

# PATOLOGÍAS ACTUALES EN LA INFANCIA: EL TRABAJO CON LOS PADRES EN LA CLÍNICA CON NIÑOS

---

*Gisela Untoiglich\**

## **Resumen**

*Este artículo se propone profundizar en las características de las consultas actuales para aquellos profesionales que trabajamos con los niños y sus padres.*

*¿Cómo comprender las modalidades de padecimiento que afectan a los niños en el presente sin tener en cuenta los atravesamientos histórico sociales que caracterizan este tiempo en el cual vivimos, y cómo impactan en la construcción de su subjetividad?*

*Fragilidad, desamparo, inmediatez, perentoriedad, son marcas de una época, en la cual las patologías ligadas al ser prevalecen. Esto nos invita a revisar los paradigmas vigentes y nos demanda crear nuevas estrategias de abordaje.*

## *Introducción a las patologías actuales*

*“Rogamos no encontrar natural  
aquello que sucede comúnmente”.*  
*Bertolt Brecht*

En este artículo se abordarán las patologías psíquicas actuales en relación a los niños y a los modos de incluir a los padres en el trabajo terapéutico.

Para introducirnos en la temática de las “Patologías actuales” es necesario interrogar a qué alude este concepto, abriendo dos vertientes: por una parte, a qué se denomina “patológico” y, por la otra, a qué se hace referencia con el atributo de “lo actual”.

Las características de los tiempos presentes se ven reflejadas claramente en la realidad mediática. Tiempos efímeros, lógica del video clip, “*mundo multiforme e instantáneo*” -como

---

\* Dra en Psicología, Universidad de Buenos Aires. Tema de Tesis: "Historia libidinal de los niños con dificultades atencionales" 2003/2008. Becaria UBACyT (2003-2007). Docente de Posgrado de la Facultad de Psicología, UBA. Ganadora del Premio Facultad de Psicología 2005 "Aportes de la Psicología a la problemática de la niñez". Libros publicados en colaboración: "Patologías actuales en la infancia. Bordes y desbordes en clínica y educación", "Niños que no aprenden", "Niños desatentos e hiperactivos", "Diagnósticos en la Infancia", entre otros. Lugar de trabajo: Facultad de Psicología Universidad de Buenos Aires. Correo electrónico: gisunt@fibertel.com.ar

describía J. L. Borges en “Funes el memorioso”-, en el cual se diluyen el concepto de historia y la posibilidad de darle un sentido histórico-subjetivo a los acontecimientos vividos.

En esta época atravesada por la inmediatez, ¿cómo distinguir entonces, funcionamientos patológicos de modalidades que podrían corresponder a novedosas conformaciones subjetivas acordes con los tiempos de fluidez?

Es sabido que cada período histórico construye sus propias clasificaciones acerca de lo sano y lo enfermo, de lo normal y lo patológico, y oferta un menú limitado de categorías en las cuales incluirse. Por lo tanto, cada sujeto se enfermará de “lo que puede”, según las coordenadas del tiempo que le toca vivir.

El término “patológico” proviene del griego *pathos*, que fue traducido como enfermedad, pero también posee otra acepción que es, sufrimiento. Sin embargo, esta última cuestión no suele ser tomada en cuenta, sobre todo cuando se trata del padecimiento de un niño. Generalmente se hace referencia a la molestia que les ocasiona a los adultos las conductas del niño, pero pocas veces se aborda el sufrimiento del pequeño.

Con respecto a “lo actual”, la cuestión refiere por un lado a “lo epocal”, es decir, a las coordenadas socio-históricas vigentes, a sus características y configuraciones y, por otra parte, a las llamadas patologías del acto, a las cuales me referiré más adelante.

¿Cómo comprender las modalidades de padecimiento que afectan a los niños en el presente sin tener en cuenta los atravesamientos histórico sociales que caracterizan este tiempo en el cual vivimos, y cómo impactan en la construcción de su subjetividad?

¿Cuáles son las particularidades que signan el hecho de ser niños y padres en esta época?

El concepto de “modernidad líquida” es un término que Z. Bauman acuña a fines de la década del noventa para definir este tiempo histórico, en el cual las instituciones, las funciones, los afectos y por ende los sujetos se vuelven inestables, volátiles y en permanente mutación. Sin embargo, la idealización de la así llamada modernidad sólida, nos ubicaría en una posición melancolizada, en la cual la conclusión con menos revisiones y la más aceptada sería que “todo tiempo pasado fue mejor”.

Lo “líquido” coloca el acento en la provisionalidad y la labilidad como características relevantes de esta época: una precariedad en la que todo resulta fugaz, efímero y transitorio y tiene fecha de caducidad. Los líquidos fluyen, son móviles, no conservan el espacio, ni se atan al tiempo.

