, la calidad de las reparaciones y regresiones y el crecimiento del yo. En este contexto, el terapeuta debe tener una actitud permisiva, acrítica y de aceptación, siendo atributos imprescindibles la flexibilidad, la empatía, la capacidad de dominar una situación con los medios

de que dispone; asimismo debe evitar mostrarse autoritario, idealizar su papel y dejarse embarcar en las ansiedades del grupo.

Discusión

Los diferentes desarrollos presentados a lo largo de este capítulo nos muestran el valor de la psicoterapia de grupo en la clínica de niños/as, desde su creación a la investigación minuciosa de los primeros escritos descriptivos. A partir de la experiencia clínica en un campo desconocido hasta ese momento, numerosos autores han sentado las bases del tratamiento grupal, considerado en la actualidad como el marco de referencia preferencial de esta etapa del desarrollo debido a la comprobada eficacia terapéutica del mismo.

Uno de los pilares de la clínica con niños/as implica partir del supuesto de que tanto la presencia de crisis en el desarrollo como la aparición de los síntomas que motivan la consulta tienen lugar en el seno de la familia, esto es, en un grupo familiar. Es en la familia donde se encuentran los otros significativos que serán determinantes en la construcción del aparato psíquico, en la estructuración de la subjetividad y en la relación que el/la niño/niña establezca con la cultura. En esta etapa, y ante las tareas a enfrentar, se ponen en juego los recursos psíquicos no sólo del infante sino también de quienes matenan y paternan, de sus propias historias familiares que no han sido elaboradas y que tienden a ser transmitidas transgeneracionalmente. A partir de la importancia del grupo familiar, es que el grupo terapéutico se jerarquiza como modelo para alojar el interjuego de lo intrapsíquico e intersubjetivo en las interacciones entre pares y con el terapeuta.

Si bien no ha sido posible profundizar en cada uno de los autores presentados, esta primera aproximación contiene las ideas centrales de cada uno para que, a partir de su lectura, se pueda ahondar en los desarrollos teóricos y clínicos de este abordaje terapéutico. A su vez, resulta de fundamental importancia rescatar los importantes avances en psicoterapia

psicoanalítica grupal de niños/as realizados en nuestro país para que sean difundidos entre colegas y en futuros profesionales de la salud mental.

Bibliografía

- Aberastury, A. (1951) “Trastornos emocionales en el niño vinculados con la dentición” *Rev. Arg. De Odontología*, vol. 39, N° 8
- Aberastury, A. (1958) “La dentición, la marcha y el lenguaje en relación con la posición depresiva” *Rev. De Psicoanálisis*, XV, N° 1-2
- Aberastury, A. (1962) *Teoría y técnica del psicoanálisis de niños*. Buenos Aires: Editorial Paidós
- Aberastury, A. (1971) *Aportaciones al psicoanálisis de niños*. Buenos Aires: Editorial Paidós
- Aberastury, A. (1972) *El psicoanálisis de niños y sus aplicaciones*. Buenos Aires: Editorial Paidós
- Aberastury, A. & Knobel, M. (1970) *La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico*. Buenos Aires: Editorial Paidós, 1989
- Anzieu, D. (1961) *El psicodrama analítico en el niño*. Buenos Aires: Editorial Paidós
- Anzieu, D., Bejarano, A., Kaes, R., Missenard, A., Pontalis, J.B. (1978) *El trabajo psicoanalítico en los grupos*, Buenos Aires: Siglo XXI en Romero, R. *Grupo, Objeto y Teoría*, Buenos Aires: Lugar Editorial, 1996
- Axline, V. (1969) *Play Therapy*. Nueva York: Ballantine Books
- Bion, W.R. (1960) *Experiences in groups*. New York: Basic Books
- Cooper, L., & Gustafson, J. (1979) “Towards a general theory of group therapy” *Human Relations*, 32, 967–81.

- De la Hoz-Martínez, A. (2022). Niños en psicoterapia de grupo: el discurso grupal del juego terapéutico. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 42, 142, 155-175.
- Durkheim, E. (1912) *Las reglas del método sociológico*. Madrid: Jorro en Romero, R. *Grupo, Objeto y Teoría*, Buenos Aires: Lugar Editorial, 1996
- Durkin, H.E. (1964) *The group in depth*. New York: International Universities Press.
- Ezriel, H. (1973) “Psychoanalytic groups therapy” en Wolberg, L. y Schwartz, E. (ed), *Group therapy*. New York: Stratton Intercontinental Medical Book, pp 183-210
- Foulkes, S.H. (1948) *Introduction to group-analytic psychotherapy*. London: Heinemann
- Foulkes, S.H. & Anthony, E.J. (1964) *Psicoterapia psicoanalítica de grupo*. Buenos Aires: Editorial Paidós
- Freud, S. (1909) “Análisis de la fobia de un niño de cinco años” en *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu Editores 1978-85, vol 10
- Freud, S. (1921c) “Psicología de las masas y análisis del yo” en *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu Editores 1978-85, vol. 18 en Romero, R. *Grupo, Objeto y Teoría*, Buenos Aires: Lugar Editorial, 1996
- Freud, A. (1927) *Psicoanálisis del niño*, Buenos Aires: Imán, 1949
- Fuhriman, A. y Burlingame, G. M. (1994). Group psychotherapy: research and practice. *Handbook of group psychotherapy: An empirical and clinical synthesis* (pp. 3-40). Wiley.
- Gil Escudero, G. & Rodríguez-Zafra, M. (2022). Revisión de la evidencia sobre la efectividad de la psicoterapia de grupo. *Revista de Psicoterapia*, 33(121), 139-148.

