

# *Las demandas a Salud Mental de los padres posmodernos*

## ***Javier Camacho Rubio***

Psiquiatra.

Instituto de Psiquiatría y Salud mental. Gregorio Marañón. Madrid

## ***Eva Rivas Cambroner***

Psiquiatra de niños y adolescentes

CSM Moratalaz. Instituto de Psiquiatría y S. Mental Gregorio Marañón. Madrid.

Correspondencia: [evarivascambroner@gmail.com](mailto:evarivascambroner@gmail.com)

*Este texto se redactó originalmente como guión para la clase impartida por  
Eva Rivas el 24 marzo de 2022 en el contexto del curso:  
las neurosis ordinarias, organizado por La Otra Psiquiatría.*

Para poner en contexto de dónde parto, explicaré en primer lugar que trabajo en un centro de salud mental de la Comunidad de Madrid. El equipo lo forman 5 psiquiatras de adultos y dos de niños, 5 psicólogos de adultos y dos de niños, 3 enfermeras y 2 trabajadoras sociales. Este equipo debe atender a una población de 170.000 habitantes de dos distritos del municipio de Madrid capital (Moratalaz con 95.000 habitantes y Vicálvaro con 70.000), con 32.000 habitantes menores de 19 años. Vicálvaro es un distrito con una población muy joven, con el mayor porcentaje de población menor de 18 años de la ciudad de Madrid y con una media de edad de 40 años. Es además el distrito con mayor porcentaje de hogares con parejas con hijos/as. De clase media o media-baja tiene además algunos barrios de realojo (El Ruedo en Moratalaz) y otros también con población en exclusión social (la Cañada Real Galiana). Los menores de edad constituyen

un porcentaje de la población mucho mayor en esos barrios con un nivel de pobreza importante y con dificultades de acceso a infraestructuras básicas. La Cañada Real Galiana con una población de 7000 personas tiene una media de edad de 26 años y un 29% de menores de 15 años (frente a un 20% del distrito en el que está incluido, Vicálvaro, y frente al 13% de menores de 15 años de la Ciudad de Madrid). Las principales carencias que sufre esta población tan joven en estos barrios son de regulación de las viviendas y de acceso a servicios y a infraestructuras básicas.<sup>1</sup>

Para atender a esta población de 0 a 18 años contamos con un subequipo dentro del Centro de Salud Mental de profesionales dedicados a la atención de niños y adolescentes que son dos psicólogas clínicas, dos psiquiatras de niños y adolescentes, una enfermera y una trabajadora social a tiempo parcial. Para que os hagáis a la idea eso supone listas de espera largas, de más de entre 2 y 3 meses para primeras entrevistas y una frecuencia entre citas que para las psiquiatras está siendo bimensual y para las psicólogas algo menor.

El abanico de demandas es muy amplio en nivel de gravedad y tipo de cuadros clínicos dado que somos un recurso de atención de 2º nivel, la fuente de derivación son los pediatras y médicos de atención primaria de salud, además de otros especialistas, la urgencia y la planta de hospitalización del hospital Gregorio Marañón al que pertenecemos. Esto quiere decir que recibimos todo tipo de cuadros que los compañeros de atención primaria consideran que son de nuestra competencia. Desde los cuadros psicopatológicos más graves y complejos (esquizofrenias de inicio precoz o muy precoz, psicosis infantiles, cuadros afectivos graves, autismos, anorexias precoces y adolescentes, neurosis graves de la infancia y la adolescencia, síntomas de niños en el seno de familias multiproblemáticas...) hasta cuadros leves en ocasiones difíciles de diferenciar de las variadas conductas no normativas, muy frecuentes en la infancia. Ha habido que hacer una labor de pedagogía con los compañeros de pediatría respecto a qué demandas son las que los profesionales de salud mental debemos atender para tratar de ordenar qué es psicopatología y qué es un malestar subjetivo que pueden atender otros recursos más competentes para resolver ciertas demandas: por ejemplo, pediatría derivaba al principio demandas de las familias de valoración preventiva

en crisis familiares (separaciones parentales, duelos...) adolescencias difíciles pero no patológicas, que no deberíamos atender a no ser que hayan producido algún síntoma en los niños, y que deberían ser derivaciones no a servicios de salud sino a los Centros de Atención a Familias donde hacen asesoramiento, mediación y recomendaciones para este tipo de problemas. Tampoco deberíamos atender valoraciones por fracasos escolares o problemas de aprendizaje que competen a servicios educativos (orientación escolar) aunque siempre ofrecemos que nos los deriven si tras valoración psicopedagógica los profesionales de los servicios educativos consideran que factores psicopatológicos están en la base del mal rendimiento escolar. Las valoraciones de negligencia y maltrato o abuso hacia los niños competen a los servicios sociales y de protección a la infancia pero de nuevo muchas veces somos nosotros los que lo detectamos porque provocan sintomatología en los niños. Esta compartimentación del trabajo –servicios de salud, educativos, sociales– solo es posible de forma relativa porque en muchos casos, sobre todo en los más complejos se necesita de la intervención de varios recursos en coordinación, por lo que ésta es una tarea muy relevante en nuestra filosofía de trabajo como servicio de atención comunitario.

El título del artículo: “las demandas de los padres posmodernos” alude en primer lugar a las demandas, en segundo a los padres y madres, y por último a la posmodernidad, es decir a la época. Para poder enmarcar el problema y pensar luego los fenómenos que nos encontramos voy a abordarlo desde lo más general, la época, a lo más concreto, las demandas que recibimos en las consultas de salud mental de niños y adolescentes, pasando por la cuestión de las relaciones padres-hijos, es decir la “parentalidad”.

### **1º *La época:***

Michel Foucault en 1975 en una conferencia en Brasil<sup>2</sup> anuncia la irrupción de una nueva época en el mundo de la salud, una nueva época que se hace posible por un nuevo discurso, el de la biopolítica. Esta nueva manera de entender la salud trastocará los paradigmas que regían el mundo previo en el que no tenían tanta incidencia ni la ciencia y ni los gadgets de la tecnología. Hoy la ciencia es la gran protagonista del nuevo discurso sobre lo humano y Foucault advirtió que esto tendría consecuencias especialmente en el mundo de la salud mental. Y las ha tenido: afirmar hoy día que una

actividad terapéutica es válida solo es fácilmente tomado por verdadero si se viste con el lenguaje de la ciencia, lo que significa hacerse medir, cuantificar y comparar, aun cuando el objeto de estudio no sea medible ni cuantificable ni comparable. La subjetividad, con la que nosotros trabajamos, escapa de las previsiones científicas, y en cuanto nos separamos de la literatura científica y nos enfrentamos a la clínica nos damos cuenta de que nuestros pacientes no encajan en los diagnósticos de las clasificaciones, ni los tratamientos funcionan si no es porque un terapeuta en particular se hace cargo del sufrimiento del paciente y éste hace una alianza de trabajo con él, sea cual sea la técnica que use. Las técnicas psicoterapéuticas tienen, si se las estudia aisladas de quien la ejerce, una incidencia mínima en la evolución de los casos<sup>3</sup>. La psiquiatría con pretensiones científicas gestiona estas incómodas contradicciones creando en el tablero hueco para ellas por ejemplo al aceptar que la mayoría de los casos, y más cuanto más joven es el paciente, son “atípicos”, para ellos se han previsto en las clasificaciones de consenso que se han editado (CIE, DSM) las categorías “No Especificado”. Otra solución que la psiquiatría actual pone en marcha para afrontar sus contradicciones es el hecho de que hace pasar a un mismo paciente de una categoría a otra, o le etiqueta con varios diagnósticos “comórbidos” y para darles cabida se derogan las jerarquías diagnósticas (que daban cierta lógica a la clínica e impedían en el pasado por ejemplo diagnosticar TDAH en un niño en el que ya hubiera un diagnóstico de mayor jerarquía que por sí mismo explicara la clínica, como autismo, esquizofrenia o retraso mental...).

Como clínicos nos confrontamos con lo real, con la imposibilidad de acotar por lo simbólico la experiencia subjetiva de nuestros pacientes, con aquello que no se puede cifrar. Pero la época empuja a negar esa imposibilidad y resuelve la cuestión diciéndonos que llegará un momento en el que el avance de la ciencia consiga hacerlo. En una confianza ciega en el paradigma de las ciencias positivas, por mucho que haya voces que llaman a una apertura que tenga en cuenta el abordaje de la complejidad desde un punto de vista más amplio. Tenemos que tener claro que solo existe lo que se nombra, y que el lenguaje crea el concepto de forma que si empezamos a hablar de trastorno bipolar infantil empezará a existir, de la misma forma que cuando hemos empezado a hablar de trastorno del espectro autista su prevalencia ha subido de forma alarmante.

Hablemos de la época. La posmodernidad origina unas condiciones de sufrimiento que podríamos enumerar como exceso de nihilismo, de individualismo, de biologización. La posmodernidad es, en el fondo, un cuestionamiento a la pertinencia de los valores de la era moderna que erigió a la burguesía como la clase social dominante, y al estado de derecho y el orden republicano como el ideal de convivencia bajo la premisa de que la razón humana era el mejor aliado para organizar el mundo social y político. La era moderna trajo la fe en la ciencia, en el progreso y en la acumulación del saber. Pero la posmodernidad plantea una pérdida de fe en esas promesas, en gran medida inspiradas por el nihilismo y la visión pesimista que fueron en parte la consecuencia de los horrores de la Segunda Guerra Mundial. En ese sentido, la posmodernidad descree de los “grandes relatos” modernos. Por el contrario, asume una postura irónica, relativizando lo que antes eran valores absolutos y abrazando el nominalismo, o sea, la visión de que todo en el mundo es necesariamente particular. De allí que la principal crítica a la posmodernidad tenga que ver con su falta de alternativas propuestas, lo cual la podría convertir en una suerte de callejón sin salida filosófico que propone la deconstrucción de los valores cuestionando la tradición y relativizando lo que previamente eran verdades innegables<sup>4</sup>. La humanidad siempre había confiado en que todo mejoraría en el futuro, se pensaba en un futuro mejor, más próspero, más amable y cómodo. La historia así lo había demostrado con el progreso de la tecnología y de las condiciones de vida desde la Edad de Piedra. La humanidad había hecho del planeta un mundo cada vez más domesticado y había sabido extraer de la naturaleza, con el avance de la tecnología, todo aquello que cubría las necesidades de la especie. Y cada individuo trabajaba o estudiaba para lograr que su futuro personal fuera efectivamente mejor que su presente. Pero a partir de los años 70 del siglo XX esta confianza se trunca y desde entonces se pierde la esperanza de que el futuro sea mejor. Esto es una característica de la postmodernidad quizás consecuencia de la caída de las verdades previas y de los grandes relatos que la definen. Siendo los jóvenes, los niños y los adolescentes, los que más proyectan su vida en el futuro, si en el sentir colectivo el futuro no puede sino empeorar ¿qué efectos sintomáticos tiene esto en ellos? No es de extrañar que se desencanten temiendo que sus esfuerzos no les sirvan para llegar a lo que nunca pasará de ser un sueño.

O peor aún, muchos dicen que no pueden siquiera soñar con un futuro, no pueden imaginarse a sí mismos en él. Un niño o un joven desencantado pierde algo de la esencia de la juventud. Ese desencanto hace que, antes de tiempo, abandone las insignias de la edad juvenil que se espera que enarbore: sería esperable que los jóvenes trabajaran para construirse un futuro, que siguieran los pasos de las generaciones que les precedieron, o que los contestaran regidos por nuevos ideales, por los que les mereciera la pena luchar. Pero sus síntomas son un eco de esa desesperanza y falta de futuro: búsqueda de la satisfacción inmediata en el presente, falta de planificación de un futuro que no sienten que depende de ellos, que no está en sus manos ya que por mucho que estudien puede que no consigan entrar en el mercado laboral en un puesto cualificado..., por no hablar del sentimiento que transmiten muchos de nuestros pacientes adolescentes de que esta vida no merece la pena ser vivida. Quizás cuando uno lo pasa mal la expectativa de que la situación mejore ayuda a luchar pero si esa expectativa no existe, nos encontramos muchas veces con ideas de muerte, e incluso tentativas de suicidio. Es escalofriante para los profesionales asistir a casos, ya hemos tenido dos en Moratalaz, que con 10 añitos de edad se han precipitado por la ventana para matarse.

