

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

“EL SÍNTOMA EN EL NIÑO ¿UN RETORNO A LA MEDICINA?”

TESIS

**QUE COMO PARTE DE LOS REQUISITOS PARA OBTENER
EL GRADO DE MAESTRA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

PRESENTA:

NELLY TAPIA UGALDE

DIRIGIDA POR:

MTRA. JULIA VELÁZQUEZ ORTEGA

SANTIAGO DE QUERÉTARO, QRO., FEBRERO DE 2012.



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Psicología
Maestría en Psicología Clínica

EL SÍNTOMA EN EL NIÑO ¿UN RETORNO A LA MEDICINA?

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de
Maestra en Psicología Clínica

Presenta:


Nelly Tapia Ugalde

Dirigido por:


Mtra. Julia Velázquez Ortega

SINODALES

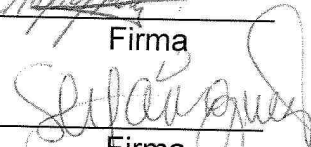
Mtra. Julia Velázquez Ortega
Presidente


Firma

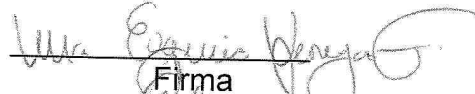
Dra. Raquel Ribeiro Toral
Secretario


Firma

Mtra. Susana Rodríguez Márquez
Vocal



Firma


Mtra. Ma. Eugenia Venegas Fernández
Suplente


Firma

Mtro. Ariel Santiago Guerrero
Suplente


Firma


M.D.H. Jaime Eleazar Rivas Medina
Director de la Facultad


Dr. Irineo Torres Pacheco
Director de Investigación y Posgrado

Centro Universitario
Querétaro, Qro.
Febrero del 2012
México

RESUMEN

El síntoma ha sido un término que poco a poco se ha convertido en tema de interés principalmente en la esfera social, y por consiguiente, en un campo de estudio para la ciencia. La medicina y el psicoanálisis han hecho del síntoma un concepto básico que funge como un pilar fundamental para desarrollar sus teorías. Por un lado, la medicina, disciplina en la que surge dicho término, parte de una visión organicista considerando al síntoma como sinónimo de enfermedad y colocándolo en los parámetros de anormalidad, su tratamiento y cura, consiste en la medicación para eliminarlo y, en consecuencia, tener salud. Por el contrario, el psicoanálisis, quien retoma de la medicina dicho término, propone una nueva visión, considerar que en el síntoma un trozo de historia del propio sujeto ha quedado obturado, el tratamiento consiste en dejar que el paciente hable en relación a lo que suscita en él, eso que llaman síntoma, o bien, en develar el saber que ha quedado obturado en ese síntoma, la importancia de cuestionarlo y brindar la escucha. A pesar de ser un mismo término, ambas disciplinas brindan una visión contraria, no obstante, la medicina parece haber dejado una marca indeleble en el psicoanálisis, y sobre todo cuando se habla de síntoma en el niño. El síntoma abarca mucho más que un término o una definición, hablar de síntoma en el niño implica abordarlo desde diversos ejes: 1) El origen del uso de la palabra síntoma; 2) los ideales sociales que imperan en esta época posmoderna; y, 3) el gran auge de la industria farmacéutica. Dicho abordaje de cada uno de estos ejes permite pensar en la postura de un retorno a la concepción médica de síntoma, dado que, a pesar de que el psicoanálisis postuló una concepción diferente de síntoma, en algunas disciplinas psi parece darse dicho retorno, debido a que el trabajo del especialista se dirige a suprimir el síntoma y reeducar al niño, no dando un lugar de escucha o de interrogación al síntoma.

(Palabras clave: síntoma, enfermedad, concepción médica, concepción psicoanalítica, niño, posmodernidad, medicamentos).

SUMMARY

Symptom is a term that has slowly become a topic of interest, chiefly in the social sphere and, as a result, a field of study for science. Medicine and psychoanalysis have made the symptom a basic concept which acts as a fundamental pillar in developing their theories. On the one hand, medicine, from where the term is taken, is based on an organicistic vision, considering the symptom as a symptom of illness and placing it within the parameters of abnormality. Its treatment and cure consist of medication to eliminate it and, as a consequence, regain health. On the other hand, psychoanalysis, which borrows the term from medicine, proposes a new vision: considering that in the symptom a piece of the subject's history has remained obturated. Treatment consists of letting the patient speak in relation to what is happening in him/her, that which is called the symptom, or revealing the knowledge that he/she has remained closed up within that symptom; the importance of questioning and listening. Although the term is the same, each discipline offers a contrary vision; nevertheless, medicine appears to have left an indelible mark on psychoanalysis, especially when referring to the symptom in a child. Symptom covers much more than a term or definition; to speak of symptom in a child implies reviewing it from diverse perspectives: 1) The origin of the use of the word symptom; 2) the social ideals prevalent in this postmodern era; and 3) the great boom in the pharmaceutical industry. A review of each of these perspectives makes it possible to think about a return to the medical concept of symptom since, although psychoanalysis set forth a different concept of symptom, in some disciplines psi appears to have undertaken this return due to the fact that the work of the specialist is directed towards suppressing the symptom and reeducating the child, not giving the symptom a place to be listened to or questioned.

(Key words: Symptom, illness, medical concept, psychoanalytical concept, posmodernity, medications).

ÍNDICE

	Página
Resumen	i
Summary	ii
Índice	iii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1: LA HISTORIA DEL SÍNTOMA EN LA MEDICINA	4
1.1 El síntoma en la antigüedad	4
1.2 El síntoma: enfermedad y cura	6
1.3 El síntoma en la psiquiatría	8
1.4 El síntoma en su encuentro con el médico	11
CAPÍTULO 2: EL SÍNTOMA EN PSICOANÁLISIS	17
2.1 Sigmund Freud y el psicoanálisis	17
2.2 La influencia del contexto social en el síntoma	27
2.3 El trayecto del síntoma por la psicología del siglo XIX	33
2.4 El síntoma en el niño: un trozo de historia	35
2.5 La concepción de niño y su relación con el niño	39
2.6 Distintas lecturas del síntoma en el niño	46
2.7 ¿El niño como síntoma o el síntoma en el niño?	52
CAPÍTULO 3: ¿EL RETORNO DEL SÍNTOMA A LA MEDICINA EN LAS DISCIPLINAS PSI?	59
3.1 El retorno del síntoma a la medicina	59
3.2 El síntoma en la posmodernidad	62
3.3 Síntomas actuales	71
3.3.1 El Autismo: lugar de la ausencia	72
3.3.2 El TDA-H: el síntoma de hoy en los niños	84
3.4 Ritalín: Una pócima mágica que “cura” y violenta	94

CAPÍTULO 4: EL RETORNO, UN ACERCAMIENTO A LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA	99
4.1 La felicidad empacada en un comprimido, suprime al síntoma	99
4.2 El poder absoluto de la industria farmacéutica, sobre el síntoma	106
CONCLUSIONES FINALES	115
LITERATURA CITADA	119

INTRODUCCIÓN

A modo de pre-texto

“El síntoma nos interesa por varias razones: porque pretendemos responder a él y porque podemos padecer de él”.

(Clastres, 1989, pág. 39)

El síntoma ha sido un término que poco a poco se ha convertido en tema de interés principalmente en la esfera social, y por consiguiente, en un campo de estudio para la ciencia.