La liquidez impacta directamente en la construcción de los lazos intersubjetivos, vulnerando los referentes, valores y significaciones que resultan necesarios para la constitución de las instancias intrapsíquicas (ideal del yo, superyó, etc.) que son su correlato subjetivo. Las consecuencias inmediatas de esta “arquitectura escurridiza” son la fragilidad, la transitoriedad, la precariedad y el desamparo, cuando no el derrumbe. El otro queda ubicado en un lugar de desechable y descartable, lo cual genera una sensación de inestabilidad que ocasiona que se viva permanentemente al borde de la caída.

En esta época de vínculos caracterizados por “que dure lo que tenga que durar” -ya sea en relación a una pareja, un trabajo, una carrera, etc.- cómo pensar entonces, este lazo que es para toda la vida, entre padres e hijos.

Partimos de la idea de que se llega a ser padre o madre en una labor de construcción que se denomina “trabajo de la parentalidad” (Wettengel, L., 2009), que refiere al sostén efectivo y afectivo, a la crianza, a la transmisión de la cultura, los deseos, los miedos y los fantasmas y el índice libidinal que permitirá la transformación de ese cachorro en un sujeto deseante, a lo largo de un período prolongado de tiempo, en el cual habrá que tener la disponibilidad libidinal para que esto ocurra. Esta labor entonces, generará un proceso de transformación tanto en los pequeños como en los adultos, ya que habrá un antes y un después de convertirse en padre ó madre, que se sostendrá a lo largo de la vida.

“Lo actual”, entonces, remite tanto al tiempo histórico que nos toca vivir como al concepto psicoanalítico que se refiere a los pequeños y grandes pasajes al acto, a los fracasos en la posibilidad de simbolizar, o sea a la dificultad de tramitar simbólicamente las situaciones vividas. Llevada esta idea al campo intersubjetivo, es precisamente debido a la falta del necesario amparo proveniente del mundo adulto que el pequeño, en numerosas oportunidades, no encuentra un Otro que lo sostenga y le brinde los elementos para procesar aquellas situaciones que lo exceden en sus posibilidades psíquicas.

Una de las características principales de las consultas actuales es que los sujetos no organizan sus padecimientos al modo de las formaciones inconscientes (síntomas como retorno de lo reprimido, lapsus, etc.), por lo tanto sus sufrimientos no serán fácilmente accesibles por vía de la palabra. Es una clínica en la que predominan las acciones impulsivas, tanto en los padres como en sus hijos, y en la cual faltan las asociaciones o la posibilidad de reflexionar acerca de las situaciones vividas.

*La madre de Christian, un niño de 10 años, a quien la escuela deriva a la consulta por sus dificultades atencionales y por reiterados episodios de violencia sobre sus compañeros, relata: "Trae todo incompleto, yo ya le puse un castigo que es que no va a ir más los fines de semana a la casa del padre. Bueno no sé si eso es un castigo, pero un día me agarró mal y decidí separarlos del padre. Él tampoco fue capaz de acercarse al colegio para ver si sus hijos estaban bien. Todo el mundo me decía que hacía mal en separar a los hijos del padre, hasta que un día me cansé tanto de todo lo que hacía Christian y lo mandé con mi mamá. Y le di una paliza. Yo a mi hijo no le levanto la mano, yo grito. Y me agarró un ataque de nervios y la llamé a mi mamá y me dijo mándalo para acá. Después no sabía cómo hacer para que volviera".*

Como se podrá observar, los hechos se suceden al ritmo de las impulsiones: "actúo, luego existo", se modifica la lógica cartesiana y parecería que lo que otorga existencia es el actuar, ya no el pensar, que parece ser un lujo que pocos pueden darse. Nos encontramos con niños descontrolados, pero cuando escuchamos a sus padres también observamos ese desborde, lo cual nos hace reflexionar acerca de las posibilidades de estos adultos de encausar a su descendencia.

Cuando se reconstruyen las historias familiares, otra de las particularidades preponderantes en las mismas son los **silenciamientos**, tanto del lado del adulto que no oferta elementos para tramitar simbólicamente las diversas situaciones, como del lado del niño, que no cuestiona y que, con un padecimiento mudo, en numerosas ocasiones pone en movimiento su cuerpo -como modo de pensar las acciones impulsivas y la hiperactividad- o se desconecta de lo doloroso mostrando, por ejemplo, una modalidad desatencional. Consecuentemente, es muy diferente plantear que un niño tiene una modalidad desatencional, efecto de un síndrome de origen neurobiológico -aunque éste todavía no haya sido localizado-, que proponer que dichas modalidades pueden ser una resultante de múltiples causas, entre las cuales **también** pueden estar incluidos ciertos condicionantes biológicos, como ya mencionaba Freud cuando construyó el concepto de series complementarias.

Continuando con la historia de Christian la madre cuenta: "Yo no les conté que el padre estaba preso, simplemente los eludía diciendo que tenía mucho trabajo. Ellos escuchaban cuando yo discutía con el abogado, porque era mi vecino".