Según un informe de la OCDE elaborado en 2019<sup>5</sup> existen cuatro grandes tendencias globales que son propias de la época que vivimos. Estas serían: la amenaza del deterioro del planeta por el cambio climático, los desplazamientos forzados de la población, el aumento del individualismo y el desarrollo tecnológico. Las tres primeras abocan a esta pérdida de esperanza pero ni siquiera la cuarta gran tendencia, el desarrollo tecnológico, alivia este cambio en el pensamiento colectivo sobre el futuro, dado que hay una quiebra importante en la ilusión de que la tecnología lo mejore. Incluso tememos que la tecnología empeore nuestra salud física, nuestro entorno, nos deje sin trabajo o cause una retirada del disfrute de las relaciones presenciales a nuestros hijos. En una sociedad cada vez más preocupada por el futuro y también por la seguridad —la sociedad del riesgo— los padres viven en una constante ansiedad. Los informes de las instituciones internacionales nos muestran cómo: *muchas madres y padres han comenzado a tomar medidas adicionales para monitorizar a sus hijos de una forma más estricta que en ninguna época anterior. Teniendo en cuenta que las madres y padres*

*consideran con frecuencia que existe un riesgo para los niños y, por tanto, necesitan protección, es comprensible que traten de hacer cuanto esté en sus manos para salvaguardar a los niños frente a los posibles males del mundo. En base a esto y según la interpretación de los padres actuales, el nivel de atención aceptado culturalmente implicaría mantener a sus hijos sometidos a una estrecha vigilancia en todo momento con el fin de cuidar de ellos y poder controlarlos. Se les llama madres / padres-helicóptero, aquellos que sobrevuelan constantemente las actividades de sus hijos para vigilarlas y controlarlas. Por otra parte, a diferencia de las décadas anteriores, esta mirada parental constante se ha tecnologizado.<sup>6</sup>*

*Constatamos que, comparados con los niños de generaciones anteriores, acostumbrados a jugar fuera de casa con sus amigos, a ir andando solos a la escuela o a pasear en bicicleta por el vecindario completamente fuera del alcance de sus padres, los niños actuales rara vez pueden disfrutar de una libertad e independencia similares<sup>7</sup>.*

*Además los avances tecnológicos más novedosos han permitido que los padres puedan «ejercer control a distancia, sin interacción». Para limitar el tiempo de consumo de pantallas hay aplicaciones que cortan la conexión del dispositivo del hijo a una determinada hora o pasado un determinado tiempo de consumo, de forma que no hay que estar ahí para pedir al hijo que deje la pantalla y encontrar con él una alternativa de ocio, ofreciéndole un plan más atractivo que, sobre todo, en los más pequeños, podría ser simplemente estar con ellos. Unos padres que le escondieron la Play Station a un paciente mío me pedían colaboración para hacer que el hijo, que usaba en exceso las pantallas, pensara que la consola se la había confiscado la policía, que por otro lado había estado en su casa un día que tuvieron que avisarla por el nivel de agresividad que desplegó el paciente. Se apela así a una autoridad mayor cuando se ha perdido el ascendiente sobre el hijo. Pero con la mentira, con el engaño, solo se puede perder todavía más ese ascendiente. Incluso si unos padres utilizan una aplicación de control, por ejemplo de las que hay para saber dónde se encuentra el hijo, debería ser siempre con conocimiento del menor controlado. Sin embargo a menudo los niños (entre 9 y 17 años) desconocen las prácticas de vigilancia de datos íntimos que llevan a cabo sus padres. En un estudio de 2018 (Sukk & Soo, 2018, p. 58) pese a que un 22 % de los padres y madres de Estonia admitía utilizar alguna tecnología de seguimiento*

*para controlar a sus hijos, solo un 13 % de los niños pertenecientes a las mismas familias estaba al tanto de esa vigilancia.*

La conclusión es que los padres evitan hablar del tema con los hijos pero que además no tiene en cuenta los derechos y la privacidad del niño. Por lo tanto se plantea la importancia de valorar las consecuencias, por ejemplo, cómo esta tendencia socaba la confianza en las relaciones padres-hijos. Además muchos investigadores están planteando que los padres dependen excesivamente de las tecnologías y aplicaciones que por otro lado no alivian la inquietud de los padres sino que muy al contrario la incrementan dado que *las tecnologías no suplen la confianza en el otro que se obtiene de una relación y una comunicación fluidas.*

Nuestros padres trabajaban para que no nos faltase nada. Ahora que nuestros hijos lo tienen todo, los desvelos son para que a los hijos no les pase nada. Pero si no les pasa nada, si adolecen de experiencias, no necesitan ejercer la responsabilidad de autocontrolarse, cuidarse a sí mismos de los riesgos, tomar decisiones propias. Además, en muchos casos se les impide ser autónomos en la vida presencial, pero se les deja totalmente sin supervisión navegando por internet. Cuando miran el mundo a través de una pantalla, tienen la falsa percepción de que la experiencia de interacción con el que está al otro lado (amar, odiar, agredir, cuidar...) no tiene la repercusión en el otro, ni tienen tampoco en cuenta las consecuencias en uno mismo que suelen percibirse mucho más claramente en las relaciones presenciales.

La cuestión de la responsabilidad personal es un valor que se ha diluído en los niños actuales, esto es algo que fomentamos claramente los adultos: si cometen errores se atribuye a un mal externo, a que han fallado los profesores, los padres... o los genes (por ejemplo cuando suponemos que el TDAH u otro trastorno diagnosticable explicaría por qué se comportan de tal o cual manera). En niños medicados se echa la culpa a que “el medicamento ha dejado de tener efecto”, a que no es suficiente la dosis..., generalmente profesores y padres no contemplan como primera opción otros factores, por ejemplo que el niño tiene su voluntad propia y hay cosas que no quiere hacer, o que esté cansado a determinadas horas.

Pero la posmodernidad muestra otras contradicciones: queremos seguir creyendo en la inocencia de la infancia. Pero nos hemos cargado ese ideal

de la infancia inocente con la exhibición de los goces privados propia de esta época. Antes en la sociedad victoriana no es que no hubiera goces perversos, pero se escondían, se dejaban para el ámbito privado, mostrando en el ámbito público un correcto recato. Hoy en una sociedad que incita a consumir y a gozar mediante el consumo, lo que da pudor es mostrar que a uno le falta algo, que somos incompletos. No podemos hacer ver que no tenemos todo lo que queremos. Es más fácil para los sujetos mostrar un semblante duro de falsa autosuficiencia que hacer por ejemplo una declaración de amor en la que sienten que quedan en una posición de perdedor, de persona en falta, necesitada del otro. Esto no se puede mostrar bajo ningún concepto, para esto sí hay un pudor extremo. Por el contrario, se exhiben las distintas formas de goce: se cuelga en internet el plato que nos vamos a comer, la fiesta en la que estuvimos, pero también el vídeo de una pelea, las fotos de una borrachera o los cortes sangrantes autoinflingidos. Y los niños no escapan de esta necesidad, la exigencia de que los padres les provean del móvil, la ropa de marca o el objeto tecnológico de última generación da cuenta, no de un capricho excepcional para destacar sobre los demás, sino de una necesidad de tener lo que todos tienen. Ahora los niños tienen y saben todo, han visto de todo. El consumo de pornografía en internet se extiende a edades cada vez más precoces. Según un estudio de la Universidad Balear al menos uno de cada cuatro varones se ha iniciado en la visualización de pornografía antes de los 13 y la edad más temprana se anticipa ya a los 8 años<sup>8</sup> y según un estudio reciente de la ONU citado por Ubieto los chicos de 12 a 17 años son el grupo que más porno consume en la red<sup>9</sup>.

Y sin embargo como recuerda Jaime Funes *lamentarse de que ven porno tempranamente no conduce a nada; nuestra obligación es pensar dónde y cómo les ayudaremos a descubrir la bondad de los besos y los abrazos*<sup>10</sup>.

En un momento en el que añoramos la inocencia de la infancia tendemos también a confundirla con fragilidad, y con la idea de preservar aquella, les evitamos experiencias como si fueran a romperse, habiéndose convertido en una generación de cristal: intolerancia a la frustración, impaciencia, dificultad para el esfuerzo sostenido (de nuevo manifestaciones que cuadran bien con el constructo TDAH). Los progenitores en constante

ejercicio de una vigilancia y evitación de posibles riesgos que les impiden experimentar a los niños la propia responsabilidad y autonomía, someten a los hijos también a mayor exigencia. La expectativa es que destaquen en un entorno educativo muy competitivo lo que para muchos es fuente de importante ansiedad.

En esta sociedad del rendimiento *la presión académica que reciben los estudiantes para sacar buenas notas va en detrimento del placer por estudiar, por aprender*<sup>11</sup>, por vivir el periodo escolar con disfrute. Se pierde la función de socialización de la escuela sobre todo en niños que huyen de la misma al suponer para ellos un reto insalvable.

Fueron los mismos niños que durante el confinamiento pandémico mejoraron psicopatologicamente de forma sorprendente por el aval que el confinamiento daba a su deseo de permanecer en casa, en un entorno amable en contraste con la hostilidad que encuentran en el día a día de la actividad frenética del mundo escolar y extraescolar.

Aprender, adquirir saberes diversos, la cultura, tenían valor en sí mismos, pero hoy día el saber se ha degradado, se subordina al rendimiento. Estudiar antaño suponía una promesa de estabilidad y buena vida, sin embargo, hoy no las garantiza. Esto se concreta en la repetición de mantras como “esa carrera que te gusta no tiene salidas”, los jóvenes hipercualificados *se ven abocados a la búsqueda indefinida de trabajo o a la aceptación de puestos de trabajo precarios alejados de la dignificación del trabajador, que se convierte en consumible y desechable, en aras del rendimiento y el beneficio*.<sup>12</sup> Hablemos de experiencias y lazos con el otro.

La mitad de la población del planeta vive en ciudades. Pese a que la urbanización pueda ofrecer ventajas potenciales, también se corresponde con una disolución del sentimiento de conexión social y pertenencia a las comunidades locales y los vecindarios<sup>13</sup>, disolución que puede agravar la alienación social y la exclusión. La crianza en un entorno urbano también se vincula con un riesgo mayor de sufrir problemas de salud mental, así como de abuso de sustancias e inactividad física<sup>14</sup>.

Que la pérdida de lazos comunitarios produce problemas de salud mental lo demuestra el hecho de que tras el confinamiento general del inicio

de la pandemia hemos asistido a una avalancha de casos de anorexia y fenómenos autolesivos, que se han multiplicado por 4 desde 2019. Hemos constatado cuáles son las poblaciones vulnerables: si físicamente la población vulnerable fue la de los mayores, desde el punto de vista psíquico los vulnerables han demostrado ser los adolescentes, y de entre estos más las chicas: si en 2019, 6 de cada 10 ingresos en unidades psiquiátricas de adolescentes eran mujeres, durante 2020 y 2021 esta cifra ha subido hasta 8 de cada 10.

Ha habido un claro incremento de la demanda a los servicios de salud mental de niños y adolescentes. Pero no solo ha crecido la demanda en número de pacientes sino también asistimos a una mayor gravedad de sus trastornos, una mayor precocidad de fenómenos que antes eran propios de adolescentes mayores (pacientes cada vez más graves y más jóvenes) y un incremento de la cronicidad: (encontramos absentismos escolares prolongados y periodos de aislamiento en casa de meses de duración así como deterioro grave de los vínculos familiares...).

Confiábamos en que este fenómeno era coyuntural y transitorio, que pasada la pandemia y sus efectos volveríamos a las prevalencias previas. Pero tememos que lejos de ser transitorio, haya llegado para quedarse evidenciando un problema estructural de la sociedad contemporánea condicionado por la precarización de los lazos de comunidad (menor contención de las familias e institución escolar, pérdida de actividades grupales presenciales y redes sociales tradicionales) que se ha acelerado por las circunstancias de restricción obligada de los lazos comunitarios efecto del confinamiento pandémico.

La pandemia ha sido un espejo de aumento que ha reflejado la crisis de nuestra sociedad: desde que se inició se han resaltado con más fuerza los trastornos que observábamos ya antes y que tienen que ver con que se han fragilizado las instituciones comunitarias (familia, escuela, atención primaria de salud, servicios de proximidad, redes informales de apoyo, entrenadores, centros de día...) que eran las que sostenían a las poblaciones vulnerables: a los ancianos y a los muy jóvenes, y de entre éstos a los niños con trastornos graves o de estratos socioeconómicos bajos. Los niños de barrios muy desfavorecidos no pudieron suplir la educación presencial por

la online haciéndose muy evidente que para ellos existe dificultad de acceso a las nuevas tecnologías que paliaron los efectos del aislamiento en otras familias. Y en particular asistimos al daño que el confinamiento ha hecho a las mujeres adolescentes que ponen el cuerpo y la imagen de éste como campo de batalla de un conflicto subjetivo intensificado por la comparación con “las otras” retocadas de las redes sociales.