Pero es necesario puntuar que a pesar de ser un mismo término, la concepción y método de tratamiento que se tiene de él en diversas ciencias, difiere e incluso, dichas concepciones parecen contraponerse a pesar de ser un mismo término; es decir, la respuesta al cuestionamiento ¿qué es el síntoma?, depende del lente con el que se mire y, habrá que agregar, depende también del contexto social y la época.

Me refiero principalmente a la concepción que la medicina y el psicoanálisis tienen de él. Si bien, se trata de un término que surge de la medicina y retoma el psicoanálisis, éste último brinda una concepción más amplia e incluso contraria a la de su surgimiento.

Una de las principales divergencias entre la medicina y el psicoanálisis, es que mientras la primera, lo ubica en los terrenos de la anormalidad, contrariamente para el psicoanálisis, parece tratarse de una salida de salud momentánea, es decir, no lo inserta en los terrenos de lo “normal” o “anormal”; así, el psicoanálisis ha abierto una nueva concepción y forma de abordar el síntoma, sobre todo en las llamadas psicosis y en el caso del síntoma en el niño. Pese a esto, existen algunas disciplinas psi y psicoterapias que propician un retorno a la concepción médica del síntoma. Por ejemplo, cuando es juzgado en los parámetros de anormalidad o se ubica alguna alteración

neurofisiológica, su tratamiento consiste en la medicación y supresión, para moldear al niño de acuerdo al ideal social que de él se ha establecido.

Sin embargo, y sin negar lo anterior, habrá que reconocer que el traslado, de la medicina al psicoanálisis de dicho término, ha tenido sus costos, pues me parece que cuando se habla **del síntoma en el niño** en las disciplinas psi pareciera estar sufriendo **un retorno a la concepción médica de anormalidad**, y el contexto social parece ser uno de los motores que contribuye a ese retorno al delimitar el trabajo del especialista con el niño en un asunto psicopedagógico.

¿Por qué retomar el contexto social actual cuando se habla de síntoma en el niño? Indudablemente, **el síntoma está atravesado por el discurso social**, pues es desde este lugar, que **se constituye un ideal de niño** y a partir del cual se coloca dentro o fuera de la norma, siendo derivado a las instituciones para “arreglar” a ese sujeto llamado “desviado” o “enfermo”, definiendo el trabajo de los especialistas en las disciplinas psi, en un asunto de supresión del síntoma y la reeducación para moldear ese niño al ideal socialmente construido.

A su vez, **la época** es la que **va a determinar ese ideal** que se ha construido desde lo social, y desde este lugar se especifica qué se espera de este sujeto, y así las diversas disciplinas actúen en beneficio del modelo social y económico que impera.

Ante esta situación de época, **el psicoanálisis aun se mantiene intentando nombrar y abordar eso que sucede en lo individual**, sin embargo, me parece que **se traza cierta dificultad en la intervención psicoanalítica**, ya que, nos enfrentamos a **una cultura y una época (la posmodernidad)**, donde **el cuestionar no es permitido, los padres no quieren saber nada** sobre el síntoma de su hijo y prefieren recurrir a la medicación para eliminarlo rápidamente.

El psicoanálisis plantea la importancia de cuestionar y escuchar al síntoma, pues en él, trozos de historia del propio sujeto se muestran y la intervención analítica está dirigida a constituir dicha historia; si algo no marcha en el sujeto, se trata de indagar por qué dejó de marchar o qué trabó su andar.

No obstante, me parece que dicha intervención se ve amenazada al percatarse del ideal que impera en esta época de posmodernidad y que acertadamente analiza la Dra. Raquel Ribeiro al plantear que en la época posmoderna se crea la idea de **constituir un sujeto deshistorizado**, donde el cuestionar o hacer juicios no tiene lugar, pues está gobernado por el régimen del biopoder –término instaurado por Michel Foucault- que intenta dirigir la mente y hace del saber sobre la crianza un producto más del mercado. Entonces, ¿cómo el psicoanálisis hace frente a este imperativo de la época?, ¿qué futuro se le puede deparar al psicoanálisis?, ¿tendría que retornar a la intervención médica abandonando la idea de cuestionar el síntoma pues de ese, el sujeto no quiere saber? o ¿qué aportes tiene el psicoanálisis para poder mantenerse y defender su postura de que el sujeto se cuestione sobre su síntoma?

De esta manera, para poder responder a la pregunta inicial y título de esta tesis, *El síntoma en el niño ¿un retorno a la medicina?*, es imprescindible, por un lado, hacer un recorrido desde **la concepción que la medicina crea del síntoma y la postura que el psicoanálisis establece**; por otro lado, retomar la importancia y **el efecto que el contexto social y la época tienen sobre la concepción de síntoma**, dado que, el ideal social que define el ser y el actuar del sujeto, va delimitar la intervención que se espera de diversas disciplinas como: la medicina, la psiquiatría, la psicología, la neurología y el psicoanálisis; así como también **el avasallador desarrollo e influencia de la industria farmacéutica** que contribuye a este retorno.

CAPÍTULO 1:

LA HISTORIA DEL SÍNTOMA EN LA MEDICINA

1.1 El síntoma en la antigüedad

La palabra '*síntoma*' surge en la antigüedad en el terreno médico, primeramente procede del griego y posteriormente pasó al latín. Al intentar definir dicha palabra se le relacionó con otros términos –enfermedad y signo-, situación que ha trastocado la manera en que se le concibe y es tratado en la medicina.

Síntoma procede (Diccionario médico-biológico, 2009) del griego *śymptōma* *śύμπτωμα*, es un sustantivo creado a partir del verbo *śympíptō* *śυμπίπτω* que significa literalmente 'caer al mismo tiempo' y en un sentido más amplio 'concurrir', 'ocurrir al mismo tiempo'; muchas veces adoptaba un significado negativo, 'ocurrir una desgracia, un accidente, una enfermedad'. De ahí que el sustantivo derivado *śymptōma* signifique primero 'infortunio'; después en filósofos como Epicuro 'atributo', 'propiedad' 'cosa que acompaña' en el sentido de 'fenómeno concomitante' y un poco más tarde entre los médicos 'fenómeno revelador de una 'enfermedad' o 'signo'.

En el ámbito médico (Ídem, 2009) fue utilizado primeramente por Erasítrato, médico alejandrino del siglo III a. de C., quien proponía que aquél que quisiera practicar la medicina debía ejercitarse en lo que a ella concierne, el analizar detenidamente y preocuparse por saber en qué estado patológico se produce el síntoma y no dejarlo escapar sin investigar.

Reseña que me parece muy importante, pues en los orígenes del término en la medicina, se planteaba la idea que la manera de atender el síntoma consistía en indagar el momento en el que surge el síntoma o dicho de otra manera, en cuestionar al sujeto en relación a su síntoma. Por lo tanto, podemos ir notando que desde dicha época se dejaba entrever el interés o la

incógnita de investigar respecto a aquello que lo causa o lo que se puede encontrar alrededor de él, guiando de esta manera la intervención del médico.