Ya no se trata de lo secreto, de lo oculto, es una época en la cual los diarios son éxtimos<sup>1</sup> (Sibilia, P., 2008) -como Facebook, o los fotologs, etc.- a diferencia del diario íntimo de otros tiempos, ahora todo se muestra, lo cual no necesariamente significa que el niño tenga ofertados los elementos para procesar los acontecimientos. Que todo esté a la vista, que no haya intimidad, no implica que el pequeño puede ligar los sucesos, para esto es necesario otro que opere como ligazón, que posibilite la indagación, el cuestionamiento.

Consecuentemente, habrá que tomar en cuenta estos elementos para comprender cuáles son los padecimientos de los niños, hoy, y revisar los modos en los cuales se construyen los diagnósticos en la actualidad.

### *Diagnósticos actuales*

Desde hace cierto tiempo, la lógica del DSM IV (Manual estadístico de las enfermedades mentales, en su cuarta versión) sesga las concepciones de la mayoría de los profesionales de la salud, tanto como de los de la educación. El manual fue pensado, aparentemente, para que los diferentes profesionales de distintas especialidades y formaciones nos entendiéramos al hablar, como una especie de “**esperanto psicopatológico**”, que permitiría armar un código común en el cual todos los sujetos tendrían un lugar y una sigla. Una lectura “objetiva” y ordenada de la realidad, sin ningún sesgo personal. ¿Es esto posible? Sólo desde una mirada simplista podríamos creer que se pueden realizar lecturas objetivas de la realidad.

El *Paradigma de la complejidad* (Morin, E., 1994) abre otras opciones para recorrer el entramado de la situación. Las realidades son múltiples e implican construcciones que se corresponden con cierto período histórico y cierta ideología predominante. En este caso puntual, también cierta economía de mercado que en numerosas ocasiones propicia la elaboración de drogas, para las que luego tiene que modelar síndromes que les son funcionales y que, a su vez, supuestamente, se alivian con dichos fármacos, transformando determinadas características de la vida cotidiana en enfermedades que hay que erradicar.

Un ejemplo referido a los niños, es que pasan de ser inquietos o desatentos a ser ADHD (Síndrome desatencional con o sin hiperactividad), o de contestadores a TOD (Trastorno opositor desafiante), etc. Es así como ciertos rasgos se transforman en aparentes cuadros psiquiátricos que habrá que combatir, ofertándoles por otra parte, a los padres una panacea

---

<sup>1</sup> *Diario éxtimo*: Concepto tomado del libro "La intimidad como espectáculo" de Paula Sibilia que refiere al juego de palabras que busca dar cuenta de la paradoja que consiste en exponer la propia intimidad en las vitrinas globales de la red.

que no es tal, en la cual ellos no tienen ninguna responsabilidad acerca del padecimiento de sus hijos, sino que exclusivamente el azar genético determina los síntomas y sólo el consumo de psicofármacos podrá revertirlo.

Esto conlleva múltiples riesgos, uno de ellos es el etiquetamiento de la infancia, cuyas consecuencias pueden resultar altamente peligrosas, sobre todo cuando estamos pensando en pequeños que están en proceso de constitución de su subjetividad.

Desde la perspectiva psicoanalítica, en un inicio el pequeño organiza su psiquismo y su subjetividad, en el vínculo con los otros significativos (no se trata necesariamente de sus padres biológicos, sino de aquellos que ocupen el lugar de sostén, cuidado, afecto, libidinización y corte), para luego salir al mundo externo del entorno primario, en el cual continuará su proceso de subjetivación. Es decir, pensamos un sujeto con múltiples posibilidades en su devenir.

Qué ocurriría entonces si, mientras un pequeño está estructurándose, un profesional dictamina, por ciertas conductas observables, que este niño “es...” ADD, TGD, o cualquiera de las siglas que abundan en el Manual. Probablemente su subjetividad se fijaría a esa etiqueta, como una suerte de identificación coagulante. Padres y docentes también comenzarían a esperar que el pequeño se comportara de determinada manera y todos los argumentos se cerrarían sobre sí mismos, o sea: “hace esto porque es ADD”, “todos los TGD responden así”, etcétera. Podría incluso ocurrir que el propio niño se ubicara en el casillero correspondiente y ya no esperara otra cosa de sí mismo, no pudiendo conectarse con aquello que le sucede más allá de la sigla.

*Cuando le pregunté a Mariano en la primera entrevista qué creía que le ocurría, me respondió con cierta sorpresa: “todos lo saben, es que soy ADD”.*

Respecto del diagnóstico, S. Bleichmar (1998) planteaba la ineludible responsabilidad profesional que implica su evaluación, tanto en el presente de la vida de ese sujeto como en relación con su porvenir. Ya que a partir del diagnóstico se encaminará una dirección de ese tratamiento y se plantearán estrategias a futuro. El diagnóstico funciona así como una brújula que orienta el camino y las acciones a seguir, para el profesional pero no pueden aplastar al sujeto.