Si para cualquiera es difícil estar solo, para el adolescente lo es mucho más. Porque una de las principales tareas de la adolescencia es despegar del entorno de la familia y abrirse al mundo extrafamiliar.

Esa delicada transición, para ser realizada con éxito, ha de partir de una infancia bien acompañada, si la soledad enfrenta al púber demasiado pronto con el mundo, se precipitará a menudo en conductas de riesgo que van desde aceptar cualquier compañía y exigencia del grupo, hasta la victimización sexual a manos de partners en los que se pone la expectativa de que sean los salvadores de la soledad pagando el coste de la dependencia.

Las redes sociales digitales pueden ofrecer una ventana a ese mundo extrafamiliar, lo que resulta una interesantísima herramienta para sujetos en los que éste es difícilmente accesible (por lejanía, falta de disponibilidad). Sin embargo en muchos casos el adolescente que se expone a redes sociales digitales desde la precariedad de lazos sociales sostenedores en su vida cotidiana, se encuentra desarmado ante imágenes de felicidad-belleza-perfección que le confrontan todavía más con las propias fallas, y que le hacen sentir todavía más solo/sola.

El sentimiento de pertenencia a un colectivo permite al adolescente buscar identificaciones diferentes cuando las identificaciones familiares, que previamente le habían servido, caen. Y estar en comunidad con el grupo de pares, encontrarse con ellos en los espacios exclusivos de la edad a través de los rituales de paso de etapa ha sido la forma sancionada como válida de abrirse a ese mundo extrafamiliar, los ritos de paso sin embargo van desapareciendo, y esto se ha acentuado más, exageradamente, durante el confinamiento pandémico.

En *La desaparición de los rituales*<sup>15</sup> el filósofo Byung-Chul Han señala cómo en los rituales sociales se hacía comunidad aun sin comunicación y

que sin embargo en la pandemia se pasó a una comunicación sin comunidad: durante la pandemia hemos asistido a un exceso de comunicación sin comunidad mediante dispositivos electrónicos. Los rituales construyen comunidad y dan estabilidad a la vida. Los niños, más que nadie, necesitan rituales. Para ellos es muy importante el ritual de fin de curso, el del cumpleaños, el de la comunión... constituyen umbrales que dan acceso a un estatus que es reconocido ampliamente por los iguales. Los niños y niñas construyen constantemente rituales: los juegos tienen siempre ese ritual de elegir a los compañeros de equipo, de repartir los roles, rituales que crean un lenguaje propio del contexto de juego (“cruz y raya”, “estoy en casa”...). Además existen los rituales cotidianos como el de acostarse con una determinada canción o un cuento, el ritual de la comida: rítmicamente a ciertas horas, sentarse a la mesa, esperar que se sirva, antiguamente agradecer los alimentos o vestirse para la cena...

Muchos adolescentes durante el confinamiento perdieron totalmente la ritmicidad en el sueño y en la comida. Es muy habitual que nos consulten por insomnio, y cuando preguntamos a qué hora se acuestan, a qué hora consiguen dormirse, a qué hora se despiertan al día siguiente nos percatamos de que no se trata de insomnio sino de un desplazamiento del patrón de sueño en sujetos que se quedan despiertos y activos en internet hasta la madrugada y luego duermen por el día rompiendo toda posibilidad de compartir de forma presencial con la familia, la mesa, el espacio o el tiempo. Internet no se apaga nunca, por lo que la noche no implica un repliegue de la actividad como sucedía en tiempos pretéritos. La autodeterminación pues, se erige en la única que condiciona si uno se va a dormir o se queda conectado y en vigilia. Encontramos muchas chicas con conductas anoréxicas que dicen que prefieren comer solas en su cuarto viendo series y lo que sorprende es que, de hecho están haciéndolo así desde hace mucho tiempo sin que la familia haya reclamado suficientemente el espacio común de la mesa con ellas.

Llegada la adolescencia si el sujeto no tiene un ritual simbólico al que agarrarse para saber cuál es el siguiente paso a dar, en su obligada autode-

terminación huérfana de consignas, pueden darse los dos extremos: o bien inhibirse y replegarse en su habitación (huyendo con pavor de exponerse a la eclosión de la experimentación en sus compañeros y refugiándose en relaciones exclusivas a través de la pantalla) o, en el otro extremo, dejándose llevar por el grupo de iguales lanzándose a la experimentación sin límite y sin otra razón que “porque los demás lo hacen” y con el riesgo que esto supone.

### **LOS PADRES**

Los padres, tanto en uno como en el otro escenario, asisten al fenómeno y se encuentran inermes, perdidos sin la armadura que permitían concepciones más colectivas de cómo acompañar y educar, qué esperar de una determinada edad... No entienden que con todo lo que les han dado los hijos no les correspondan y no sean felices. Y entran en la rueda de intentar comprar felicidades de mercado para ellos.

Cuando finalmente no se consigue revertir la desmotivación hacia el proyecto de estudios, el tedio, el aburrimiento, el desistimiento vital en sus diversas formas (TDA, depresión) o se entra en conductas que lo intentan atajar de manera disfuncional (transgresiones, autolesiones, anorexias, consumos de sustancias o de tecnología de manera evasiva y abusiva), entonces los padres recurren a la ciencia, acuden a las consultas en un acto de consumo, que conlleva la exigencia de encontrar el diagnóstico y el tratamiento eficaz, como si la complejidad de los factores condicionantes se pudiera desvanecer con un juicio clínico y una pastilla que venden en la farmacia o un tratamiento estándar. Esta es la expectativa de los que nos consultan y nuestra primera labor es desmontar la ficción que se ha creado respecto del derecho a la salud, incluso respecto de que esto sea un problema de salud, con la connotación que el término salud tiene respecto de lo corporal, el sistema nervioso, los neurotransmisores...

La vida de la nueva infancia se juega en gran medida detrás de una pantalla donde no hay que esperar, donde todo está cuando y donde se quiere, a golpe de clic: ya no hay que esperar para ver la programación infantil, ni para conseguir ninguna otra cosa. Desde luego la paciencia no es una virtud

que hoy se practique. Las cosas se consiguen con un click y nos pasamos de consumidores a objetos de consumo sin percibirlo: nuestro tiempo, nuestros datos son codiciados por las grandes empresas tecnológicas que desarrollan una ingeniería muy eficaz para conseguirlos. En esto los niños se han convertido en una succulenta población diana para las empresas de ocio. Los videojuegos gratuitos que se descargan contienen sistemas muy estudiados para fidelizarlos, ampliar el tiempo de consumo, y mantenerlos conectados o pendientes de diversos refuerzos de la atención que prestan a ellos.

En la actualidad los niños existen, como todos, a través del consumo que realizan, y si no se les permite consumir, cuando los adultos no satisfacen sus demandas inmediatas de consumo, reaccionan con violencia.

Como nos señala Byun Chul Han para los mismos padres *la idea es que todo se puede comprar* por lo que hay que rendir *para conseguir el dinero para comprar la felicidad. Los síntomas están ligados al querer “poderlo todo”, a la imposibilidad del no, de los límites, más que a las prohibiciones o al deber. El imperativo del rendimiento como nuevo mandato de la sociedad del trabajo posmoderno, genera adultos agotados, cansados, hartos de una continua guerra consigo mismos que toma rasgos destructivos. En este contexto surgen trastornos como el burnout, depresión, déficit de atención, hiperactividad, fatiga crónica... son enfermedades ligadas al exceso y no a la falta, no existe el no, nada es imposible si conseguimos el dinero para comprarlo.*<sup>16</sup>

Y luego se habla de conciliación. El adulto agotado duda de sí mismo, no tiene energía para decir que no a sus hijos, dando la opción al niño de fantasear con que puede decidir todo, de forma que cuando el hijo no acepta sus propuestas el adulto claudica. David Le Breton señala cómo la frase “no quiere” cuando los protagonistas la dicen aludiendo al hijo, *representa una forma moderna de la fatalidad, justificando de antemano que los padres no insistan en materia de prohibición y ratifica el poder del niño hacia ellos.*<sup>17</sup>

Cito a Josep Moyá Ollé<sup>18</sup> que, para explicar uno de los factores del aumento de los trastornos de conducta, analiza el debilitamiento de la autoridad, —en el marco de la pérdida de legitimidad del patriarcado, es decir de la función paterna. Este autor siguiendo a Jose Antonio Marina, plantea que *las instituciones actúan autorizando a un número de personas a ejercer la potestad correspondiente al puesto que ocupan. El Estado autoriza a los jueces y éstos*

a los policías. Todos tienen un poder conferido, recibido. Están autorizados, tienen la autorización para ejercerlo, son autoridades. Pero se trata de una autoridad conferida por el cargo, el puesto, la posición... Una persona, por el hecho de ocupar un cargo recibe una autorización para ejercer el poder. Y hereda parte del capital simbólico de la institución a la que pertenece. Así en épocas pasadas, el docente recibía una autorización y una autoridad de la sociedad. Pero, en este momento, el prestigio de la institución escolar es bajo. Y esto hace que la fuerza institucional que reciben los docentes sea escasa, lo que les produce con frecuencia un sentimiento de desamparo o de impotencia. A estas reflexiones extraídas del texto de Jose Antonio Marina La recuperación de la autoridad<sup>19</sup> cabría añadir que tampoco las familias, los padres, se sienten autorizados a ejercer su función educativa. Google ha sustituido los consejos de los padres, de forma que cuando los hijos quieren resolver algún problema o tienen alguna duda recurren al Gran Saber que les proporciona la pantalla. Entre preguntar a Google y preguntar a los mayores, la mayoría de los hijos recurren a Google, que además suele estar más disponible. Además hoy los niños acceden a la información con más facilidad que los adultos por su mayor soltura de manejo de internet y dispositivos electrónicos.

Esto ha contribuido a cambiar la relación entre las generaciones, se ha perdido la asimetría de los niños con respecto a los adultos en cuanto al acceso al saber, que era una de las condiciones sobre las que se asentaba el respeto a los mayores.

Por eso Moyá continúa: *En consecuencia, la autoridad de los padres es un ente que es preciso conquistar día a día pero que nunca viene dado a partir del lugar que los padres ocupan en cuanto tales. En este marco no ha de sorprendernos el elevado número de demandas de consulta que realizan los padres en los dispositivos de salud mental que se concretan en preguntas del tipo: ¿qué tenemos que hacer para que nuestro hijo nos haga caso? ¿cómo hemos de intervenir cuando se niegan a dejar el videojuego porque ha llegado la hora de cenar? ¿qué estrategias hemos de poner en marcha para que estudie o haga deberes?*

Porque si antes para realizar la tarea de padre/madre se confiaba en el saber de las generaciones precedentes (preguntando a las abuelas), o se guiaba uno por cómo le habían educado sus propios padres (para replicarlo o contrariarlo), al haber caído los ideales paternos hoy estamos huérfanos

de certezas y apelamos a la nueva autoridad, la ciencia, los médicos y psicólogos, los psicopedagogos: de ahí el éxito de la literatura de divulgación educativa, los libros de cómo educar a los hijos, “cómo hacer que mi hijo me obedezca”, y títulos de este estilo que son el correlato de la gran demanda de los padres actuales en las consultas: pautas, quieren que les demos pautas de actuación.

Para muchos de mis pacientes absentistas escolares el hecho de que un día los padres no se opusieran a que se quedaran en casa en vez de ir al colegio les abre la puerta a quedarse más días, quizá al principio una queja somática, un dolor de tripa o de cabeza justificó la comprensión paterna, pero esto finalmente termina fijando un absentismo o una imposibilidad de asistir al colegio que ya se hacen muy difíciles de reconducir. Otro ejemplo es el miedo a dormir solo, que es contemplado con horror por unos padres que quieren evitarle al hijo todo sufrimiento y por tanto lo meten en la cama hasta edades cercanas a la adolescencia bien entrada. Sin darse cuenta de que los niños leen el mensaje interpretando que si mis padres no me dejan dormir solo será que hay algo de lo que realmente hay que tener miedo.

En los debates sobre la crisis de la institución de la familia y su repercusión sobre la clínica, se sostiene desde concepciones tradicionalistas y también desde las posmodernas que en algún tiempo o en algún lugar existió o existe la familia perfecta, en la que cada integrante ocupa su lugar, produciéndose de este modo las condiciones ideales para la transmisión de los valores fundamentales. Pero es un hecho que ni en el pasado la familia funcionó como una institución idílica ni las nuevas y variadas conformaciones familiares funcionan como se esperaría de un exponente del ideal de la libertad.