Podemos subrayar también el hecho de que el síntoma aparece ligado a la idea de enfermedad. (Ídem, 2009) Es Galeno en el siglo I d.C. quien le da mayor difusión al término titulado a dos de sus tratados: “*De symptomatum causis*” y “*De symptomatum differentiis*”, planteando en este último que: la enfermedad, *nósēma νόσημα* en griego, “*es un estado corporal patológico en el que se produce una merma de la funcionalidad corporal de forma destacada*”, explica que el síntoma y la enfermedad tienen relación pero no son sinónimos. Se llamará *enfermedad* a aquello que de forma destacada perjudique la funcionabilidad del cuerpo y *síntoma* a aquella situación patológica que acompaña la enfermedad.

Dicha diferenciación me parece interesante, pues si bien se habla de una relación entre síntoma y enfermedad, -diría Galeno- no son sinónimo, no se pueden utilizar indistintamente, sin embargo, con cuanta frecuencia al acudir con el médico, éste pregunta: “*¡Me dice que está enferma!, entonces ¿cuáles son los síntomas?*”, el paciente intenta describir y ubicar el malestar llamado enfermedad. No son sinónimo pero, finalmente, hacen referencia a que algo no funciona bien en el sujeto, a que algún órgano o función está mal; el síntoma como acompañando a la enfermedad que se manifiesta en el cuerpo. En palabras de Giovanni (Berlinguer, 1994, pág. 24) podría decirse que: “*la enfermedad es lo que se puede ver y comprobar porque produce señales o síntomas*”.

Más tarde, la palabra síntoma pasó al latín, como mera transcripción del griego, escrito ‘*symptoma*’ o ‘*simptoma*’, documentado por Teodoro Prisciano y Celio Aureliano, médicos romanos del siglo V. En sus primeros usos aparecía combinado en plural *signa* con *symptomata*, pero no tardaron en establecer la diferencia entre ambos términos, la cual se mantiene hasta nuestros días: *síntoma* se refiere a una manifestación subjetiva, mientras que *signo* es una manifestación objetiva, es decir, *síntoma* son todos aquellos indicadores que sentimos pero que el médico no puede ver, sólo se lo podemos describir, por

ejemplo: mareos, náuseas, dolor de cabeza, dolor de estómago, etc.; y *signo* son las manifestaciones visibles de la enfermedad, las cuales son visualizadas y revisadas por el médico, ejemplo: fiebre (constatada a través del termómetro), el color amarillento de la piel (ictericia), hipertensión (a través de un baumanómetro), etc. De esta manera, el síntoma indica la presencia de la enfermedad, está en el decir y en la descripción del paciente, en cómo percibe ese malestar en el cuerpo que no está funcionando bien.

1.2 El síntoma: enfermedad y cura

La manera en que ha sido definido el síntoma desde sus orígenes, permite pensar que cuando una persona cae enferma (desde el sentido de caída) es como si se encontrará en desgracia, ya que, su organismo no funciona correctamente produciendo malestar en el sujeto, definiendo así al síntoma en los parámetros de “anormalidad”, ubicado en el cuerpo y relacionado con la desgracia. Incluso podría pensarse en la idea social que se tiene de una persona enferma, como alguien que vive en desgracia y por ende, debe ser curada y liberada -pues vive atrapada en la enfermedad- de aquello que afecta su cuerpo y su mente.

Podría decir que, desde lo social se ha tomado al pie de la letra esta concepción médica; una persona enferma es señalada como portadora de un mal, por lo que es imprescindible recurrir a un médico, el cual busca la evidencia observable que demuestre aquello que lo está causando, le da un nombre (diagnóstica) y médica para ‘curarlos’.

Jacques-Alain (Miller, 1989, pág. 9) menciona que la posición médica comúnmente se fundamenta en la noción de armonía, que todos los órganos deben funcionar en conjunto y armonía, para que una persona sea sana; es así que define que “*el síntoma aparece como lo que perturba esa armonía, la altera, la destruye*”. Dicha concepción propicia crear una imagen musical, concibiendo el cuerpo como una orquesta en la que diversos instrumentos producen sonidos que se mezclan para conformar una melodía armoniosa, y el

síntoma aparece como aquello que desentona, desafina y destruye la melodía, rompe con la idea de unión armoniosa de sonidos en esa orquesta.

Cuando un sonido rompe con esa armonía, por consecuencia, la interrumpe. Ese es el sentido que se le da al síntoma desde la medicina, como aquello que irrumpe e interrumpe el buen funcionamiento del organismo, aquello que perturba y altera, y sólo medicándolo será posible eliminar ese mal elemento que desequilibra y así, mantener la armonía.

De esta manera, el organismo siempre tiende a la armonía, al buen funcionamiento, pero la presencia del síntoma la rompe, con agentes tanto internos como externos que en consecuencia conducen a la enfermedad. ¿Cuál sería la opinión de Freud respecto a este organismo que siempre tiende a la armonía? Pregunta que retomaré más adelante, al abordar la concepción psicoanalítica de síntoma (cuando Freud publica en 1920 "*Más allá del principio del placer*").

Evidentemente esta concepción nos brinda también un aspecto organicista de la enfermedad, si no funcionan los órganos en armonía el individuo enferma, se producen síntomas como señal de ese desajuste en la máquina llamada cuerpo. Y el trabajo del médico sería similar al de un mecánico: revisa la maquinaria, quita la pieza mala que ya no funciona y hace algunos ajustes para que funcione nuevamente en armonía, es decir, medica u opera para suprimir el síntoma que aqueja al paciente. Así para el médico, el síntoma hace de signo de una causa que se sitúa en el cuerpo, éste como lugar donde la mirada del médico, se despliega para explorar y diagnosticar la enfermedad. Se toma al cuerpo humano como un libro de texto que ante el cambio constante debe ser inspeccionado, auscultado y manipulado, para así obtener un examen físico completo que proporcione como resultado, la evidencia tangible del órgano que está fallando.

(Larousse, 2006, pág. 327) El síntoma es tratado como un "*fenómeno que revela un trastorno funcional o una lesión*" que se ubica en el cuerpo. Cuando tienes una dolencia te piden que ubiques o señales la parte del cuerpo

donde se presenta, si no se encuentra evidencia observable, se analizará en el funcionamiento de los órganos internos a través de análisis o estudios, siempre basado en lo orgánico.

No obstante, habrá que reconocer que el médico hace bien su trabajo, el de preservar la salud, eliminando todo aquello que altere o entorpezca la funcionabilidad del sujeto, es decir, eliminando el síntoma. Al médico se le define como (Wikipedia, 2011) “*un profesional que practica la medicina y que intenta mantener y recuperar la salud humana mediante el estudio, el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad o lesión del paciente*”. Pero ¿qué hacer cuando llegan sujetos que constantemente parecen estacionados en la enfermedad o en aquellos que se dificulta encontrar la fuente orgánica que permita explicar la aparición de un síntoma?

1.3 El síntoma en la psiquiatría

Los médicos han observado que existen síntomas que sin explicación aparente desaparecen o se enfrentan a manifestaciones inexplicables en las que no logran demostrar el origen orgánico del padecimiento. Podría decirse que dicho aspecto ha dificultado la intervención del médico y en su práctica se han hecho preguntas sobre este tipo de síntomas, pero han quedado sin respuesta pues al médico le ocupa más procurar el bienestar del paciente que descubrir el origen del padecimiento, pues su tarea consiste en curar. A pesar de ello, ha habido médicos que sí se han introducido en el terreno de la investigación para despejar estas incógnitas, lo cual contribuyó al surgimiento de una rama de la medicina llamada *psiquiatría* que pretende investigar, atender y curar aquellas enfermedades causadas por factores mentales.