Si pensamos en el caso de un niño que, de acuerdo con el decir de sus padres y de la institución escolar, es “insoportablemente inquieto”, puede que se lo evalúe y se lo medique,

sin que ningún profesional se/le pregunte qué le sucede, perdiéndose quizá una oportunidad privilegiada para que este niño pueda contar acerca de sus padecimientos. De hecho, no existen cuestionarios para niños para diagnosticar desatención y/o hiperactividad, los interrogatorios están dirigidos a padres y docentes. Asimismo, al no brindarles a los padres un espacio de escucha, tampoco se genera la posibilidad que los mismos puedan cuestionarse acerca del vínculo que sostienen con su hijo y cuál es la relación entre lo que le sucede en el presente al niño y su historia.

Por otra parte, los diagnósticos en el DSM IV se construyen con una idea de “normatividad estandarizada” y con cierta representación de “naturalidad”. De acuerdo con ello, todas las personas crecemos del mismo modo y en tiempos similares, ya que el decurso del desarrollo estaría biológicamente determinado con anterioridad. Desde ese punto de vista se podría decir, como muestra, que todos los niños están en condiciones de atender a lo que sus maestros proponen en el aula. Si no lo hacen es porque tendrían un déficit de origen neurobiológico que habría que erradicar.

Desde el recorte psicoanalítico, no se considera la naturalización de los procesos psíquicos. Entendemos que las características que modelan las funciones se constituyen como proceso en un vínculo con un otro, que promoverá que ciertos caminos se construyan y vedará otros. Un niño podría no estar en condiciones de atender porque, por ejemplo, su energía está en ese momento al servicio de sostener a un progenitor en situación de duelo, particularmente cuando de esa muerte no se habla -creyendo evitar de ese modo la posibilidad de entristecer al niño-.

*Matías, de 4 años, es derivado por la escuela para ser evaluado por su déficit atencional, debido a que no puede seguir las consignas escolares, no presta atención y no puede quedarse quieto en la ronda. Por otra parte llora casi toda la jornada escolar.*

*La madre de Matías muere cuando el niño tenía dos años, en un accidente de ómnibus, en un viaje familiar.*

*La nueva esposa del padre comenta que, cada vez que va a buscar al niño al jardín la sorprende encontrar a Matías preguntándole a cada señora que por allí pasa: “¿vos sos mi mamá?”*

*Cuando le pregunto al padre que información le dieron al pequeño acerca de lo sucedido, se sorprende y responde: “él estaba allí, él vio todo, estábamos los dos solos,*

*él me tuvo que acompañar al hospital, a la policía, al velorio. Era muy chiquito, creo que la abuela le dijo que su mamá se había ido a una estrella. Yo no tenía tiempo para deprimirme, tenía que seguir adelante, por el nene y por mí, yo tenía que facturar y no podía parar. Armé una nueva pareja, tuve otro hijo, recompuse mi vida”.*

El interrogante que surge es, qué espacio se oferta para la tramitación de lo doloroso, cuando el Otro no está en condiciones de donar los elementos que permitan dicha metabolización, debido a que él mismo no se otorga un espacio y un tiempo para transitar por lo doloroso. El pequeño queda entonces inundado por esas cantidades que lo invaden, sin posibilidad de cualificarlas, irrumpen a través del desborde ya sea conductual (“no puede parar, no presta atención”) o angustioso (“llora por cualquier cosa”).

Un aspecto muy significativo, que permite mostrar con qué criterios se construyen las categorías diagnósticas en el DSM IV, es que el término **angustia** no se encuentra mencionado en ninguno de los ítems del manual, en relación con los diagnósticos en la infancia. ¿Cuál es entonces el supuesto?, ¿qué los niños no se angustian?, ¿que la angustia nos asalta intempestivamente en la adultez como algo externo, bajo la forma del “ataque” de pánico?, único diagnóstico de todo el manual en el cual sí se hace referencia al término angustia. Se puede entender que una madre no pueda pensar que su hijo esté angustiado, pero que esa categoría falte en el mapa conceptual de los profesionales resulta muy llamativo.

Curiosamente, el término que sí se menciona, en más de cincuenta oportunidades en el DSM IV, es “ansiedad”, cuya definición en el diccionario de la lengua española es “estado de ánimo de inquietud, agitación o zozobra”. Es necesario dejar en claro que ésta no es una mera distinción terminológica, ya que, los temas que uno deja fuera de sus taxonomías son tan significativos como los que se incluyen (Gould, S., 1985).

Dicho de otro modo, si no considero como factible que un niño pueda angustiarse, no voy a indagar esta cuestión, que pasará a no tener entidad clínica, por lo tanto, tampoco entidad subjetiva. Es decir, difícilmente un niño diga acerca de sí mismo: “estoy angustiado”, pero por otra parte, si sus conductas son leídas por el adulto como desafío a la autoridad y no como angustia, la forma de conexión con el pequeño será completamente diferente.