En cuanto a los síntomas que se derivan de unas y otras familias: como nos recordaba Rosa López en las Jornadas sobre la Familia de la Sección de Psicoanálisis de la AEN celebradas en 2015: *Pensemos que un síntoma, es en su sentido más genérico, aquello que no anda y que inevitablemente se interpone como obstáculo en el camino de búsqueda del ideal. Pero tras ese ideal que, a primera vista, parece específico de cada sujeto, reconoceremos siempre los imperativos sociales de una época. El sufrimiento humano por excelencia surge en aquellas situaciones en las que el sujeto se reconoce incapaz de responder al ideal del sexo, de*

*la paternidad, o del trabajo que cada cultura promueve*<sup>20</sup>. Partiendo entonces de que los hijos hacen síntoma en cualquier tipo de familia veamos cuál es la especificidad de la familia contemporánea, lo que quizá nos dé alguna clave para entender los nuevos síntomas.

En comparación con épocas pretéritas hoy es el hijo el que forma la familia. Antes un hombre y una mujer formaban pareja y decidían luego tener hijos. Ahora sin el establecimiento de la pareja conyugal el nacimiento del hijo es lo que constituye una familia. A lo largo del último siglo la institución familiar ha virado, de estar fundada sobre la relación de matrimonio de la pareja parental a estar sustentada sobre la relación de filiación: Es el hecho de tener un hijo lo que sostiene en muchos casos un vínculo familiar inestable. Esto lo podemos comprobar cuando nos fijamos *en que es cada vez mayor el número de hijos que nacen hoy fuera del matrimonio o de la pareja: alrededor del 60%. En contrapartida la mayor parte son reconocidos por sus padres*<sup>21</sup>. El matrimonio puede ser una institución obsoleta, pero la paternidad permanece<sup>22</sup>.

Hoy no podemos considerar que un tipo de familia es mejor que otra, y eso es lo que ha cambiado, (antes sí se consideraba que el tipo de familia con padre, madre e hijos nacidos dentro del matrimonio era el modelo de familia aceptada). Ahora, aunque las familias con un padre y una madre sean la mayoría, ya no constituyen un modelo, no se considera mejor que otras conformaciones familiares. Y por otro lado como dice Caroline Elia-chef: “no es en las familias heterosexuales donde se ven las cosas menos raras”<sup>23</sup>. Así pues, el modelo de familia del siglo pasado no era mejor, era diferente. Y por tanto vemos una clínica en los hijos que ha variado.

Podemos pensar que el cambio se debe a la increíble diversidad sociológica de las familias actuales, y de la demasiada variabilidad de tipos de padres y de hijos que las componen. Pero como recuerda Daniel Roy<sup>24</sup> lo que pasa desapercibido es que el significante “familia” ya no sabemos a qué remite. Más allá de que se base en la filiación o en la alianza, no es un significante dado a priori o inscrito en lo simbólico. En cada sujeto el hecho de tener una idea de la familia como institución reguladora, o sea la existencia de la función simbólica de la familia, permitirá que se modulen las satisfacciones paradójicas –disfunciones– de cada grupo familiar concreto,

y cuando no existe esa modulación por lo simbólico frecuentemente viene a primer plano la función imaginaria de la familia: los hijos tratan de encajar su particular conformación familiar a la imagen que tienen de lo que para ellos es la familia ideal, así por ejemplo cuando la pareja de la madre trata de ordenar las conductas, el hijo le espeta: “¡no puedes regañarme porque no eres mi padre!”, o “no hablas como una madre” rechazando en la madre algo que sin embargo exhiben sin pudor ellos mismos, apelando a un cierto tipo de lenguaje perdido, en el imaginario de lo que deben pensar que es una madre modelo. Es por esta inconsistencia de la familia postmoderna que se necesitan ayudas a la parentalidad y tratamientos conductuales para reconducir las disfunciones. Antes la familia velaba, en el sentido de ocultaba, por su estatuto simbólico, las formas de goce de sus miembros, por ejemplo el hecho de que tuvieran una vida sexual en el seno de la misma: los hijos negaban la idea de sus padres como protagonistas de la escena primaria, los padres no contemplaban el que los hijos pudieran hacer uso de su sexualidad en pareja bajo el techo del domicilio familiar por el hecho de ser de la familia, pero todo esto hoy es muy distinto.

María, hija adoptiva en edad adolescente inicia una deriva de autolesiones y restricción alimentaria que rápidamente se le va de las manos y lleva a sus padres a sentir que ya no pueden o no saben cuidarla. Tras un ingreso les han recomendado los expertos, que sí saben cómo cuidarla, que tras las comidas haga un reposo estricto de 30 minutos, durante ese tiempo le prohíben incluso escribir en el teclado del ordenador o cruzar las piernas. La madre que observa esas conductas durante el reposo prescrito se lo señala, María protesta, la madre la levanta la voz, terminan discutiendo y la paciente espeta a su madre un “estoy así por vuestra culpa” que lleva al padre a responder en espejo “nos has jodido la vida”. Tras esto, al día siguiente en el instituto donde tiene una crisis de ansiedad, un profesor que intenta ayudarla le dice “si no se te pasa llamaremos a tus padres” y ella sale corriendo, huye y termina trasladada a urgencias. Cuando la paciente me cuenta la escena me dice: “cuando nos enfadamos decimos cosas que no queremos decir”, lo reconoce en sí misma pero escuchar esas cosas del padre no lo soporta. No quiero cuestionar el protocolo TCA pero le señalo que en tanto ella dice “si no fuera porque pueden ingresarme de nuevo no comería nada”, los padres que no saben cómo ayudarla, van a seguir al pie

de la letra lo que les recomiendan y que tenemos que convencerlos de que ella puede cuidarse sin necesidad de esa férrea vigilancia.

Ya no se habla de familia sino de parentalidad, un neologismo de finales del siglo XX. Ser padre define un estatuto legal, simbólico. El término parentalidad desborda ese estatuto, hablar de parentalidad pone el acento en la relación del niño con sus padres. La adquisición del rol parental dependiente de la historia personal y la vivencia de hijo del progenitor, ha llegado a un equilibrio normalmente cuando los hijos llegan a la edad de latencia, habiéndose resuelto muchas de las cuestiones identificatorias que hicieron crisis cuando el niño nació, obligando a los padres a sus primeros retos y forzándoles a una identificación con sus propios padres. Pero esto se hace difícil cuando ha cambiado el ideal de rol parental tan radicalmente.

Eric Laurent en una conferencia que se puede encontrar en YouTube sobre “Los niños y la parentalidad contemporánea” plantea: *El niño de hoy nace en un mundo que ya no está estructurado por el a priori del amor del padre, según el rol del padre en el mundo occidental con su doble vertiente: aquel que es amado y que es a la vez el que priva de goce. Esta particularidad de la época fragiliza su construcción quedando el niño contemporáneo confrontado a formas de goce adictivas de las que da muy bien cuenta la clínica. Se ve en las adicciones que conciernen a todos los circuitos pulsionales: el oral (anorexia-bulimia, las sustancias), el anal (retención-expulsividad: la agresividad), lo escópico (videojuegos, pantallas múltiples), y lo vocal (el objeto voz con la intolerancia a los mandamientos en general).* Laurent añade que el comodín TDAH subsume una clínica ligada a la imposibilidad de habitar un cuerpo y de fijarlo a una imagen en la que también estaría implicada la fragilidad actual del padre. Ante esta fragilidad de la ley del padre caemos en un exceso de autodeterminación: Manuel Fernández Blanco en una conferencia para el Ateneo de Palencia en febrero de 2022 planteaba que no hay límites a la autodeterminación y ponía como ejemplo la ideología queer para la que cada cual determina si es hombre, mujer, si es ambas cosas o si fluye entre una y otra identidad. Debemos platearnos también por qué en los últimos años la mayoría de peticiones de cambio de sexo que plantean los adolescentes son de mujer a hombre, habida cuenta de que en la clínica vemos que muchas chicas optan por ser chicos como una solución para escapar de la degradación

que de la mujer hace la sociedad patriarcal. Una paciente me decía “si las mujeres cobran un sueldo de mierda, y tienen trabajos de mierda, yo voy a ser un hombre”. Cuando en el pasado la salida era la militancia feminista, identificándose a un ideal simbólico (de lucha por los derechos, de reivindicación social...) hoy en muchos casos se realiza una identificación imaginaria al varón. Otra paciente, sin ir al instituto desde hace más de un año amedrentada por fantasías de ser víctima de posibles compañeros agresivos considera que siendo chico estará algo más a resguardo de los abusos y en su reclusión se plantea el proceso de cambio de género.

### **LAS DEMANDAS**

Qué nos piden, qué quieren de nosotros, cómo podemos ayudarles, de qué sufren.

Los padres ¿sufren de que los niños sufren? ¿o sufren de que sus niños no sufren? Voy a desarrollar 5 tipos de demandas que realizan los padres posmodernos a los servicios de salud mental.

1) Nos consultan padres que padecen de la falta de padecer de sus hijos, los padres nos piden que nos ocupemos de hijos que no lo demandan, hijos que no se preocupan por estudiar, que no se responsabilizan de sus conductas, que no cumplen con el ideal o que buscan soluciones fallidas sin que esto les haga sufrir. Soluciones como aislarse cuando deberían salir (encerrándose en casa para jugar a videojuegos sin pausa), dejar de comer cuando deben crecer, comer compulsivamente cuando deberían adelgazar, autolesionarse cuando deberían empezar a cuidar ellas solas de su cuerpo... Y esto los hijos, las hijas, lo hacen, paradójicamente, encolerizados por el hecho de que los padres se ocupen de ellos, generalmente limitándoles. Las expresiones sintomáticas, además, consiguen un efecto contrario al que los hijos buscan conscientemente: promueven con estas conductas disfuncionales que los padres se ciernan sobre ellos en una vigilancia y supervisión de la que dicen querer escapar... A más autolesiones encontrarán más vigilancia, a más anorexia más alimento, a más consumo de tecnología más prohibición.

En este escenario inserto en el marco de una sociedad que busca en la ciencia médica la solución a todos los malestares, la mirada adulta poco acogedora y flexible interpreta fácilmente la variada fenomenología adolescente como sintomatología. Pero como nos recuerda Jaume Funes *en cuanto tenemos posibilidad de ejercer la paciencia y la esperanza permaneciendo al lado del adolescente, comprobamos muchas veces que todo es provisional y todo puede acabar siendo diferente*<sup>25</sup>. Porque además, como subraya este autor, las características clínicas de los adolescentes que atendemos recuerdan de muchas maneras las de los pacientes adultos considerados «límites»: extrema sensibilidad a la crítica y al rechazo, las manifestaciones de ira y rabia, las demandas de atención, la intolerancia a la soledad, la impulsividad, la necesidad de ser valorado y sentirse dominante sobre el otro, la fragilidad de la identidad. Este autor considera que se puede considerar el «funcionamiento intrapsíquico del adolescente» como «funcionamiento límite» y no, por supuesto, como un verdadero «estado límite» correspondiente a las clasificaciones clásicas de trastornos mentales.

El fenómeno de las autolesiones por ejemplo, fenómeno epidémico, de surgimiento como tal hace no más de un par de décadas, debemos interpretarlo no solo en clave psiquiátrica sino sociológica. En Europa se estima que el 27,6% de los adolescentes se han autoinfligido autolesiones al menos una vez en su vida y específicamente en cuanto a la autolesión no suicida se ha observado un aumento en su incidencia<sup>26</sup>. No todas las autolesiones son un exponente de psicopatología. Tal y como lo explican los propios pacientes, la autolesión no suicida, generalmente en forma de cortes superficiales autoinfligidos en la piel, se realiza con el objetivo de aliviar de forma inmediata malestares propios de la adolescencia como son la rabia, la frustración, también la ansiedad o la culpa. Pero solo deberíamos considerarlos síntomas de un trastorno cuando los ponemos en el contexto del resto del funcionamiento psíquico mermado, alterado. Lo que sí parece es que la autolesión es exponente de un cortocircuito pulsional que ataja eficaz pero transitoriamente un displacer intenso que se hace insoportable y para el que no se está dispuesto a buscar una salida mentalizada, ni que para la cual se necesite a los demás. Pedir ayuda, pedir perdón, pedir compañía, son exponentes de la falta que no se quiere mostrar, la autoeficacia inmediata está más de moda. En la epidemia de autolesiones además

vemos un fenómeno de identificación colectiva que se ha confirmado con el aumento de las autolesiones tras la exposición excesiva a redes sociales durante la pandemia. La epidemia de autolesiones contiene muchos fenómenos en sí misma. Y conviene desbrozarlos bien en cada sujeto, pero dada la deriva que actualmente toma todo, terminará siendo una categoría más del DSM: el trastorno por autolesiones. Debemos promover una reflexión sociológica sobre el fenómeno, que es desde luego contagioso, llamativo y para los padres muy alarmante. Esto los hijos lo saben.