En este nuevo campo de la salud mental, se realizaron un gran número de investigaciones que hicieron posible la creación de nuevas disciplinas como: la psicología, el psicoanálisis, la neurología, etc. En particular, con la creación del psicoanálisis se realizó el traslado del término síntoma aportándole una concepción diferente y se dio lugar a indagar sobre el origen de los síntomas reconociendo la influencia de factores psíquicos.

Por su parte, la psiquiatría, se ha ocupado de descifrar la esencia de la enfermedad estableciendo cuadros clínicos en los que se agrupan los signos que hacen evidente la enfermedad, es decir, ha creado una sintomatología y también una nosografía, para conocer las causas, enlistar los signos, describir su evolución, las variantes y correlaciones. Michel (Foucault, 1979, pág. 18) concibe que *“la personalidad se convierte en el elemento en el cual se desarrolla la enfermedad y el criterio que permite juzgarla, es la realidad y la medida de la enfermedad a la vez”*, tomando a la enfermedad como una reacción general del individuo en su totalidad psicológica y fisiológica.

Asimismo, Moustapha (Safouan, 1988, pág. 15) *“describe síntomas y los diagnósticos como enfermedad, los medica y hace ‘creer’ que está curando la dolencia”*. Así, el síntoma hace de signo de una norma alterada, dado que, esta disciplina creó un ‘Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales’, mejor conocido como DSM, existen ya varias versiones y niveles de éste, siendo el más conocido y aplicado actualmente el DSM-IV, manual que da nombre, define y clasifica los trastornos mentales. Se interesa por encontrar en lo orgánico el agente etiológico del trastorno o problema conductual, así, estandariza y establece los parámetros de ‘anormalidad’ y en base a ello, los medica.

El DSM-IV parte de una base organicista y hace de norma en lo social, para poder explicar el origen y clasificar aquellas conductas ‘anormales’. No es un manual sobre las buenas costumbres pero señala a aquellos ‘desviados’. Si bien, una persona puede simplemente juzgar a otra como ‘loca’ por su conducta ‘anormal’, un psiquiatra recurre a este manual para sustentar ese juicio social y poder indicar la parte del cerebro que no le está funcionando, la sustancia que le falta o le sobra, la actividad neuronal acelerada o lenta. De esta manera, se puede hablar de las implicaciones de la psiquiatría y el contexto social para juzgar a alguien como ‘loco’.

El contexto social y la época se han convertido en factores de gran influencia para definir y estandarizar, las enfermedades mentales. Dado que, existen conductas que mientras son aceptadas como ‘normales’ en algunos

países o en determinadas épocas, en otras, son consideradas como 'anormales', pero quien lo avala es el contexto. Por ejemplo, una persona enamorada puede realizar actos sorprendentes y aventurados para demostrar su amor hacia otra persona y desde lo social, se concibe como algo valioso y encantador, pero si otra persona realiza alguno de estos actos pero no tiene como justificación un asunto amoroso, es juzgado como 'loco'.

Incluso enfermedades como el cáncer, la diabetes y la obesidad, cobran mayor difusión en los últimos años, si bien, no son padecimientos nuevos, el número de casos ha aumentado considerablemente, a causa de los hábitos alimenticios, formas de vida y descuido de la salud. Es así que se convierte en un asunto público, por un lado, cuando se presentan enfermedades de la época a raíz de los problemas y necesidades de la sociedad, tales como: pobreza, desnutrición, promiscuidad, etc., por otro lado, cuando se trata de una construcción social, es decir, que el estatus de anormalidad está basado en convenciones sociales acerca de lo que constituye comportamiento normal y anormal.

La visión que aporta la psiquiatría sobre el síntoma, permite observar la fusión entre la medicina y el contexto social, al definirlo de acuerdo a los conocimientos y creencias de la época. Pues si bien, la psiquiatría, se encarga de establecer los parámetros de 'anormalidad' en referencia a lo conductual, coadyuva con la concepción social que establece y diferencia, las conductas socialmente aceptadas y las conductas antisociales (o desviadas). Y esta unión entre la medicina y el contexto social, es uno de los principales factores que ponen en evidencia, un punto endeble del psicoanálisis*, al menos, en el costado que me interesa abordar en esta tesis sobre el reconocimiento y tratamiento del síntoma en el niño. Dicha fragilidad, la abordaré más adelante en el capítulo 3: "*¿el retorno del síntoma a la medicina en las disciplinas psi?*".

* ¿Por qué endeble? Porque el psicoanálisis le da un lugar al niño, su interés radica en permitir que la verdad del niño emerja respecto a su propia historia; verdad que muchas veces incomoda y cuestiona a los padres, maestros e incluso al propio sistema. Me parece que es un punto endeble porque no se sujeta a lo que impera en la época ("no cuestionar, solo moldear al niño de acuerdo al ideal social"), el psicoanálisis muestra aquello de lo que no se quiere saber.

1.4 El síntoma en su encuentro con el médico

A pesar de que la medicina ha sido etiquetada como ciencia, y como tal debería mantener una visión objetiva y universal (la causa y modo en que se presenta el síntoma es concebida igual en muchos de los pacientes que comparten “el mismo” síntoma), algunos médicos han comenzado a reconocer que “*no hay enfermedades, solo hay enfermos*”, pues la experiencia de la enfermedad nunca es idéntica de paciente a paciente, cada uno la sufre de acuerdo a su individualidad (a su propia historia) y al reconocer este factor, amplía la tarea del médico, pues habrá de entender a la enfermedad y al paciente, interrogando cómo la enfermedad es vivida y afrontada, en él mismo y aquellos que lo rodean. Si bien, esta apreciación podría ampliar y enriquecer la práctica médica, considero que en la mayoría de los médicos aún predomina el interés de atender y curar los aspectos orgánicos.

El Dr. Francisco (González Crussí, 2010, pág. 7) considera que en esta doble tarea –entender la enfermedad y entender al paciente- el médico tiene que dar lectura y dotar de un sentido a esos síntomas y signos que presentan a la enfermedad; en dicha actividad es inevitable que elementos como el prejuicio, la parcialidad, los valores sociales, la época y la zona geográfica, trastorquen la visión tanto del médico como del enfermo. Los mismos síntomas pueden recibir un diagnóstico diferente según donde resida el paciente y la formación académica del médico. Entonces podemos advertir que, la subjetividad se entrelaza en la lectura que el médico da a los síntomas que presentan a la enfermedad.

Dicha advertencia no ha pasado desapercibida entre los médicos, es por ello que cada vez más se recurre al uso de tecnología para escapar de toda apreciación subjetiva, los modernos aparatos de medición y análisis, dan lectura e interpretan aquello que acontece en el sujeto a nivel orgánico, de esta manera, el médico ha dejado de observar las manifestaciones de la enfermedad en el cuerpo y ahora solo se dirige a dar lectura a aquello que los

instrumentos interpretan. Si bien, con el uso de nueva tecnología en la medicina se pretende garantizar la exactitud en el diagnóstico, esto ha implicado cambios en la relación que se establece entre el médico y el paciente, pues la tecnología cumple una función mediadora entre dicha relación.