En *Inhibición, síntoma y angustia* (1926) Freud define la angustia como una reacción del Yo a un peligro ya conocido, pero que no puede ser aprehendido ni identificado con claridad, a diferencia del miedo, que remite a un objeto muy conocido y al terror que surge de una situación sorpresiva para la cual el sujeto no estaba preparado. En *Más allá del principio del*

*placer* (1920), Freud plantea que hay en la angustia algo que protege contra el terror, o sea, contra aquello que irrumpe y devasta, y que el hombre se defiende del terror con la angustia. Si la angustia es considerada como una reacción afectiva ante un peligro externo o interno y tiene como función preparar los sistemas psíquicos para la organización defensiva, ella sería absolutamente funcional a la economía subjetiva y, por lo tanto, constitutiva del psiquismo.

¿Qué sucedería entonces si, por una parte, la angustia no tuviera estatuto en la infancia y, por la otra, si el “otro” no pudiera funcionar como borde de contención a esa irrupción masiva de *displacer*? Sin posibilidad de fuga ni elaboración psíquica, el pequeño se encontraría frente a estas situaciones invasivas en un estado de desamparo.

### *Patologías del desamparo - lo desbordado*

En las familias actuales, una de las problemática que predomina es la temática del desamparo (Rojas, MC, 2009), tanto desde el contexto histórico-social y económico, como subjetivo. Esta cuestión deja a los adultos con poca disponibilidad para ofertar un sostén a su prole.

Escuchamos a menudo que los pequeños de hoy son unos maleducados, no tienen límites, son irrespetuosos, HACEN LO QUE QUIEREN. ¿Desde qué perspectiva es posible considerar que un niño de dos años sabe racional y lógicamente lo que quiere y sobre todo tiene registro de las consecuencias de las decisiones que está tomando?, ¿no queda ubicado en un lugar marcado por el desamparo cuando se le supone la capacidad para responder acerca de si quiere o no ir a la escuela, o cuando se deja librado a su decisión si ingiere o no tal medicamento?

En primera instancia, es necesario diferenciar a un niño que transgrede límites, de un pequeño que los está construyendo; así como es imprescindible dejar en claro que cuando aquí hablamos de límites no nos estamos refiriendo ni al autoritarismo, ni a la violencia, ya sea física o verbal. Los entendemos como un borde simbólico que permite que algo no se sobrepase, que acota, coloca un tope, posibilita construir las coordenadas entre las cuales es lícito moverse, señala con anticipación dónde está ubicado el peligro y que, desde la perspectiva parental, siempre está ofertado y sostenido por un otro que enuncia lo que es posible y lo que no, acompañado de un índice amoroso. Cuando esto ocurre, el niño se apacigua, porque logra apuntalarse en ese otro que lo contiene y puede, consecuentemente, ocuparse de ser chico. Sin embargo, cuando esto no sucede, o acontece deficitariamente, sobre todo a edades muy tempranas, el pequeño queda a expensas de un *displacer* que no puede terminar de evacuar y de un sinsentido que no le permite anudar lo corporal a lo

simbólico, dejando el cuerpo desamarrado, loco. Es aquí cuando se presentan los **desbordes**. Niños desbordados, padres excedidos, que no pueden acotar, dejando a los pequeños sin contención, en estado de desamparo, en un “más allá del principio del placer” que no posibilita que el yo termine de constituirse y opere con sus mecanismos de ligazón.

*Carlos tiene 5 años y según sus docentes “no puede parar”. Cuando la terapeuta le pregunta: ¿de qué corrés Carlos? El niño contesta: de la muerte. Y se ríe, sin saber por qué. La madre cuenta que el niño no sabe que su padre es HIV positivo, ellos se enteraron en el transcurso del embarazo de Carlos. M: Hace dos años el padre tuvo una recaída, lo fuimos a ver al hospital, era piel y huesos. Yo no me acuerdo cómo estaba Carlos, ni quién se ocupaba de él, sólo me acuerdo del padre sin poder moverse y de Carlos corriendo de acá para allá.*

L. Hornstein (2003, 2008) habla de las “**patologías del desvalimiento**”, proponiendo que, si bien todo ser humano nace desvalido y dependiente de un otro, dichas patologías remiten a un déficit en la historia libidinal e identificatoria, que impidió que se proveyeran los recursos para constituir un psiquismo complejo, prolongando así la vivencia de desamparo e indefensión, promoviendo sufrimientos, angustias y defensas diferentes a las de las neurosis “clásicas”.

El autor diferencia, dentro de las patologías del desvalimiento, a los sujetos que padecen de defectos estructurales en su constitución, de aquellos que sufren de circunstancias ocasionales, como duelos, traumas actuales, que sacuden momentáneamente al psiquismo. La dificultad se presenta cuando estas situaciones traumáticas se convierten en deshistorizantes, haciendo tambalear vínculos, identidades y proyectos. Allí es donde pueden aflorar las “**patologías de borde**”.