2) Hay otra demanda contemporánea que nos desborda en los servicios de salud mental infantil: los padres separados en conflicto quieren que el psiquiatra arregle los estragos que el conflicto parental ha producido en el hijo sin pasar por intentar resolverlo o siquiera entenderse con el ex para evitarle al hijo el conflicto de lealtades y la violencia que bebe por estar en medio del fuego cruzado entre los progenitores.

En *Una breve historia de la adolescencia*, David le Breton<sup>27</sup> alude al hecho de que “*hoy los niños tengan que sufrir más de los atolladeros narcisistas en los que están enredados los padres que de las rigideces educativas de antaño*”. Aquí se hace extremadamente patente lo que Lacan aludía como la inexistencia de la relación entre los sexos, es decir el malentendido, el desencuentro, la imposibilidad de la relación entre los dos miembros de la pareja parental. Se abre un escenario en el que el amor ha dado paso a su hermano gemelo, el odio. Dos caras de la misma moneda, son pasiones puestas en acto entre dos sujetos condenados a relacionarse por haber tenido un hijo en común, circunstancia que impide la distancia que enfriaría el conflicto. Los resentimientos se alimentan cada vez que hay que ocuparse de la mínima cuestión: quién paga una excursión escolar, qué psicoterapeuta se elige, quién se ocupa de comprar la equipación de una actividad extraescolar... La diferencia de estilos educativos que se da en toda pareja y que, se sobrelleva cuando hay amor, se vive desde este escenario como una agresión franca dirigida por la parte contraria al trabajo de crianza realizado con el hijo durante el periodo que le corresponde a cada progenitor. Los jueces de familia terminan siendo en muchos casos los que deben decidir cada una de las mínimas cuestiones en litigio: si se cambia de colegio, si se atienden por uno u otro psicólogo las manifestaciones conductuales del hijo, si se

compra tal o cual equipación y quién lo hace... Todo está judicializado en estos casos. Los profesionales recibimos niños que absorben diariamente un nivel de tensión y violencia entre las dos figuras de referencia insoportable. Cristina no habla en sesión, mantiene el silencio durante meses, coartada por la idea de que todo lo que pueda decir va a ser utilizado por uno de los progenitores para acusar al otro, como suele suceder, finalmente hace un intento de suicidio por sobreingesta de medicación y tras este paso al acto vomita en una sesión todo el resentimiento hacia la violencia que vive en sus padres: “se quejan de mí y no se ven ellos mismos”. Algunas veces mediatizados y aleccionados para quejarse de su mamá o su papá, dependiendo de los casos. Pablo con 8 años llegó a decir, inducido por su padre, que se suicidaría si tenía que vivir con su madre. Fue llevado por su padre a las consultas de los psicólogos y las urgencias de pediatría de medio Madrid para que allí contara lo que su padre le dictaba antes de entrar con el objetivo de recabar informes con los que acusar a la madre. En colaboración con el Centro de Atención a la Infancia de servicios sociales conocimos la maniobra de este padre que urdió un sistema acusatorio hacia la madre para el que trató de instrumentalizarnos pidiéndonos informes que utilizaba como pruebas del supuesto daño que estaba haciendo la madre a Pablo. Sin embargo se destapó su plan y el juez, tras consultarnos cuál sería el efecto en el niño, le retira las visitas al padre. Es entonces cuando Pablo recuperó una convivencia feliz y tranquila con la madre.

Otras presentaciones del daño que el conflicto produce en los hijos:

- adolescentes que reaccionan agresivamente hacia uno de los progenitores por identificación al otro,

- niños inhibidos en su posibilidad de hablar en sesión, B me decía cuando quería darle el alta, “cuando venga con mi madre te contaré una cosa... que hoy, que vengo con mi padre, no puedo contarte...”. En este caso se hace muy evidente que sobre la misma realidad se pueden tener muy diferentes versiones, incluso radicalmente opuestas. Borja durante el periodo de latencia desarrolla un síntoma hipocondriaco leve por el que yo le mantengo en entrevistas, en vez de darle el alta al comprobar que el mayor conflicto no es la sintomatología del niño sino el desencuentro radical entre los padres. Tiene algunos miedos a dormir solo y fija algunas

sensaciones corporales como amenazas a su salud que vive como graves. Este es un rasgo de identificación a una madre ansiosa que siempre se ha mostrado muy temerosa de que pueda sufrir una grave crisis epiléptica, por lo que le hace portar allá donde va una mochila con medicamentos, no le da permiso para acompañar a sus compañeros a algunas excursiones o a hacer las actividades habituales en los niños de su edad. El padre, que como el paciente tuvo crisis febriles en la primera infancia, y que conoce perfectamente las necesidades de atención médica de su hijo, me explica que éstas son pocas y que en ningún momento ha necesitado tantísimas precauciones. Me señala este exceso en la madre. La madre sin embargo siente que el padre no le protege como debería. Argumenta por ejemplo que no le abre la puerta del dormitorio -donde el padre duerme con su nueva mujer- cuando Borja se angustia por la noche. El padre por su parte señala que la madre acoge al hijo en su cama cuando ya no debería hacerlo por la edad que tiene... Este niño, identificado al síntoma materno durante la infancia (con su hipocondría), pasa en la pubertad a diluir ese síntoma y a reaccionar con agresividad verbal ante las consignas solícitas de la madre, cosa que ésta vive como una identificación de Borja al estilo maltratador hacia ella del padre y éste como una respuesta normal hacia el exceso de control que ejerce la madre sobre Borja, que por otro lado es un excelente alumno y funciona sin problemas en la escuela y en otros entornos sociales.

Cuando intentamos devolver el conflicto al espacio de pareja en el que debería estar, retirándolo del foco que se pone en las manifestaciones del hijo como paciente de salud mental, nos encontramos con un muro: madres justificadas en que no pueden exponerse al desprecio y descalificación de los padres, y ellos, los padres, en el convencimiento de que hablar con ellas no merece el esfuerzo porque están locas. Esto deja al profesional que constata la situación endemoniada en la que se sitúa al hijo, inerte para ayudar a éste, porque además desde la posición de terapeuta del hijo si se acepta el caso se da el mensaje de que es el hijo quien tiene un síntoma que se debe reconducir, desresponsabilizando a los padres que no quieren dejar de hacer “todo lo que esté en su mano”, salvo entenderse con el coprogenitor.

Tanto nos enredan con peticiones de informes, incluso convocándonos a juicios, metiéndonos en el mismo conflicto de lealtades que al niño, (que

si escuchamos al otro progenitor es que estamos en su bando, que si ellas no les van a avisar de las citas...) que hemos tenido que dotarnos de un protocolo de padres separados en conflicto, que nos ampara para recibir al paciente sin tener que estar persiguiendo a uno y otro progenitor ya que son los padres los que tienen la obligación de informarse mutuamente de las citas, y para el que solo cuando expresamente uno de los dos se niega a que recibamos al hijo y nosotros vemos que en el mayor beneficio del menor éste debe acudir a tratamiento, lo seguimos recibiendo, poniendo en conocimiento de la fiscalía de menores que así lo hacemos aun cuando uno de los progenitores no lo consienta.

3) Los hijos supervivientes de enfermedades graves crónicas que han necesitado múltiples intervenciones médicas desde la infancia o conseguidos tras múltiples tratamientos de fertilidad. Cuidados como tesoros, algunos son tiranos desde bebés. Con cuatro años, Iris es el tesoro y a la vez la tortura de su madre. Hija única conseguida tras múltiples tratamientos de fecundación in vitro, fue siempre muy exigente con ella, demandaba su presencia para comer, para dormir, para todo, y si no la obtenía al instante lloraba desconsoladamente, pero si la tenía al lado le gritaba y le levantaba la mano ante cualquier pequeño deseo que no se cumpliera inmediatamente. Su padre y madre conviven y se llevan bien (relativamente, como se puede llevar alguien con su pareja). La madre considera que el padre no la atiende suficientemente cuando delega su cuidado en él, que se duerme la siesta y no la vigila, que desiste a la primera si no come o que la permite no ir a la cama a su hora si no quiere dormir. Por eso no sale de casa y se ocupa ella en primera persona de todo. Agotada como está lo considera sin embargo su obligación y no cesa en su función maternal que tanto le costó conseguir.

4) Nos encontramos con demandas de suplir la función parental: por ejemplo se lleva al hijo al psiquiatra para que éste le pregunte al hijo qué le preocupa, sin antes habérselo preguntado los propios padres. Atendí a Andrés porque la madre sospechaba que tenía un problema con su autoimagen, en la prepubertad había cogido peso y en verano le veía que se cubría el cuerpo inmediatamente nada más salir de la piscina, la madre interpreta que ocultándolo, Andrés sorprendido al oír esto en la entrevista le explica que era porque tenía frío.

Nos encontramos que hay padres que traen un escrito o un dibujo alarmante sin haber preguntado al hijo qué significación tiene: encontraron en los chats del teléfono del hijo que éste había colgado unas fotos de autoleSIONES, o unos escritos sobre el deseo de morir, o una expresión de la sexualidad que no se esperaban. Los padres van al psicólogo o al psiquiatra antes de preguntar al hijo nada al respecto. Piden además que el profesional no revele que han sido ellos quienes han leído o visto esas manifestaciones. A Pedro le han confiscado el móvil porque lo usa en exceso y ha suspendido los exámenes. Ultimamente se porta mal en clase y le sancionan con frecuencia. La madre me explica que miró los textos de sus conversaciones en el móvil y en una con la chica que le gusta ésta le decía que la vida es una mierda y que pensaba a veces en morirse, él le responde que él también lo piensa. Ahora la madre sabe algo que no puede decir que sabe porque le miró las conversaciones y eso le va a enfadar al hijo. Me pregunta cómo debe actuar, si debe darle importancia o no, ella misma dice que quizás fuera solo por solidarizarse con esa amiga, pero si no le preguntamos sobre el tema no podremos saberlo. Le recomiendo a la madre que hable con él, que le diga que está muy preocupada por él y que en su preocupación cometió el error de buscar en el móvil lo que debería haberle preguntado a él. Siempre fue un niño comunicativo, pero ahora, en la adolescencia, no les cuenta nada, se ha vuelto hosco, reservado e irritable con ellos. Ella se echa a llorar, al abuelo materno le han diagnosticado un cáncer que ya no pueden extirparle y ella oculta en casa su dolor, manteniendo el semblante sin romperse, pero sin paciencia para guiarle. Es un abuelo que ha constituido un referente para Pedro desde que era pequeño, pero nadie le ha hablado de lo doloroso que es para toda la familia la expectativa de perderlo, cosa que por otro lado Pedro sabe que es lo que va a suceder. Todos se ocultan unos a otros las preocupaciones y es la psiquiatra la que debe calmar las manifestaciones de éstas, quieren delegar en mí cosas que les corresponden a ellos y no pasar por el trago de decir las cosas que hay que decirse una vez que los niños son lo suficientemente mayores para ser tomados en cuenta a la hora de explicitarlas.

5) Los padres también sufren de que sus hijos no rinden como deberían en la escuela, de que “no se concentran”, de nuevo los niños muchas veces no sufren por ello. En la sociedad del rendimiento, todos los cuadros psiquiátricos quedan condicionados por el ideal del hijo que rinde, ideal que

puede verse frustrado fácilmente ante cualquier sintomatología. Natalia, con 6 años consulta por mutismo selectivo, a lo largo de la entrevista la madre, angustiada por los suspensos en la evaluación, en un momento de la entrevista me dice esta frase: “Natalia no tiene tiempo”. No la dejo pasar de largo por esta afirmación, le pido que me explique (la niña tiene 6 años). Y la madre explica que todas las tardes las pasa con la niña repasando, estudiando, haciendo tareas escolares, por lo que ésta no tiene tiempo de jugar. Ambos padres, inmigrantes de un país del este de Europa, fueron de niños buenos estudiantes, pero muy tímidos, rasgo que comparten con Natalia, ésta disfruta de las relaciones con niños si éstos toman la iniciativa, pero habla muy poquito en clase o no habla en absoluto por lo que ha suspendido en 1º de primaria las asignaturas troncales: lengua e inglés (por no haberse podido evaluar la expresión oral) y matemáticas. Las mates no se le dan muy bien, todavía no ha cogido la lógica de la suma, sin embargo lengua es su fuerte, empezó el curso sabiendo leer y escribir, la madre lo sabía pero la profesora no, y cuando ésta cita a la madre y le dice que su hija no sabe leer (porque no se lo demuestra en clase) la madre en vez de desmentirlo se pone a reforzar lo escolar hasta el punto de no dejar ni un solo momento en las tardes para el juego. De forma que al día siguiente, en la jornada escolar, Natalia pasa las horas en clase imaginando juegos, distrayéndose. Es una niña con una asombrosa habilidad para el dibujo y el modelado de figuritas de plastilina, formas de expresión que muestran una gran capacidad de atención sostenida y con la que muchas veces compensa su dificultad de comunicación oral.