El paciente se convierte en objeto de la enfermedad, se le asigna un nuevo nombre, el de la enfermedad que lo porta: el paciente diabético, el hipertenso, el esquizofrénico, el hiperactivo, etc., y si la medicina busca eliminar enfermedades, ¿podría decirse que la medicina elimina al sujeto?

Quizá desde esta ciencia parezca ilógico el simple cuestionamiento, por un lado está el síntoma que se elimina y por otro lado, la existencia del sujeto. Sin embargo, desde el psicoanálisis sabemos que en el síntoma el sujeto mismo está incluido y, entonces quizá esta puntuación de que la medicina elimina al propio sujeto podría ser válida e interesante para contrastar las concepciones. Un trozo de historia está obturado en el síntoma, y por ende, eliminar el síntoma implicaría eliminar parte del sujeto, la historia que lo constituye.

De manera general, hemos desarrollado la idea de que: la medicina considera al síntoma como sinónimo de enfermedad y -aunque existan lecturas al interior de la medicina que matizan o cuestionan esta tendencia- un estado corporal patológico que provoca un detrimento de la funcionalidad, perturba la armonía en la que los órganos deben funcionar, hace de signo de una norma alterada. Asimismo, establece como características: que es observable, y que dicha observación puede ser hecha directamente por el ojo del médico o a través de análisis clínicos o estudios neurológicos. El saber que define y constituye el mundo médico es que los trastornos mentales son universales e invariables a través de las culturas, y para constituir ese universal han unificado un lenguaje clínico y, de esta forma, han unificado las prácticas psicoterapéuticas, sus técnicas, la prescripción de medicamentos, específicas para tal o cual trastorno con protocolos de validez universal.

Sin embargo, (González Crussí & Sheridan, 2009, pág. 18) advierten que al diagnosticar a un paciente muchas veces se crea un estigma que conlleva a consecuencias sociales como la discriminación y la pérdida de identidad y *“para algunos enfermos el estigma es peor que la enfermedad”*.

Etiquetas de enfermedades como el SIDA, las psicosis, el TDA-H, el autismo, se convierten en el sujeto en un estigma, más doloroso incluso que la propia enfermedad, al ser juzgados como: ‘promiscuos’, ‘locos’, ‘desconectados’ de la realidad, personas sin reglas ni límites e incapaces de relacionarse ‘civilizadamente’, etc., calificativos que pesan en el sujeto, presentándolo casi como un fenómeno infeccioso.

El trabajo del médico consiste en dar un nombre al síntoma (a la par al sujeto) y posteriormente medicar. Ineludiblemente, existe el interés médico por investigar las causantes de la enfermedad con una visión organicista, sin embargo, me parece que a pesar de las investigaciones, su principal interés al trabajar con un paciente, es demostrar que se tiene el saber para nombrar eso que acontece en el sujeto, encontrar las evidencias observables y medicar para desaparecer al síntoma y con ello el trozo de historia del sujeto que lo sostiene. Esto me hace imaginar un ejemplo que quizá pueda parecer burdo, pero que ilustra el trabajo de la medicina con el síntoma.

Un día encuentro que mi bici no funciona, no marcha; al revisarla me percató que tiene una llanta ponchada y no sé por qué le ocurrió eso. Me dirijo a un taller, el mecánico la revisa y comenta: encontré un clavo en la llanta ponchada, sólo habrá que sacarlo, parchar la llanta y quedará como nueva; la revisa, la parcha y en efecto, quedó casi como nueva. Enseguida, la bici siguió marchando, pero transcurrido un tiempo, el parche desgastado deja al descubierto aquél agujero, siendo necesario un parche nuevo. Así, el parche resultó ser un remedio pero no la solución, el daño se apaciguó por momentos, pero no desapareció.

En este ejemplo que planteo, mi interés recae sobre los siguientes aspectos: la causa y el remedio. No importa qué fue lo que le ocurrió, lo importante es que tiene arreglo, parchar u ocultar eso que evidencia su falla; y eso es lo que hace la medicina, parchar el síntoma, suprimir, intentar mostrar que aquí donde se presenta, no pasa nada, puede marchar nuevamente; pero después de un tiempo, el parche se desgasta o pasa que la cadena se revienta. Aquí se trata de una bici, pero en muchos de los casos cuando llega un paciente con un médico es un asunto que frecuentemente se descuida, siempre se diagnostica pero solo se buscan causas orgánicas, quizá por ahora lo medique y desaparezca, uno, dos o tres meses, pero al pasar el tiempo este parche se remueve o se desgasta, y entonces reaparece el síntoma o se sustituye por otro, pues mientras se intente reducir solamente a lo orgánico, seguirá haciendo presencia a través de diversas máscaras.

En la actualidad, la medicina parece estar renovándose y aunque las causas orgánicas continúan siendo primordiales, se ha abierto un espacio a la evaluación y diagnóstico de la conducta del sujeto y de esta manera, amplía su campo de acción, ahora ya no se trata solamente de diagnosticar y curar enfermedades, sino también, de dirigir conductas. Entonces, ¿qué es lo que realmente se diagnostica en la medicina?, ¿en qué recae la importancia: dar un nombre al síntoma o atender la causa?

Dichos cuestionamientos, resultan ser puntos en los que se debe prestar mucha atención y mayor cuidado, y sobre todo, valga la advertencia para aquel que se dedica al campo de la clínica y el estudio del psicoanálisis. Si en dicha disciplina se habla de síntomas no es desde la concepción de la medicina, es necesario tomar su distancia para definirlo y atenderlo desde otro lugar donde la atención, la escucha y la singularidad, ocupan el lugar fundamental para su tratamiento. Dado que, si se tomará al pie de la letra la concepción médica de síntoma para el tratamiento analítico, no se podría hablar de psicoanálisis, se seguiría hablando solamente de psiquiatría, rama de la medicina interesada en investigar sobre las enfermedades mentales para diagnosticar y medicar. Mientras para la medicina el individuo es un objeto de estudio; el psicoanálisis

da un lugar singular al sujeto y de ahí comienza a fundamentarse la teoría psicoanalítica.

No obstante, habrá que estar advertidos que, el traslado del término síntoma de la medicina al psicoanálisis, no ha sido sin costos, pues ha sido difícil eliminar o aislar de los orígenes de la clínica, la idea del síntoma como sinónimo de enfermedad.

Es imprescindible reconocer que la medicina insiste continuamente en introducirse en el terreno psi, tan es así, que ha creado una nueva ciencia, llamada 'neuropsicología', a partir de la cual, intenta brindar una base médica a la psicología, o bien, dar una visión psicológica a la medicina, manteniéndolas unidas por un mismo fin: controlar y moldear la conducta del niño, a través del uso de nueva tecnología y medicamentos que permiten manipular la actividad cerebral, dando por resultado modificaciones en la conducta.

La neuropsicología se ha convertido en la ciencia más prolifera para el sector educativo y para los padres, al manipular 'la máquina' llamada 'cuerpo', valiéndose de tecnología que muestra no solamente el grado exacto de ansiedad, agresividad, impulsividad, etc., sino también muestra, en qué parte del cerebro está alojada.

De esta manera, la medicina avanza en su incursión en el terreno psicológico, apoyándose en la tecnología. Mantiene el fundamento orgánico como factor desencadenante de la conducta, y por medio de la tecnología trastoca ese órgano, procede a parchar el cerebro para propiciar la conducta que se espera en el niño, de acuerdo al ideal social.