### *Denominadores comunes en las patologías actuales*

El discurso materno tiene una función de anticipación de sentidos para el niño, nomina los afectos y sus límites. Lo vivenciado siempre desborda la posibilidad de ponerle palabras, pero ¿qué sucede cuando este desborde no resulta ocasional, sino que es constante?

Vayamos a los inicios. El bebé siente displacer y la descarga que intenta realizar es de orden motora. Para que otro nivel de complejidad se despliegue en el aparato en constitución, es necesario que el Otro hablante, humanizante, narcisizante, propicie un entramado de

ligazones desde los orígenes. Cuando esto no ocurre, cuando el Otro no funciona en sus aspectos ligadores, puede suceder que el malestar desborde al pequeño.

Las llamadas patologías de borde -o patologías borderline- fueron nominadas según diversos autores de diferentes modos a través del tiempo: intolerancia al dolor psíquico (Stern, 1938); trastornos narcisistas de la personalidad y la conducta (Kohut, 1977); borderline a formación narcisista (Kernberg, 1987); clínica del vacío (Recalcati, 2003); clínica de lo negativo (Green, 1986); trastornos narcisistas no psicóticos (Rodulfo, R. y Rodulfo M., 1986); organizaciones fronterizas (Lerner y Sternbach, 2007).

L. Hornstein (2003) las agrupa bajo la denominación de “patologías del narcisismo”, planteando que es un error el intento de unificar la clínica del narcisismo.

M. P. Rodulfo (2006) investiga el territorio de los trastornos narcisistas no psicóticos en niños, encontrándose allí con un número abigarrado de fenómenos. La autora propone que es un campo que abarca desde trastornos de consideración y gravedad; problemáticas con base orgánica hasta otras que no la tienen; desde trastornos que se presentan solos hasta otros que se hallan asociados a problemáticas neuróticas, o depresivas, o trastornos psicósomáticos en el mismo niño. Incluye, por otra parte, trastornos de tipo espacial, de las distancias del propio cuerpo y referidos al otro; trastornos de la coordinación fina, dificultades en la construcción de categorías tales como arriba/abajo, lejos/cerca, derecha/izquierda, hasta trastornos en la abstracción, trastornos en la lecto-escritura, trastornos en el nivel de cálculo, etcétera. Lo ejemplifica señalando que a menudo las personas que atienden a estos niños expresan que es como si lo trabajado estuviese “escrito en el agua”, es decir, que las adquisiciones no se sostienen en el tiempo. Como se puede observar, abarcan un campo muy disperso de situaciones.

Los mecanismos de defensa habituales en estos sujetos son la escisión, la desinvestidura (Green, A., 1994) y la proyección -principalmente en su vertiente agresiva-; la idealización -que aparece rápidamente en las situaciones vinculares y desaparece tan velozmente como llegó-; la negación; la omnipotencia; y la desvalorización -desvalorizan al objeto como intento de equilibrar el narcisismo endeble- (Lerner, H., 2007).

La escisión se produce, por una parte, entre lo psíquico y lo somático, remite a los modos defensivos más arcaicos. Por otra parte, a consecuencia de la escisión quedan múltiples fragmentos yuxtapuestos y desligados. La desmentida predomina y el retorno no es por vía sintomal -simbólica-, sino por vía de la actuación o el soma. Estas cuestiones refieren

tópicamente al desfallecimiento del yo, dinámicamente al fracaso de la represión a favor de los mecanismos de negación y de escisión, y económicamente a la debilidad del trabajo de elaboración y de simbolización y del riesgo de desbordamiento traumático (Hornstein, L., 2008).

Las características predominantes son: la porosidad y la fluctuación de los bordes entre el yo y el otro; un Yo con labilidad afectiva y emocional, con predominio de la impulsividad y la perentoriedad; dificultad para la ligazón con irrupciones de ansiedad, pánico y/o angustias (muchas veces arcaicas) incontenibles. Impera la pulsión de muerte, el narcisismo de muerte (Green, A., 1986), en el cual predomina lo desligado.

El tiempo es vértigo e inminencia, no hay intervalo ni espera y las acciones se desencadenan. Algo intenta fallidamente descargarse cada vez, y siempre retorna.

El lenguaje es también utilizado con fines evacuativos, “palabras-descarga”, despojadas de cualidad metafórica. La implicación subjetiva es escasa debido a la precariedad psíquica que se puede manifestar a través de dificultades de pensamiento y la sensación de vacío (Sternbach, S., 2007).

Como se verá, entonces, es una clínica en la que no predomina la lógica de la represión y sus fallos, tampoco la problemática edípica, sino que prevalecen las cuestiones narcisísticas y sus quiebres, Es por eso que el tipo de intervenciones terapéuticas ligadas a la interpretación y al retorno de lo reprimido no genera ningún efecto positivo y muchas veces lleva al sujeto a más actuaciones.