Ante la falta de rendimiento las razones que antes se valoraban en primer lugar, se niegan, buscándose primero la posibilidad del TDAH curable con pastillas. Muchos padres y profesores no asumen que ciertos niños no alcanzan a comprender las matemáticas, que otros no consigan al ritmo de los demás la comprensión lectora, que otros incluso tengan una capacidad intelectual precaria... En suma, muchos tienen razones para no rendir, pero los adultos acuden demandando una solución médica porque todas esas razones les señalan la falla del niño ideal y como usuarios consumidores de salud demandan un tratamiento que mejore ese rendimiento mermado, en la expectativa creada por la sociedad contemporánea de que se puede consumir el tratamiento (terapia, fármaco...) que solventa cualquier falla. Víctor, 14 años,

CI 70 y una inquietud psicomotriz importante, está ya en la etapa de educación secundaria. En tratamiento con un metilfenidato de liberación inmediata las primeras horas de la jornada está más tranquilo, en las últimas empieza a enredar en clase y los profesores le tienen que estar frenando, regañando para que no hable, no interrumpa, no se levante, los profesores le dicen a la madre que hable con la psiquiatra y me diga que el efecto del medicamento se pierde a esa hora, pero por supuesto y como yo preveía y le expliqué a ella, aunque se le cambie por uno de liberación sostenida se mantiene el problema. Se trata de un caso en el que durante años se ha trabajado con la madre la aceptación de una condición intelectual que no le permite, ya en la enseñanza secundaria, alcanzar el nivel de discurso de las clases, por lo que se desconecta, se impacienta, enreda... Pero sorprendentemente cuesta cada año que los profesores consideren este factor fundamental en las conductas del niño. Es como si el significativo TDAH todo lo envolviera y se apelara a él para resolver todos los problemas, participando activamente muchos profesores en la medicalización de los problemas de la infancia. Esto se agrava desde que el hecho de aportar un diagnóstico de TDAH permite implementar privilegios educativos (más tiempo en los exámenes por ej) lo que ha provocado un aumento de peticiones de diagnóstico. Paradójicamente, tener un CI límite no te permite esos privilegios educativos, pero sí tener un TDAH.

Otros niños simplemente se apartan radicalmente de representar la realización del deseo materno y paterno, no se identifican con él.

El constructo TDAH viene a subsumir las fallas del niño ideal de la sociedad posmoderna: el niño que no rinde suficientemente, que no obedece suficientemente, que no se adapta a los escenarios sedentarios, que no comparte objetivos con los adultos, que no está motivado, que no desea lo mismo que ellos. Sin plantearse que en muchos casos son los adultos los que no han transmitido ese deseo.

Jaume Funes<sup>28</sup> escribiendo sobre los problemas de los adolescentes en la institución escolar plantea que antes de cualquier reflexión debemos hacer dos renuncias: la 1ª considerar el buen adolescente como el buen estudiante porque tener determinados conflictos con la institución escolar puede ser un indicador de buena salud mental; la 2ª atribuir las dificultades y las tensiones vitales entre adolescencia y escuela a dificultades o trastornos psíquicos,

aunque buena parte de esas tensiones comporten padecimiento psíquico.

Otro ejemplo paradigmático de lo que nos encontramos bajo el diagnóstico de TDAH: paciente atendido por neuropsiquiatría y tratado durante años con psicoestimulantes en base a un diagnóstico de TDAH, que es dado de alta cuando cumple los 14 años por cumplir la edad que ya no es atendida por pediatría, en vez de pasar al neurólogo de adultos, se lo derivan a salud mental dado que nosotros atendemos hasta los 18 años. Me encuentro con un paciente que lo es solamente porque muestra bajo rendimiento escolar. Cuando me quedo a solas con él le pregunto cuál es su problema y me contesta “el TDAH, la concentración”. Le digo que me explique con sus palabras qué siente él, cuáles son las dificultades tiene. “Me desconcentro cuando no me interesa o cuando es muy difícil lo que está explicando el profesor... soy un poco vago”, siempre fue un poco movido pero eso no le ha producido problemas, ahora en la adolescencia, se pone a hablar con los amigos en clase lo que le lleva a muchas llamadas al orden, pero en la asignatura de física y química él mismo se sienta en 1ª fila para poder atender mejor y no caer en charlar con los colegas que le distraen. En esos momentos puede concentrarse. Le pregunto si siente que tiene algún déficit o es algo que él pueda controlar, afirma que lo puede controlar. Le quito la medicación. Le digo que tiene en sus manos su propio destino.

Otra niña, de 10 años derivada por TDAH a instancias del colegio, viene con gesto serio, yo diría asustada, esperando la confirmación de una calificación de déficit que ya le está pesando mucho. Algo tímida e hiperprudente, observadora, no suele tomar la iniciativa de participar, se piensa mucho cada una de las tareas que realiza y cada una de las frases que dice. Sus padres reconocen compartir el rasgo de timidez de la niña lo que no les ha impedido dar el valiente paso de emigrar desde su país y así salir de una ciudad en cuyas calles sentían una inseguridad paralizante. En la entrevista a solas su latencia en las respuestas es seguida de reflexiones muy elaboradas. Me impresionó la madurez de esta niña que solo necesitó una entrevista a solas tras la que se le señaló como cualidad y no como déficit su rasgo reflexivo. Con esta devolución surgió una sonrisa cómplice es su carita previamente apagada y la recuperación en los padres de la confianza en ella.

Podríamos seguir enumerando circunstancias diversas que se califican

de TDAH, entre ellas está muy frecuentemente la ansiedad que en niños es entendida como hiperactividad.

### **CÓMO HACER CON ESTAS DEMANDAS**

¿Qué aporta la teoría psicoanalítica? ¿Cómo maniobrar como psicoanalista en la institución de Salud Mental? El analista es un instrumento pero cuando se trata de niños, el niño se sirve menos de él que el adulto, el analista es menos instrumento, tiene que tomar más iniciativas. J.A. Miller lo compara con un GPS que a la vez es un instrumento pero da órdenes<sup>29</sup>

Si un psicoanalista se modera a la hora de tomar en cuenta la información que viene del entorno cuando trata con adultos, sin embargo cuando se trata de niños esta consigna debe flexibilizarse, ¿por qué? J.A Miller plantea que es porque hay algo en el niño que todavía no se ha precipitado: el ideal del yo todavía no se ha introyectado<sup>30</sup>. Esto puede explicar hasta cierto punto esta percepción de que los niños no sufran con ciertos síntomas por los que sí consultan sus padres, hasta que se construya ese ideal del yo debemos tomar ese papel directivo sin dejar de interrogar su posición en las cosas que les pasan.

Si la institución, como decía Chus Gómez en su intervención en el curso neurosis ordinarias, de la Otra Psiquiatría, impartida en febrero de 2022, es el lenguaje que envuelve al sujeto, si una institución nombra a todas aquellas formas de lo que da cuerpo al Otro (escuela, familia, Estado, hospital, CSM) ; si también es, como recordaba ella, todos aquellos dispositivos inventados para limitar el goce, y en tanto da cuerpo al Otro, es también una modalidad de lazo social; debemos maniobrar incluídos en la institución, para pasar del rol que asumimos, que a veces es el del padre de la ley y el orden, como psiquiatras, psicólogos... a otro que no represente a quien pretendiendo normativizar convoca la contestación o incluso la transgresión adolescente. Agujereando ese semblante de aliado de los adultos, interrogando el síntoma como una expresión de un malestar subjetivo, apelando al paciente por muy pequeño, muy rebelde o muy inmaduro que sea sobre su propio deseo, preguntándole de qué sufre él, se abre la posibilidad de darle la vuelta a situaciones enquistadas en las que el síntoma con

su etiqueta diagnóstica parecía inamovible y abocaba a una identificación con el niño deficitario, que en sí misma puede causar la elección de vías muertas en la construcción de las identificaciones.

Las dos herramientas terapéuticas que aporta el psicoanálisis para que un profesional maniobre tanto en la institución de salud mental como en la consulta privada son la transferencia y la interpretación.

Un capítulo a tratar sería la transferencia en los niños, cómo construirla cuando son los adultos los que les llevan a la consulta del psiquiatra o del psicólogo. Al consultar apelan a un lugar de supuesto saber sobre lo que le pasa al niño buscando una solución médica, científica, certera y simple. Una solución que por su propia naturaleza considera que algo se ha impuesto al niño y lo ha trastornado, una solución que no tiene en cuenta que, por mucho que efectivamente haya factores que lo condicionan, es el propio sujeto el que se deja trabajar por dichos factores y elabora una respuesta sintomática propia y personal. Que con los mismos factores otro sujeto elaboraría otra respuesta sintomática, y que, por tanto, debemos de buscar tratamientos que tengan en cuenta la idiosincrasia de cada niño, y de cada familia. Debemos tratar sujetos, personas, y no solo trastornos. Y sin embargo, para poner al sujeto a trabajar, para implicarle en la búsqueda de sus propias fórmulas de solución, debemos mostrarnos en falta, revelar que no sabemos qué le está pasando pero que podemos ayudarle a buscar la respuesta que solo él puede encontrar en sí mismo aunque todavía no sabe que la tiene. Solo bajo esta condición el niño se va a preguntar qué razones tiene para comportarse así, o qué alternativas hay para relacionarse con los demás de otra manera. Pero en esto también hay que implicar a los padres, colaboradores imprescindibles cuando estamos hablando de desidentificar a los hijos con etiquetas que les justifican y les desresponsabilizan. Si estamos de acuerdo con Javier Carreño y Kepa Matilla, cuando sostienen *si la neurosis es algo, es pura identificación*<sup>31</sup> corremos el riesgo de promover neurosis de destino no ya al estilo de las de la mujer maltratada sino al del niño diagnosticado, a veces el diagnóstico también es una violencia sobre el sujeto.

Decía también Chus Gómez: *Las instituciones no orientadas por el psicoanálisis desresponsabilizan al sujeto, lo tratan como usuario, consumidor, lo tratan de todo menos de sujeto responsable: deciden por él, saben lo que le conviene, y en*

*definitiva le dirigen la vida...* y cuando el sujeto encima es un niño se redobla el trato hacia él como objeto. Objeto a tratar, a adiestrar, a reconducir. Es por esto que en el caso de los niños es en el que más empeño debemos poner para darle el lugar de sujeto activo en lo que le pasa. Los psicoanalistas usamos la palabra sujeto para subrayar que a las personas que nos consultan debemos reivindicarlas, más que como pacientes pasivos, como los que deben emprender la acción de su recorrido terapéutico y también para poner en valor lo subjetivo frente a lo objetivo.

Si lo esencial en el tratamiento de un neurótico es que pase de la queja a la demanda, de sujeto pasivo a activo, nos encontramos en la clínica con niños que son ellos mismos los que ante una dificultad pasan a la acción pero de forma que crean más alarma, el niño víctima de abuso se convierte en agresivo y abusador de compañeros, el hijo de una madre deprimida en un hiperactivo que no la deja adormecerse en su posición depresiva...

Irene plantea ya en la primera consulta una razón de su malestar: su madre pasaba los ratos que no trabajaba bebiendo en el bar en vez de acompañar su infancia. Ahora que tiene 14 años amenaza con suicidarse, se realiza cortes con cuchillas, no come durante días. Le ofrecí un ingreso y lo aceptó encantada. La madre al alta del ingreso me dice que “le viene grande” hacerse cargo de su hija, ésta le afea que ahora quiera ejercer de madre —demasiado tarde—. La madre reconoce que nunca la guió acompañándola para que comiera variado y saludable, ella misma ha comido siempre bastante mal, y ahora teme que le “coja manía por pedirle hacer cosas que nunca antes le ha pedido” como regularle el uso del móvil, comer, levantarse para ir a clase: no se ve como para conseguir que se levante a las 8 AM para ir al instituto. En casa se quitan la autoridad abuela y madre a gritos y en medio Irene se ha plantado y ha empezado a gritar más que nadie: amenazando con el suicidio, con la anorexia... Un ingreso terriblemente agitado por el pulso conductual que ha echado al personal del hospital durante 20 días pasa en el día 21 a ser tranquilo, porque ahora quiere el alta que obtendrá dos días más tarde. La madre sabe que volverá a las andadas nada más salir de allí, la propia Irene le ha dicho “lo que tengo no me lo van a curar aquí” y yo refuerzo esa idea, ¿a qué se refiere con “lo que tengo?” , Irene alude así a su diagnóstico, no es una enfermedad que

se cura ni con pastillas ni con ingresos, es una enorme queja que hay que gestionar ocupándose de ella desde el reconocimiento por parte de la madre de las limitaciones como cuidadora que ha tenido y la promesa de intentar cuidarla en lo sucesivo sin pretender que la hija no se disguste, porque para cuidar hay que decir que no a muchas cosas, asumiendo que el hijo se disguste porque no se le satisface, sin gritar, no sirve, sino la consistencia de esa promesa de cuidado, el cumplimiento de los pactos, recuperando el peso de la palabra y por la convicción de que estar al lado del hijo no es darle la razón en todo pero sí brindarle su tiempo y su deseo.