Los padres prefieren recurrir a especialistas que se encarguen de parchar a su hijo, antes que enfrentar los cuestionamientos incómodos del psicoanalista, respecto a lo que les significa ese 'hijo incómodo'.

Para finalizar este capítulo, es fundamental para mí, mencionar que a través de este apartado mi interés radica en mostrar la concepción, postura y quizá puntos endebles que la medicina ha tomado en relación a eso que se da en llamar 'síntoma'. No se pretende desacreditar el trabajo que el médico realiza en su práctica, sino mostrar que su intervención está más bien dirigida a curar el síntoma a través de la supresión, como un recurso para preservar la salud. Su base parte principalmente de lo orgánico, sin embargo, a lo largo del desarrollo de la medicina se ha advertido la aparición de síntomas que parten de otra fuente, lo psicológico, por lo que constituyó las bases para el surgimiento de las disciplinas psi: psiquiatría, psiconeurología, psicología, psicoanálisis, etc.

Diversos médicos se han cuestionado en relación a síntomas que no parten de lo orgánico, pero pocos se han dado a la tarea de darles respuesta, se han ocupado en proponer un tratamiento que consiste en eliminar al síntoma, sin advertir, lo que en él puede estar depositado o bien, qué lo ha constituido.

De esta manera, podría decir que mientras la medicina se ocupa de preservar la salud a partir de eliminar síntomas que parten de lo orgánico, el psicoanálisis se ha ocupado de esa parte que ha escapado un poco de las manos de la medicina, los síntomas en relación a la historia del sujeto, concepción que abordaré en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO 2: EL SÍNTOMA EN PSICOANÁLISIS

En el capítulo precedente, se abordó principalmente la concepción de síntoma desde la medicina como sinónimo de enfermedad ubicándolo en los terrenos de 'anormalidad'. Si bien, es en esta ciencia donde nace dicho término y se establece una definición, han surgido otros campos, como por ejemplo, el psicoanálisis en el que se ha hecho uso de este término pero agregando una nueva mirada; dicha modificación se logró con el aporte de cuestionamientos y planteamientos que se fueron dando a lo largo de los años y con la intervención de diversos autores que comenzaron a cuestionar a la medicina desde la práctica clínica.

2.1 Sigmund Freud y el psicoanálisis

A fines del siglo XIX, un médico Vienés llamado Sigmund Freud en colaboración con el Dr. Joseph Breuer, realizaba investigaciones sobre enfermedades nerviosas y la histeria. En 1895, Freud introduce la doctrina psicoanalítica a través de la cual, analiza principalmente, la causa y el desarrollo de enfermedades que si bien se presentaban en el cuerpo, parecían ser ocasionadas por factores psicológicos.

En la construcción y desarrollo de la teoría psicoanalítica, Freud retomó algunos términos que ya habían hecho su aparición en otros campos, y realizó el traslado de uno de ellos al psicoanálisis pero brindando una nueva concepción, como es el caso del síntoma.

El traslado que hace del término de síntoma desde la medicina al psicoanálisis ha tenido sus costos y por ende, habrá que observar detenidamente, si aún se siguen conservando algunos de sus antecedentes o si se trata de una concepción totalmente distinta, que incluso desacredita a la de sus orígenes.

El descubrimiento freudiano de, *el inconsciente*, implicaría para el psicoanálisis tomar distancia de la concepción médica e introducir su propia concepción y visión.

Freud apegado a la medicina comienza a cuestionarse y hablar sobre los síntomas que sus pacientes histéricas y neuróticas presentaban. Planteó una nueva mirada al indagar sobre la vida privada de sus pacientes, y a partir de ello empezó a tomar distancia del carácter orgánico que la medicina le había dado al síntoma, reconociendo que hay una relación directa y causal con la historia del sujeto, es decir, que los síntomas tienen un sentido psíquico y que se originan en vivencias de la historia (o prehistoria) de quien los padece.

Estos postulados freudianos, son el punto inaugural para reconocer que el sujeto está constituido por un aparato psíquico que causa efectos en el cuerpo y el pensamiento del sujeto, de esta manera, los factores desencadenantes del síntoma, ya no surgen solamente del mal funcionamiento orgánico sino que abre la posibilidad de que este aparato psíquico en el que los pensamientos y la historia del sujeto se produce y almacena, pueda ser el causante.

También es cierto que en sus conferencias 16^a (*“Psicoanálisis y psiquiatría”*), 17^a (*“El sentido de los síntomas”*) y 23^a (*“Los caminos de formación de síntoma”*) publicadas en 1917, plantea una lectura, distinta de la propuesta por la medicina, con respecto al síntoma.

En la conferencia 16^a, (Freud, 1917) presenta claramente su distancia con respecto a la explicación y al abordaje médico en las llamadas enfermedades mentales.

Advierte que los psiquiatras deben tomar nota de las valiosas aportaciones, que en cuanto al síntoma, la doctrina psicoanalítica ha develado: la importancia de la observación y la escucha del decir del paciente sobre su síntoma, pues en él su historia está depositada y va conectado a un intenso

sufrimiento subjetivo que amenaza la convivencia familiar, es decir, reconoce que el síntoma es rico en sentido y se entrama con el vivenciar del enfermo.

Recomienda que la intervención del médico clínico debe estar dirigida a *“indagar la relación del síntoma con la historia familiar pues podría tratarse de un padecimiento de trasmisión hereditaria”* (Ídem, 1917, pág. 230), es decir, se refiere a la cuestión de la presencia de la historia transgeneracional*.

Comienza a reconocer que el síntoma tiene un sentido, un propósito que no es consciente para el paciente pero surge de su historia individual y familiar. Evidentemente, en este momento hace referencia a lo familiar para descubrir si se trata de un padecimiento hereditario, sin embargo, considero que dicha aseveración podría tener otro sentido, reconocer que, por ejemplo, el síntoma en el niño se trata de una trasmisión de la historia familiar que ha hecho en ese niño, síntoma.

En la 17ª conferencia (Freud, 1917) subraya que, el psicoanálisis arranca de la idea de que el síntoma es rico en sentido y se entrama con el vivenciar del enfermo, es así que el contenido del síntoma es individual.

Intenta desentramar el mecanismo y el sentido de los síntomas neuróticos, situación que permite hacer una aportación más, el síntoma no sólo puede presentarse en el cuerpo, sino también en el alma y en los pensamientos, y comienza a darle un lugar fuera de los terrenos de la ‘anormalidad’; tienen un sentido que mantiene un nexo con las vivencias presentes y pasadas del paciente, para descubrir o interpretar el sentido hay que dejar que el paciente hable, pues en su decir y relato de su historia (recuerdos y ocurrencias), el saber sobre su síntoma se muestra, pero es necesario que el analista esté ahí para escuchar y ser lector de ese discurso, donde la fantasía y el deseo se mantienen inconscientes pero funcionan como motor del síntoma.

* Ricardo Rodulfo –autor que más adelante abordaré- justamente habla de los efectos que el mito familiar tiene en la configuración del síntoma en el niño y en consecuencia, amenaza la convivencia familiar. La importancia de la historia que antecede a la existencia de ese niño y cómo le hace frente o no al momento de ir a vivir, el colocarse en ese lugar que fue configurado, incluso, antes de su existencia.