Esto quiere decir que lo que impera en esta clínica es lo que denominaré como “**patologías del ser**”, a diferencia de otras épocas en las que la relevancia estaba ubicada en las “patologías del tener” -lógica edípica, que remitía a la represión y a la falta-. En las patologías del ser, lo que está en juego es del orden de lo primario, son las cuestiones narcisísticas, las carencias están ligadas al “carozo” de la subjetividad. El pequeño está desvalido ante un otro que no está en condiciones psíquicas de sostenerlo. El vacío es preponderante y la huida a través de la acción es una modalidad que predomina, tanto en los niños como en sus padres. La clínica se presenta en términos de polaridades: amor-odio, todo-nada, incorporación-expulsión, dejando poco margen a las intervenciones y al error.

Otro aspecto predominante es que en los vínculos tempranos las relaciones entre los adultos y los niños son simétricas o las asimetrías están invertidas. Un interrogante que surge entonces

es: ¿cómo hace un pequeño para constituirse si tiene que ocuparse de sostener a aquellos que deberían ampararlo?

Sonia tiene 7 años, es derivada por la escuela por tener dificultades en sus aprendizajes, no presta atención y no acepta límites.

La madre relata que siempre pide que alguien esté junto a ella para la realización de las tareas escolares, pero a su vez dice que la niña es muy independiente y se arregla sola en la casa. No parece tener registro de la contradicción entre una cuestión y la otra.

En numerosas ocasiones las intervenciones del terapeuta, sobre todo en los comienzos, son para subrayar estas contradicciones y fundar nuevas significaciones.

Al momento de reconstruir la historia libidinal de la niña, la historia de los primeros vínculos, de la modalidad relacional madre-hija, es significativo que el discurso materno constantemente sea autorreferencial. Son madres que les cuesta mucho discriminarse de sus hijos, o los toman como una parte indiferenciada de su narcisismo o los expulsan. Los vínculos son predominantemente duales.

Cuando la terapeuta le pregunta cómo vivió Sonia la separación de sus padres, la madre responde: *“yo estaba muy mal, así que supongo que ella también estaría mal. No sé, era chiquita, pero yo creo que entendía todo, porque siempre trataba de protegerme”*. Es revelador cómo la pequeña queda en el lugar de sostén materno, no habiendo espacio para que la niña despliegue su propio sufrimiento. Será parte del trabajo terapéutico posibilitar la construcción de la discriminación entre ambas, sin que esto se transforme en una caída al vacío para ambas.

La terapeuta indaga acerca de la conformación de la pareja parental. M: *“nos conocimos en un cumpleaños, yo vivía sola y él también y enseguida nos fuimos a vivir juntos. En realidad mi hija mayor estaba con la abuela y yo quería traerla conmigo, así que nos conocimos mientras convivíamos. Él tenía un cuarto cerrado y había ropa de su ex, como si se hubiese ido a las apuradas; yo no pregunté nada, él no me contó nada. Yo pienso que fue la desesperación, yo quería traer a mi hija, mi situación no era muy buena, entonces yo sentía que si estaba con alguien yo iba a poder formar una familia. Era como que todo lo que él hubiera pasado en su vida pasada, en tiempo pasado, pasó, ya fue, vivimos el presente, entonces, era que lo que también hubiera pasado en*

*mi vida pasada ya pasó, entonces era tratar de construir algo ahora, el hoy por hoy, entonces fue el haber dejado pasar muchas cosas y después esas cosas se fueron complicando con el tiempo.*

No hay lugar para la reflexión, la actuación aparece antes de la posibilidad de pensar, los hechos ocurren uno tras otro sin darse un espacio y un tiempo para la elaboración. En numerosas ocasiones el espacio de la consulta terapéutica por un hijo, se transforma en el primer lugar en el que estos padres se abren a la interrogación, si se encuentran con otro con disponibilidad a la escucha. Es por esto que es tan importante otorgarle, tanto a los padres como al niño, un tiempo y un espacio para ser escuchados, con capacidad de poner en suspenso cierta modalidad de respuesta rápida: “ES ADD” -por ejemplo- que cierra toda posibilidad de interrogación y construcción de subjetividad.

Por ejemplo, en el caso de Sonia, cuando la terapeuta le da tiempo, luego de una serie de entrevistas y de construir un vínculo de confianza la madre relata que en realidad se conoció con el padre de la niña porque ella “trabajaba en el ambiente de la noche” y él era policía y que mucho tiempo siguió junto a él, a pesar de ciertas situaciones de violencia, porque la extorsionaba con quitarle la tenencia de sus hijas. Dice que de esta historia nunca ha hablado con sus hijas, pero por otra parte cuenta que muchas veces discutió telefónicamente con el padre por estas cuestiones.

### *Recapitulando*

La clínica actual nos presenta múltiples desafíos.