El trabajo con las madres y padres es una gran parte de nuestra tarea pero es prioritario permitir al niño establecer una transferencia y una producción simbólica bajo transferencia. Espontáneamente los niños han buscado representar simbólicamente su realidad por muy difícil que ésta fuera. Los más pequeños expresan sus fantasías, deseos y experiencias de un modo simbólico por medio de juguetes y juegos. La función del juego, que podemos usar como una herramienta en la consulta, es la de elaborar las situaciones excesivas para el yo –traumáticas–, cumple una función catártica y de asimilación lenta mediante la repetición de los hechos diarios y los cambios de roles, por ejemplo haciendo activo lo que se ha sufrido pasivamente<sup>32</sup>. Ejemplo de esto son los niños que tienen dificultades en el colegio y juegan a ser maestros severos castigando y regañando a muñecos-alumnos que se equivocan y no aprenden. El juego del escondite y el cucu-trás son la forma de elaborar la posible desaparición de los que se aman y es el primer juego que observamos en el bebé.

Pero los niños de hoy pasan gran parte de su tiempo usando videojuegos en los que el argumento ya está dictado, y que además están pensados para captar su atención de forma absorbente y creciente. Entonces se refugian e instalan en los circuitos pulsionales adictivos a los que aludía Eric Laurent, en la medida en la que el contexto social oferta objetos con los que se busca una satisfacción autista de la pulsión para la que no se requiere a los demás. Necesitar a otro para satisfacerla tiene la contrapartida de verse obligado a ceder algo de goce al sentirse en falta, posición difícil para el que ha experimentado la anestesia de los goces autistas que procuran los objetos tecnológicos. Por eso es imprescindible ofrecer un lazo transferencial a partir del

cual se tome conciencia de la propia falta y luego se intente restañar de otra manera. El objetivo es que el niño, al igual que el sujeto adulto, establezca en el síntoma la metáfora descifrable de su conflicto subjetivo.

Para el psicoanálisis una de las cuestiones fundamentales es tratar el síntoma como la producción que habla de la verdad del sujeto, por lo que tratar de anularlo mediante una terapia que apunte a extirparlo o silenciarlo hemos comprobado que sólo contribuye a desplazarlo. Valga como ejemplo el de aquella paciente de 12 años que fue traída por su madre al centro de salud mental por una conducta de arrancarse el cabello tirando de él por las noches, de forma que todas las mañanas la madre se angustiaba al ver los cabellos arrancados sobre la almohada y en el suelo bajo la cama. La paciente no veía en ello mayor problema, era la madre la que sufría viendo que la hermosa cabellera morena de la hija iba dejando áreas de calvicie que podían llevarla a un aspecto desmejorado, enfermizo. En este caso se pudo ir comprobando la dificultad de la madre de desprenderse de la preocupación por el aspecto externo de la hija como coagulación de su propio conflicto de tal manera que cuando la imperiosidad de la angustia de la madre me lleva como psiquiatra a pautar a la niña una medicación indicada para la tricotilomanía, ésta tiene su eficacia haciendo desaparecer este síntoma, la niña no se arrancó más el cabello, pero la pulsión, que no se satisface, se desplazó a otra manifestación conductual con el mismo efecto en el aspecto de la hija y por tanto en la economía de intercambios de angustia madre-hija: la niña empezó a rascarse compulsivamente los granitos de su incipiente acné facial de modo que su aspecto aparecía evidentemente sintomático al que la miraba.

Así pues, el síntoma neurótico, tanto en el adulto como en el niño, es un síntoma que habla y por tanto escucharlo es función del terapeuta psicoanalista, independientemente de la edad del sujeto. La particularidad es que la infancia es una etapa de elección sobre el deseo. En el niño la pregunta es sobre el deseo de la madre. Ha de pasar de ser el objeto de deseo de la madre a soportar que la madre desee otras cosas por fuera de él y forzándose de esta manera una identificación a aquel que suscita el deseo de la madre, en muchos casos el padre, pero no solo. En la infancia se cristalizan muchos síntomas. A la pregunta ¿qué desea mi madre? El niño tiene

que dar respuesta por la voz de la neurosis.

Rosine y Robert Lefort en *Diálogos sobre la clínica de la Infancia*, son interrogados sobre la posibilidad del psicoanálisis con niños (la cuestión es periódicamente planteada a lo largo de la historia) siendo la contestación de ellos en la pág.5 del texto: “el psicoanálisis es una cuestión de palabra, ¿por qué no va a ser posible para los niños?, desde que nace el niño está inmerso en el mundo de la palabra”.

Esthela Solano señala:<sup>33</sup> “...nadie pone en duda que un niño pueda comenzar un análisis pero el debate está en hasta dónde puede ir el sujeto niño en su experiencia analítica”. Ella plantea que las posiciones divergen en cuanto a:

- 1) lo que hay que analizar
- 2) lo que les es permitido a los niños analizar, ya que para ellos el encuentro con el otro sexo queda aún por venir.

Añade que el análisis de un niño puede conducir perfectamente al sujeto al desciframiento del síntoma si se dan las condiciones de posibilidad, que para ella serían: de parte del niño la subjetivación necesaria del síntoma (que el síntoma quiere decir algo para él), y de parte del psicoanalista dejarse tomar por el sujeto como causa del deseo de desciframiento.

El síntoma es lo que, para un sujeto, testimonia de su encuentro con lo real, independientemente de la edad o del desarrollo. Lacan señaló que el periodo de la infancia es decisivo porque en ese momento precoz se cristalizan para el niño los síntomas. Y diferencia el efecto de sentido del síntoma y, por otra parte, la relación con lo real.

Lacan ordena la clínica infantil en dos textos:

–Uno de 1938: *Los complejos familiares en la formación del individuo*. Donde propone pensar el padre (nominación), y la madre (cuidados) como funciones.

–Otro de 1969: *Dos notas sobre el niño*, para responder a Jenny Aubry a la pregunta ¿Cómo aplicar a la clínica del niño la teoría del inconsciente estructurado como un lenguaje?

En *Dos notas sobre el niño* Lacan elabora la concepción de que el síntoma

del niño está para responder a lo que hay de sintomático en la estructura familiar y distingue dos tipos de síntomas infantiles:

1. El síntoma del niño como respuesta a lo que hay de sintomático en la pareja de los padres y en ese sentido representa la verdad de la pareja parental. Sería el caso más complejo pero también el más abierto a nuestras intervenciones: el caso de neurosis

2. El síntoma del niño cuando depende de la subjetividad de la madre. El niño ocupa aquí el lugar de objeto del fantasma materno y su función es la de revelar la verdad de ese objeto situándose como síntoma de la madre, se plantea que el niño psicótico cumple esta función.<sup>34</sup>

Estas consideraciones con implicaciones de diagnóstico estructural del paciente infantil son interesantes en el sentido de que ponen en juego los elementos que nos encontramos en la clínica de niños y adolescentes: hay una demanda, generalmente de los padres (aunque a veces la demanda proviene de escuela, educadores u otros agentes sociales); un objeto de la demanda, que hay que promover como sujeto, a saber, el niño; un deseo que hay que esclarecer, en los padres y en el niño; y finalmente, una subjetividad a rectificar que puede ser la de los padres, la del niño o ambas. Quizá haya que barajar todas las posibilidades a priori dando luego lugar a que aquel que se vaya identificando como sufriente, susceptible de rectificación subjetiva porque realice un viraje hacia la demanda de saber, sea el que vaya adelante con el tratamiento. Esto sin perder de vista que el niño generalmente necesita más insistencia por parte del analista en su lugar de sujeto ya que, en todas las demás instancias en las que se mueve –familia, escuela, asistencia médica, pedagógica... el lugar de objeto (de cuidados, enseñanza, exploraciones y tratamientos o entrenamientos, respectivamente) ha sido demasiado subrayado.

Trabajamos en la institución de salud mental y es allí donde hemos de ir horadando concepciones científicas sobre las patologías infantiles que cierran la posibilidad del trabajo individualizado con el sujeto enfermo de lenguaje. Cuando la demanda viene ya rigidificada por uno de estos diagnósticos –el ejemplo príncipe es el TDAH– se hace difícil tratar de no res-

ponder en la forma esperada. Son las nuevas demandas dirigidas al Otro de la ciencia lo que dificulta el trabajo analítico, dado que el que demanda no busca el saber en el otro (terapeuta) sino que lo trae ya aprendido de los medios inundados por el discurso pseudocientífico (prensa, televisión, internet...). Los padres vienen ya aleccionados sobre la hiperactividad de su hijo. “Dra., no necesito que me explique qué le pasa, ya he encontrado en internet todo sobre los niños hiperactivos, sólo quiero que le recete usted el remedio que internet dicta como el indicado”. Lo peligroso no es que los padres lo vean así, sino que los niños asumen esta etiqueta cómodamente como causa-justificación de sus dificultades. La demanda es pues delegada a una instancia extrasubjetiva (familia, agentes sociales, profesores...), es el “pregúntaselo a mi madre”, como respuesta a la pregunta del terapeuta al niño en las primeras entrevistas ¿por qué vienes? El compromiso del psicoanalista en la institución de salud mental sería neutralizar esa demanda que obtura la búsqueda de la causa y anula al sujeto de la representación, del deseo y de la responsabilidad. De ahí la necesidad en la insistencia con el sujeto niño sobre su sufrimiento particular para diferenciarlo del de sus padres: ¿tú qué crees que te pasa?, ¿qué es lo que a tí te preocupa? Sólo si le consideramos sujeto y responsable en alguna medida de lo que le pasa habrá posibilidades de desactivar la instalación en un cómodo lugar de “soy hiperactivo”, o “soy anoréxica” que cierra la posibilidad de encontrar alguna otra respuesta ante el drama subjetivo que cada uno ha tenido en su infancia cuando ha tenido que enfrentar una particular encrucijada en el triángulo edípico o en el lugar que en la cadena de filiación y en el deseo de los padres ha ocupado.

Como con el adulto, el psicoanalista tendrá que tener en cuenta la capacidad de rectificación subjetiva del paciente y su posibilidad de transformar la petición de curación y de certificación de la razón que esgrime el sujeto en la acusación al otro, en una demanda de saber sobre su implicación en su síntoma.

Y es aquí donde hay que hacer una distinción específica de la atención a la población infanto-juvenil: no es lo mismo un adolescente –que ya tiene que asumir que tiene que buscar su propio recorrido sobre lo que le pasa, a pesar de que se le reconozca en ocasiones un entorno familiar particular-

mente difícil de afrontar- que un niño para el cual, en muchas ocasiones, nos hemos encontrado con la necesidad de abrir un espacio de análisis dedicado a los padres. Es una más de las dificultades a debatir: ¿cuándo dar pie a que la demanda por el hijo derive en una demanda propia de tratamiento en los padres?, ¿hay que acoger esa demanda trabajada en el seno del establecimiento de una cierta transferencia con el terapeuta del hijo o hay que derivarla a otro profesional para diferenciar los lugares del padre y del hijo? Una vez más nos encontramos que no hay fórmulas estándar ni aplicables en todos los casos. Tendrá que valorarse en cada caso cómo tratar la cuestión. En nuestra experiencia ha habido casos en que la escucha del niño se ha podido incluso interrumpir a favor de la escucha de la madre/padre cuando se ha entendido que eran verdaderamente éstos los que tenían una demanda de tratamiento que podía haberse reflejado en el síntoma infantil de su hijo.