- Ginott, H. (1965) *Between parent and child*. New York: McMillan.
- Glatzer, H.T. (1953) "Handling transference resistance in group therapy" *Psychoanalytic Review*, 40 (1), 36–42
- Grinberg, L., Langer, M. & Rodrigué, E. (1961) *Psicoterapia del grupo*. Buenos Aires: Editorial Paidós
- Horwitz, L. (1977) "A group-centered approach to group psychotherapy" *International Journal of Group Psychotherapy*, 27, 423–439 en Rutan, J.S. y Stone, W.N. *Psychodynamic Group Psychotherapy*. Second Edition, New York: The Guildford Press, 1993
- Hug-Hellmuth, H. (1921) "On the technique of child-analysis" *International Journal of Psycho-Analysis*, 2, 287-305.
- Kernberg, O.A. (1975) "A systems approach to priority setting of interventions in groups" *International Journal of Group Psychotherapy*, 25, 251–275 en Rutan, J.S. y Stone, W.N. *Psychodynamic Group Psychotherapy*. Second Edition, New York: The Guildford Press, 1993
- Klein, M. (1929) "Personification in the play of children". *Int. Journal of Psychoanalysis*, Vol. 10
- Klein, M. (1932) *El psicoanálisis de niños*. Tomo II. Buenos Aires: Editorial Paidós
- Lorentzen, S. (2000). Assessment of change after long-term psychoanalytic group treatment. *Group Analysis*, 33(3), 373-396.
- Lewin, K. (1951) *La teoría del campo en la ciencia social*: Barcelona: Paidós, 1988 en Romero, R. *Grupo, Objeto y Teoría*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1996
- McRoberts, C., Burlingame, G. M. y McCleary, L. (1998b). *Comparative efficacy of individual and group psychotherapy: a meta-analytic perspective*. Brigham Young University.

- Moreno, J.L. (1966) *Psicodrama* Buenos Aires: Hormé
- Morgenster, S. (1937) “Psychoanalyse infantile”, París, traducido en parte en *Rev. De Psicoanálisis*, tomo V, Nº 3
- Newcomb, T. (1959) “Individual Systems of Orientations” en S. Koch, *Psychology: A Study of Science*, pp.384-422. New York: McGraw-Hill.
- Pavlovsky, E. (1974) *Psicoterapia de grupo en niños y adolescentes*. Buenos Aires: Biblioteca General, Centro Editor de América Latina
- Pearls, F. (1969) *Gestalt Therapy Verbatim*. J.O. Stevens Ed., Lafayette, CA: Real People
- Pichón Rivière. E. (1975) *El proceso grupal*. Buenos Aires: Ed. Nueva Visión.
- Pratt, J. (1906) “The “home sanatorium” treatment of consumption”. *Boston Medical Surgical Journal*, 154, 210–216
- Rogers, C. (1970) *Grupos de encuentro*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1990
- Romero, R. (1996) *Grupo, Objeto y Teoría*. Vol. 1. Buenos Aires: Lugar Editorial
- Rutan, J.S. & Stone, W.N. (1993) *Psychodynamic Group Psychotherapy*. Second Edition. New York: The Guildford Press
- Rambert, M. (1938) “Une nouvelle technique en psychoanalyse infantile: le jeu des guignols” *Revue Francaise de Psychoanalyse*, vol X
- Schiffer, M. (1971) *The Therapeutic Play Book*. Londres: George Allen and Unwin
- Sirlin, M.E. y Glasserman, M.R. (1974) *Psicoterapia de grupo en niños*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión

- Slavson, S.R. (1943) *An introduction to Group Psychotherapy*, New York: The Commonwealth Fund
- Slavson, S.R. (1950) *Analytic Group Psychotherapy*. New York: Columbia University Press
- Tschuschke, V. (1999). Gruppentherapie Versus Einzeltherapie: Gleich wirksam?. *Gruppenpsychother Gruppendyn*, 35, 257-274.
- Usandivaras, R. (1982) “Historia de la Psicoterapia de Grupo en la Argentina”, *Revista de Psicología y Psicoterapia de Grupo*, vol. V, Nº 1. pp 17-24
- von Betalanffy, L. (1966) “General system theory and psychiatry” en S. Arieti (Ed.) *American handbook of psychiatry* (pp. 705-721) New York: Basic Books
- Wolf, A. & Schwartz, E. (1962) *Psicoanálisis en grupo*. México :Edit. Pax., 1967
- Yalom, I.D. (1985) *The theory and practice of group psychotherapy*. Third Edition. New York: Basic Books



La psicoterapia psicoanalítica en las niñeces es un terreno complejo y en constante evolución. Este libro, al poner en diálogo fundamentos teóricos con un abanico de recursos terapéuticos, ofrece una visión actualizada sobre diversas facetas de la clínica con niños, niñas y padres. La obra recorre aspectos nodales para referir heterogéneas vicisitudes en sus emplazamientos presenciales, virtuales, individuales y grupales.

Esperamos que sirva como fuente de inspiración para aquellos que buscan un marco teórico referencial y modalidades terapéuticas, viables de ser desarrolladas en ámbitos públicos y privados. Las propuestas vertidas a lo largo de estas páginas invitan a replanteos profesionales que conllevan una postura epistemológicamente coherente y respetuosa de las tramas intersubjetivas, siempre en el contexto de sus relaciones significativas y las condiciones sociopolíticas económicas de un tiempo y espacio histórico determinado.