Es una época atravesada por el desamparo, la soledad, la caída de las certezas y los referentes identificadorios. Las instituciones y los vínculos intersubjetivos ya no sostienen. Si bien esta descripción podría resultar desoladora, es también un tiempo rico para revisar paradigmas, abrir nuevos interrogantes y sostener el desafío de la construcción de novedosas herramientas.

Es una clínica en la cual habrá que tejer los elementos de ligazón, anudar nuevas redes que posibiliten que estos padres e hijos, que se hallan en permanentes situaciones de desborde y fragilidad, logren constituir una trama original que los ampare y sostenga.

El trabajo tendrá que ser ENTRE las diferentes disciplinas, profesionales de la salud y la educación en una co-creación de instrumentos que permitan armar bordes.

El tiempo y la escucha son bienes escasos en la actualidad. Alojar el sufrimiento del otro, permitir su despliegue, sin ampararse en rótulos clasificatorios, es lo que posibilitará que las diversas subjetividades puedan desplegarse.

## *Bibliografía*

- American Psychiatric Association (1994-2000), Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV), Barcelona, Masson.
- Bauman, Z. (2006), Modernidad Líquida, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.
- Bleichmar, S. (1993), La fundación de lo inconsciente. Destinos de pulsión, destinos del sujeto, Buenos Aires, Amorrortu.
- Bleichmar, S. (1998), “La prioridad de detectar los riesgos de fracaso de simbolización en la infancia”. En Actualidad Psicológica XXIII (257).
- Freud, S. (1978), Sobre la psicoterapia de la histeria (1893 - 1895). En Sigmund Freud obras completas (Vol. II), Buenos Aires, Amorrortu.
- Freud, S. (1978), Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de «neurosis de angustia» (1895 [1894]). En Sigmund Freud obras completas (Vol. III), ob. citada.
- Freud, S. (1978), Más allá del principio del placer (1920). En Sigmund Freud obras completas (Vol. XVIII), ob. citada.
- Freud, S. (1978), Inhibición, síntoma y angustia (1926). En Sigmund Freud obras completas (Vol. XX), ob. citada.
- Gould, S. J. (1995), Dientes de gallina y dedos de caballo, Barcelona, Crítica.
- Green, A. (1986), “La madre muerta”. En A. Green, Narcisismo de vida, narcisismo de muerte, Buenos Aires, Amorrortu.
- Hornstein, L. (2003), Intersubjetividad y Clínica, Buenos Aires, Paidós.

- Hornstein, L. (2008), "Patologías del desvalimiento". En <http://www.uces.edu.ar/institutos/iaepcis/desvalimiento.php>. Consultado: 23 de mayo, 2008.
- Janín, B. (2004), "Niños desatentos e hiperactivos. Reflexiones críticas acerca del Trastorno por Déficit de Atención con o sin hiperactividad". Ediciones Novedades Educativas. Buenos Aires, Argentina.
- Lerner, H. (2007), "La clínica psicoanalítica convulsionada". En H. Lerner, & S. Sternbach, Organizaciones fronterizas. Fronteras del Psicoanálisis, ob. citada.
- Lerner, H., & Sternbach, S. (2007), Organizaciones fronterizas. Fronteras del Psicoanálisis, Buenos Aires, Lugar.
- Morín, E. (1994), Introducción al pensamiento complejo, Barcelona, Gedisa.
- Rodulfo, M. P. (2006), "El ADD/ADHD como caso testigo de la patologización de la diferencia", conferencia dictada en SPS, Buenos Aires, noviembre 2006.
- Rojas M. C. (2009), Niñez y familia hoy: las problemáticas del desamparo en Untoiglich G, Wettengel Ly Szyber G: "Bordes y desbordes en la clínica y la educación" Editorial Noveduc.
- Sibilia, P. (2008), "La intimidad como espectáculo", FCE, España.
- Sternbach, S. (2007), "Organizaciones fronterizas y tramas intersubjetivas". En H. Lerner & S. Sternbach (comps.), Organizaciones fronterizas. Fronteras del Psicoanálisis, ob. citada.
- Untoiglich, G. (2008), "Aspectos histórico-libidinales en niños y niñas con problemas en sus aprendizajes que manifiestan dificultades atencionales", tesis doctoral, Universidad de Buenos Aires, inédita.
- Untoiglich, G. (2009), "Patologías actuales en la infancia" (cap 1) en Untoiglich G, Wettengel Ly Szyber G: "Bordes y desbordes en la clínica y la educación" Editorial Noveduc.
- Untoiglich, G. (2009), "Discusiones teórico-clínicas acerca del TGD, ADD y otras clasificaciones" (cap 5) en Untoiglich G, Wettengel L y Szyber G: "Bordes y desbordes en la clínica y la educación" Editorial Noveduc.

- Wettengel, L. (2009), "Trazando surcos: el trabajo de la parentalidad" (cap 2) en Untoiglich G, Wettengel L y Szyber G: "Bordes y desbordes en la clínica y la educación" Editorial Noveduc.