Como hemos expuesto, nuestras premisas serían:

- a) existe un psicoanálisis posible para el niño,
- b) el niño es sujeto responsable en la enunciación,
- c) del niño puede surgir una demanda de saber sobre el síntoma

Y en base a estas premisas planteamos investigar cómo responder a distintas preguntas en relación a la práctica del psicoanálisis aplicado a la clínica de la infancia y la adolescencia:

1) Cómo resolver el problema de la distancia temporal entre las entrevistas. En la institución de salud mental, el volumen de la demanda es tal que resulta muy difícil citar a los pacientes con una frecuencia semanal o quincenal. Quiero aquí recordar experiencias terapéuticas de éxito con sesiones espaciadas como por ejemplo el caso Piggie de Winnicott. Se trataba de una niña que vivía a varias horas de Londres y que sus padres traían a las sesiones con el psicoanalista al cabo de semanas o incluso meses del encuentro anterior, haciéndole llegar sus padres entretanto alguna carta al Dr. Winnicott sobre el estado de la paciente. La eficacia con la que en cada sesión la interpretación pueda haber modificado la posición que ocupa el niño en relación a su propio deseo, el de sus padres o educadores sólo se puede constatar a posteriori. Pero postulamos que la palabra del otro, en el sujeto infantil o adolescente va a ser escuchada y que su potencia depende de la medida en

que esta palabra viene a abrir la posibilidad de encontrar en el otro terapeuta alguien que da paso al despliegue del discurso propio del niño. Alguien al que le interesa cómo el niño ve y siente las cosas que pasan en su vida, y que no sólo escucha la versión de los adultos.

2) Por eso es importante la forma: ¿A quién se recibe en la primera entrevista? ¿Sólo a los padres?, ¿Sólo al niño? Quizá sea útil recibir en primer lugar al niño con sus padres para que éstos expongan su demanda para sacar luego a los padres a la sala de espera y escuchar al niño a solas para tener su versión particular a partir de la cual organizar las siguientes entrevistas. ¿Qué sucede en sucesivas entrevistas?, ¿ha de atenderse siempre a los padres?, y en ese caso ¿antes o después de hablar con el niño?

Si atendemos a los niños mensualmente o incluso con menos frecuencia es importante tener la devolución de la observación que los padres hacen de los avances del niño con la oportunidad de introducir algún cuestionamiento de las posiciones rígidas que los padres puedan tener con respecto al hijo y que estén fijando el síntoma. Aquí también habrá que considerar la edad del paciente. Generalmente en los adolescentes se puede y debe hacer un tratamiento de separación en el que el acudir él solo a las entrevistas evite la presunción de alianza padres-terapeuta que impediría la transferencia.

Debemos inventar fórmulas que permitan el trabajo continuado en los casos que lo requieren. Una fórmula sería el trabajo grupal. Hemos constatado que en la adolescencia la dinámica de grupo brinda la posibilidad de cuestionamiento por parte del sujeto de sus propios circuitos de angustia y repetición vía la constatación del circuito de angustia y repetición del compañero de grupo. Juega también un papel la potencia que gana la interpretación cuando viene de la palabra del grupo y no solo del terapeuta que puede identificarse imaginariamente con el adulto del entorno familiar o escolar del paciente. En los grupos de niños en edad de latencia hemos encontrado la vía para separar el tratamiento del niño del de algunos padres. Es el caso de un niño de 8 años que fue derivado por una conducta compulsiva de rascado: se rascaba “sin querer” detrás de las orejas de forma que se llegaba a hacer sangre. Los padres consultaron alarmados por este síntoma en su hijo al que por lo demás describían como un niño bueno, educado, estu-

dioso y amable del que no se podía tener queja..., excepto por el síntoma de rascado y porque era un niño que no comía bien. Comía muy poco y tardaba exasperantemente. Se trataba de nuevo de un síntoma desplazado: previamente a rascarse las orejas habían conseguido evitar que se mordiera las uñas echando en ellas una sustancia aversiva. Pero claramente se trataba de un síntoma que molestaba el equilibrio familiar que pretendía instalarse en la apariencia de una educación exquisita a la que el niño respondía dócilmente. El niño inició tratamiento grupal en el que empezó a desplegar en correlación al discurso de otros chicos su rivalidad para con su hermano, entre otras cuestiones que también estaban fuera de lo que de un niño bueno podría esperarse. Entretanto la madre relató sus dificultades cuando niña para cumplir con el mandato de comer que a su vez le hacían sus padres, fue una espina en la armonía familiar que ante sus asombrados ojos se reeditaba en la alimentación de su hijo a pesar de que, como ella insistía en decirme, nunca había hablado a su hijo de su propio síntoma alimentario. El hecho de que el niño se permitiera, gracias a la terapia grupal pelearse de vez en cuando con su hermano fue disolviendo su necesidad compulsiva de rascarse las orejas hasta hacerse sangre, de forma que finalmente se le pudo dar a él de alta para empezar a tratar a la madre en escucha analítica facilitada por la transferencia instalada en la constatación de que su propia historia influía en la respuesta de su hijo hacia el mismo objeto de intercambio que ella había rechazado de niña: la comida.

Para terminar cito a Daniel Roy que plantea que si queremos interpretar al niño del siglo XXI,<sup>35</sup> tenemos que preguntarnos ¿cómo se sitúan los niños ante lo que hace síntoma en la civilización? Allí donde había ideales imposibles de soportar para el sujeto, hay ahora manifestaciones en el cuerpo y excesos imposibles de soportar para el otro (padres, profesores, educadores). Pero también el problema se complica porque el Otro mismo, (los padres, profesores, educadores), se encuentra infiltrado de este exceso y sin recursos para afrontarlo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Diagnóstico social 2017- *Así somos* Vicálvaro diario.madrid.es, disponible en internet consultado 19/23/22.
2. VILÁ F. “La salud mental, los jóvenes y el mundo del mañana”. En CRUZ D, MOLLEJO E, GONZALEZ F *Adolescencias. Nuevos retos, nuevas transiciones*, AEN 2021 Estudios 64 pag 131.
3. FERNANDEZ LIRIA A, RODRIGUEZ VEGA B, “Las psicoterapias en la red comunitaria de salud mental. La óptica de las narrativas” *Revista AEN* vol39 (136) pg177-188 2019.
4. Etecé editorial, *Posmodernidad*. Disponible en <https://concepto.de/posmodernidad/#ixzz7OHl5pQ6j>.
5. Investigación e Innovación en el ámbito educativo. EDUCACIÓN E INFANCIA EN EL SIGLO XXI: EL BIENESTAR EMOCIONAL EN LA ERA DIGITAL Edición: Tracey Burns y Francesca Gottschalk. Disponible en [https://fundacionsantillana.com/wp-content/uploads/2021/02/174781\\_EDUC-E-INFANCIA-SXXI-BIENESTAR-EMOC\\_150.pdf](https://fundacionsantillana.com/wp-content/uploads/2021/02/174781_EDUC-E-INFANCIA-SXXI-BIENESTAR-EMOC_150.pdf).
6. Investigación e Innovación en el ámbito educativo. EDUCACIÓN E INFANCIA EN EL SIGLO XXI: EL BIENESTAR EMOCIONAL EN LA ERA DIGITAL. Edición: Tracey Burns y Francesca Gottschalk disponible en [https://fundacionsantillana.com/wp-content/uploads/2021/02/174781\\_EDUC-E-INFANCIA-SXXI-BIENESTAR-EMOC\\_150.pdf](https://fundacionsantillana.com/wp-content/uploads/2021/02/174781_EDUC-E-INFANCIA-SXXI-BIENESTAR-EMOC_150.pdf).
7. Investigación e Innovación en el ámbito educativo. EDUCACIÓN E INFANCIA EN EL SIGLO XXI: EL BIENESTAR EMOCIONAL EN LA ERA DIGITAL. Edición: Tracey Burns y Francesca Gottschalk. Disponible en [https://fundacionsantillana.com/wp-content/uploads/2021/02/174781\\_EDUC-E-INFANCIA-SXXI-BIENESTAR-EMOC\\_150.pdf](https://fundacionsantillana.com/wp-content/uploads/2021/02/174781_EDUC-E-INFANCIA-SXXI-BIENESTAR-EMOC_150.pdf).
8. BALLESTER L, ORTE C *Nueva pornografía y cambios en las relaciones interpersonales*, presentada por la Universitat de les Illes Balears y la red Jóvenes e Inclusión en Madrid.

9. UBIETO JR ( ed) *Bullying, una falsa salida para los adolescentes*. Ediciones NED, 2016. Barcelona.
10. FUNES J, “De los malestares en el instituto a las dificultades educativas en consulta”. En *Adolescencias*. Cruz D, Mollejo E, Gonzalez F. *Adolescencias. Nuevos retos, nuevas transiciones*, AEN 2021. Estudios 64. pag.181.
11. CORREA URQUIZA M, MARTINEZ HERNÁNDEZ A, MARTORELL POVEDA M.A. “Mundos vitales y malestar emocional en el tránsito adolescente: una mirada desde la antropología fenomenológica”. En Cruz D, Mollejo E, Gonzalez F. *Adolescencias. Nuevos retos, nuevas transiciones*, AEN. 2021. Estudios 64, pag 62.
12. UBIETO JR Y PÉREZ ALVAREZ M. *Niñ@s Hiper. Infancias hiperactivas, hieprsexualizadas, hiperconectadas*. NED Ediciones 2018.
13. Informe OCDE. 2016.
14. PATTON, G., SAWYER, S., SANTELLI, J., ROSS, D., AFIFI, R., ALLEN, N., VINER, R. (2016). “Our future: A Lancet commission on adolescent health and wellbeing”. *Lancet* (Londres, Inglaterra), 387(10036), 2423-78. doi:10.1016/S0140-6736(16)00579-1.
15. BYUN CHUL HAN. *La Desaparición de los Rituales*, Ed Herder 2021 pag 45
16. NAVARRO LN. *Estrés y enfermedad en la sociedad del rendimiento* en [https://www.psicociencias.org/pdf\\_noticias/Estres\\_y\\_enfermedad\\_en\\_la\\_sociedad\\_del\\_rendimiento\\_Luis\\_Nocete.pdf](https://www.psicociencias.org/pdf_noticias/Estres_y_enfermedad_en_la_sociedad_del_rendimiento_Luis_Nocete.pdf)
17. LE BRETON D. *Una Breve Historia de la Adolescencia*. Ed. Nueva Visión. 2014. pag. 69.
18. MOYÁ OLLÉ JOSEP “LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA EN LOS ADOLESCENTES”. En *Adolescencias. Nuevos retos, nuevas transiciones*, AEN 2021 Estudios 64, pag 224.
19. MARINA, J.A. *La recuperación de la autoridad*. Ed Versátil Barcelona 2009.
20. LOPEZ R. “La Proporción Familiar no Existe”. En Roman N, Chacón L y Fernandez C. En *La Concepción psicoanalítica de la estructura familiar en la época contemporánea. Actas de las Jornadas de la Sección de Psicoanálisis de la AEN*. 2015. Ed. AEN 2019.

21. LAURENT E, conferencia *Los niños de hoy y la parentalidad contemporánea* (disponible en YouTube).
22. UBIETO JR (ed.) *Del Padre al Ipad. Familias y redes en la era digital*. NED ediciones 2019, pag 33.
23. MILLER JA *De la infancia a la Adolescencia* , Paidos, 2020 pag 145.
24. ROY D, *Padres exasperados -Niños terribles*. Disponible en francés: [https://institut-enfant.fr/wp-content/uploads/2021/01/PARENTS\\_EXASPERES.pdf](https://institut-enfant.fr/wp-content/uploads/2021/01/PARENTS_EXASPERES.pdf)
25. FUNES J, “De los malestares en el instituto a las dificultades educativas en consulta”. En *Adolescencias. Nuevos retos, nuevas transiciones*, AEN 2021 Estudios 64 pag 176.
26. BRUNNER R, KAESS M, PARZER P, FISCHER G, CARLI V, HOVEN CW, ET AL. Life-time prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behavior: a comparative study of findings in 11 European countries. *J Child Psychol Psychiatry*. 2014;55(4):337-48.
27. LE BRETON. *Una Breve Historia de la Adolescencia*. Ed Nueva Vsión 2014.
28. FUNES J, De los malestares en el instituto a las dificultades educativas en consulta. En *Adolescencias. Nuevos retos, nuevas transiciones*, AEN 2021 Estudios 64 pag 171.
29. MILLER JA “Interpreta al niño”, en *De la Infancia a la Adolescencia*. Paidós2020 pag 30.
30. MILLER JA “Interpreta al niño”, en *De la Infancia a la Adolescencia*. Paidós2020 pag 34.
31. CARREÑO J, MATILLA K, DE LA PEÑA “La Clínica y diagnóstico” *Today Cuadernos de psiquiatría comunitaria* n° 18 enero 2022.
32. ABERASTURY A. *Teoría y técnica del psicoanálisis de niños*. Ed.Paidos 1962, pags 41 y 42.
33. SOLANO E. “Los dos síntomas del Niño”, *Carretel* n° 1, Julio 1998, pag. 34.

34. LACADEE P. “Dos Referencias esenciales de J. Lacan sobre el síntoma del Niño”. *Carretel* n°1, Julio 1998.
35. ROY D. El niño del siglo y sus psicoanalistas, introducción. En *De la Infancia a la Adlescencia*, Miller J.A. y otros, Paidós. 2020.