En la 23ª conferencia (Freud S. , 1917, pág. 331) reconoce que *“las neurosis de los niños son muy frecuentes, aunque solo se les juzga como signos de maldad o de malas costumbres que no son sofrenadas por las autoridades encargadas de la crianza”*, es decir, que en muchos de los casos los niños son juzgados y derivados a instituciones para eliminar esa maldad en su conducta, que incomoda a padres y maestros, sin advertir que, lo que se está mostrando o desencadenando es una neurosis que surge de cómo el niño vive y se enfrenta con esos significantes de la novela familiar que lo determinan y rigen sus relaciones.

Asimismo, este autor insiste que en el síntoma la historia del sujeto está incluida y abre un nuevo panorama donde este término ya no es concebido propiamente como sinónimo de enfermedad y resultado del mal funcionamiento orgánico, sino que, introduce el planteamiento de la existencia del aparato psíquico constituido por tres instancias psíquicas (ello, yo y superyó) que están regidas por el principio de placer y el principio de realidad. Cabe señalar que, en la teoría psicoanalítica se adopta el supuesto de que el curso de los procesos anímicos es regulado por el principio de placer, el cual se encarga de evitar displacer o producir placer, considerándolo así, como un principio de constancia.

Si bien, en algún momento Freud lo consideró así, años más tarde dicho planteamiento fue cuestionado por él mismo, lo cual implicó una importante modificación en la explicación del funcionamiento del aparato psíquico en relación al principio de placer. Aclara que es incorrecto hablar de un imperio del principio de placer sobre el curso de los procesos anímicos y que se debe considerar que *“en el alma existe una fuerte tendencia al principio de placer, pero ciertas otras fuerzas o constelaciones la contrarían, de suerte que el resultado final no siempre puede corresponder a la tendencia al placer”* (Freud, 1920, pág. 9), en *“Más allá del principio del placer”* toma como ejemplos las neurosis de guerra, el sueño traumático y el juego infantil para mostrar que en la vida anímica existe realmente una compulsión a la repetición que se instaura más allá del principio de placer.

Dicha aportación me parece reveladora, al reconocer que el aparato psíquico no solo está regido por la pulsión de vida y que siempre tiende al placer sino reconoce que a su vez opera la pulsión de muerte que conduce a la sensación de displacer. Ahora bien, ambas pulsiones operan en el aparato psíquico pero no de manera independiente o separada, se conciben como entrelazadas o mezcladas. Mientras en la medicina el médico suprime el síntoma porque lo concibe como algo displacentero y para mantener al organismo en armonía; para el psicoanálisis se reconoce que en el aparato psíquico no todo es placer y no siempre tiende a él, hay pulsiones que conducen al displacer como un intento de tramitar un conflicto.

(Ibíd, 1920, pág. 10) Advierte que surgen conflictos y escisiones producidas en el aparato psíquico, dado que, *“existen pulsiones inconciliables con otras que son segregadas del yo por el proceso de la represión, se las retiene en estadios inferiores del desarrollo psíquico y sin la posibilidad de alcanzar satisfacción. Si luego rodean y logran salir, es sentido por el yo como displacer”*, es decir, a pesar de que la represión trabaje para evitar la salida de esta moción pulsional, ésta sigue insistiendo una y otra vez hasta encontrar un sustituto que cuando logra salir, no se produce ninguna sensación de placer. Y uno de esos sustitutos o disfraces es justamente, el síntoma.

Citaré una pequeña viñeta clínica en la que podamos dilucidar lo que Freud plantea en este artículo, sin hacer propiamente, un análisis completo del caso.

Diego es un niño de 4 años que es llevado al consultorio clínico para solicitar valoración y tratamiento psicológico, ya que, la madre está desesperada y no sabe qué hacer pues su hijo se arranca el cabello de manera compulsiva y al mismo tiempo se chupa el dedo pulgar, de tal manera, que son evidentes los huecos en los que falta el cabello.

Al indagar sobre la historia y el entorno de este niño, resulta que es hijo único de padres jóvenes, la relación entre éstos es

conflictiva, se agreden de manera verbal y han considerado la idea de divorciarse. Incluso el padre está la mayor parte del tiempo ausente trabajando en otros municipios, por lo que la madre duerme con Diego.

Si bien, es información muy general respecto al caso, solo lo retomo para mostrar cómo el aparato psíquico es regido por pulsión de vida y pulsión de muerte, al contraponerse estas fuerzas posibilitan la formación del síntoma que en el sujeto aparentemente le produce displacer, sin embargo, el síntoma podría pensarse como un intento de ligazón a la historia del sujeto, es decir, no se busca el placer sino ligar y darle sentido a las cosas. En el caso de Diego, desde la mirada de los padres el síntoma (arrancarse el cabello de manera compulsiva) es displacentero, en tanto el arrancarse el cabello es doloroso, no obstante, el niño lo que pone en acto es la representación de esos padres que se la pasan “agarrados del chongo” y la desesperación y la angustia que él siente de ver lo que sucede entre sus padres, así como también la frustración de no poder corresponder a ese lugar que la madre le da, el de hombre de la casa, en el acto de meterlo en la cama de la madre (‘como compañero’).

El niño muestra o representa a partir de su síntoma lo que tiene que ver con su historia, sus padres se la pasan agarrados del chongo, y más allá de ser displacentero le permite de manera insistente y repetitiva, mostrar o descargar la desesperación y la angustia ante esa realidad que él no puede ni le corresponde resolverla.

De esta manera, podemos advertir que hay síntomas que aunque produzcan dolor también producen placer. Arrancarse el cabello podría ser doloroso pero podría ser sentido como placer en tanto le permite descargar la angustia y desesperación ante la situación de sus padres, quienes se muestran ante él como si no pasara nada, el niño pone en evidencia a través de su síntoma aquello que los padres intentan ocultar.

Es por ello, que desde el psicoanálisis lo que se pretende es sostener y cuestionar el síntoma para poder develar el sentido de éste, y que el paciente

hable de lo que en ese síntoma se presenta o se intenta ligar en tanto su historia.

Otra definición de lo que Freud entendía por síntoma, la encontramos en su artículo *Inhibición, síntoma y angustia* (1925), en el que plantea al síntoma como una medida de protección ante la angustia, o bien, para ligarla en la fobia.

El síntoma “es *indicio y sustituto de una satisfacción pulsional interceptada, es un resultado del proceso represivo*” (Freud, 1925, pág. 87), dado que, la moción pulsional afectada por la represión encuentra un sustituto, mutilado, desplazado e inhibido, entonces ya no es reconocido como satisfacción y no se le permite desbordar sobre el mundo exterior sino en el cuerpo propio, como lo es el síntoma, en el que se continua escenificando su papel de sustituto y retoño de la moción reprimida, cuya exigencia de satisfacción renueva una y otra vez, constriñendo al yo a dar en cada caso la señal de displacer y a ponerse a la defensiva.

El síntoma también es abordado en términos dinámico y tópico/estructural, es decir, no surge porque el organismo no esté funcionando bien sino que es el resultado de la lucha entre dos instancias psíquicas principalmente, *el ello y el yo*, entre ambas instancias se encuentra una barrera llamada *represión* que se hace cargo de vigilar todas aquellas mociones pulsionales que emergen del *ello* y buscan satisfacción pero que de cumplirse produciría displacer al *yo*, o también aparece como un medio para evitar el desarrollo de angustia.

Por lo tanto, cuando una moción pulsional es detectada por este vigilante como peligrosa crea esta barrera que rechaza una y otra vez esta moción, en cada rechazo el contenido se va desfigurando o desplazando, hasta que, finalmente, esta moción accede a la conciencia del sujeto (al *yo*) pero de manera desfigurada en el síntoma como sustituto y retoño de la moción reprimida; así la lucha entre estas dos instancias que generaba un gasto de energía cesa, pues la moción logra salir pero de manera desfigurada para no

causar conflicto en la otra instancia, aunque ahora se inicia una lucha contra el síntoma, ya que, si vemos la relación entre formación de síntoma y angustia podremos afirmar que el síntoma se crea para evitar el desarrollo de angustia o bien, si no lo logra entonces se crea para ligar la angustia, por ejemplo, en las fobias.

En la 32ª conferencia Angustia y vida pulsional (Freud, 1932) explica el vínculo tan estrecho entre desarrollo de angustia y formación de síntoma, a saber, que ambos se subrogan y revelan entre sí. Pues pareciera que el desarrollo de la angustia fuera lo primero, y la formación de síntoma lo posterior, como si los síntomas fueran creados para evitar el estallido de la angustia, o bien, para proteger al sujeto de un desarrollo de angustia.

La angustia es un estado afectivo en el que se reproduce un antiguo evento peligroso; *“la angustia está al servicio de la autoconservación y es una señal de un nuevo peligro; se genera a partir de una libido que de algún modo se ha vuelto implacable; lo hace también a raíz del proceso de la represión”* (Ídem, 1932, pág. 78); la formación de síntoma la revela y la liga psíquicamente, es decir, si el síntoma aparece es para evitar la descarga de angustia ante el recuerdo de la vivencia desagradable.

Retomemos el caso del *Pequeño Hans* publicado en el artículo (Freud S. “Análisis de la fobia de un niño de cinco años” (Freud, 1909) donde se muestra que **el síntoma surge como un bien necesario para el sujeto**, para mantener en equilibrio su aparato psíquico y la relación entre desarrollo de angustia y formación de síntoma.

El pequeño Hans con su fobia intenta solucionar un conflicto de ambivalencia (amor-odio) dirigido hacia el padre. Por un lado, la moción pulsional reprimida en su fobia es una moción hostil hacia el padre pero es reprimida por el proceso de la mudanza hacia la parte contraria, en lugar de la agresión hacia el padre se presenta la agresión –la venganza- hacia la persona propia. El motor de la represión es la angustia frente a una castración inminente. Entonces es por angustia de castración que resigna la agresión

hacia el padre; su angustia de que el caballo lo muerda puede completarse, que el caballo le arranque de un mordisco los genitales, lo castre. Así, el contenido angustiante (mordido por el caballo), es un sustituto desfigurado del contenido “ser castrado por el padre”; todo esto desde la perspectiva descrita por Freud.

El sentimiento hostil es sofocado por la barrera de la represión pero no el castigo (la castración), la agresión dirigida hacia el padre se convierte en agresión hacia sí mismo, el padre es sustituido por el caballo, y de esta manera permite tramitar el conflicto de ambivalencia, ya que desliza las mociones (de hostilidad y castigo) hacia otra persona como objeto sustituto (el caballo), al cual teme y evita encontrarse pues teme ser mordido por el caballo (ser castrado por el padre).

De esta manera, el síntoma permite tramitar cierto conflicto, ya no es como lo concibe la medicina, una enfermedad que surge de lo orgánico y se busca eliminar y curar, en el psicoanálisis se reconoce que el síntoma podría concebirse como *un bien necesario* para el sujeto, para liberarse de esa batalla interna entre instancias psíquicas. Si bien es una lectura del origen del síntoma, hay otra explicación en el mismo texto de Freud y que el mismo ejemplo de Hans sirve para mostrarla: el síntoma liga la angustia y la hace –para el sujeto– soportable.

Además de liberarse de esa batalla, el síntoma (Freud, 1925, pág. 122) *“es creado para evitar la situación de peligro que es señalada mediante el desarrollo de angustia”*, ésta aparece para evitar el encuentro con aquel objeto externo que daría cumplimiento al deseo, por eso se dice que existen síntomas que permiten al individuo, paradójicamente, que funcione. Por lo tanto, habrá que estar advertidos de los riesgos de eliminar un síntoma sin saber qué lo sostiene o en lugar de qué está, pues no se sabe que se pueda desencadenar, en consecuencia, de su eliminación.

Indudablemente, Freud a partir de su doctrina psicoanalítica funda una nueva concepción y forma de abordaje para el síntoma, tiene un sentido que

parte de la historia del sujeto y podría considerarse un bien necesario para mantener el equilibrio en su aparato psíquico y que de alguna manera, le permite continuar, el síntoma como señal y sustituto de una moción pulsional interceptada, que si bien, se muestra en el cuerpo, es causado por las reminiscencias.

En síntesis, Freud proponía una explicación del síntoma basada en la existencia de un conflicto psíquico como causante del síntoma, es la señal y sustituto de una moción pulsional interceptada y liga la angustia. Las dos fuerzas enfrentadas en el conflicto psíquico vuelven a coincidir en el síntoma, por el compromiso de la formación del síntoma.

A partir de este momento comienza a darse una nueva concepción al síntoma desde el psicoanálisis y que, podría contraponerse a la medicina: Julia (Velázquez, 2005, pág. 83) *“El síntoma debe ser ante todo un enigma, que conduce a plantearse una serie de interrogantes sobre él”*. Dichas interrogantes estarán dirigidas a descubrir el motivo (el detonador), el sentido (nexo con el vivenciar individual) y el propósito (para qué se crea).

Así mismo, este descubrimiento y aportación freudiana, dio un lugar y un nuevo panorama al síntoma desde el psicoanálisis, lo que permite a Moustapha (Safouan, 1988, pág. 22) plantear la siguiente definición:

*“El síntoma es un bien del sujeto y bien para el sujeto. Sólo se constituye porque no había manera de que el sujeto sobreviviese frente a una representación insoportable. **El síntoma es una salida de salud**, momentánea, precaria, pero la única que puede garantizar cierto orden del sujeto”*.

Podemos notar incluso, que esta afirmación parece contraria a la concepción médica, al plantear el síntoma como una salida de salud momentánea, ante algo insoportable es preferible que sea reprimido momentáneamente pues el hacerlo consciente podría ser enloquecedor. Una salida de salud, al reprimir eso insoportable para que le permita continuar, no

obstante, se habla de un retorno de lo reprimido, en el que dicho contenido está desfigurado y reaparece como síntoma, éste último como portador del sufrimiento del sujeto y de su historia.

En el síntoma está contenido su sufrimiento y se entretiene con otras vivencias que también le dan significado. Es reprimido por la vivencia insoportable de ese momento pero también porque mantiene relación directa y da significado a vivencias anteriores y deseos inconscientes. Es por ello, que *“detrás de cada síntoma sólo y siempre está el sujeto. Y su cura consiste exactamente en su surgimiento, en la reintegración de su historia”* (Ibíd, 1988, pág. 32).

2.2 La influencia del contexto social en el síntoma

Michel Foucault en esta relación del síntoma con la historia plantea que el sujeto está afectado en la medida en que la relación del presente con el pasado no se produce en forma de una integración progresiva, es decir, los síntomas en la enfermedad (actual) tratan aparentemente de ocultar, de borrar un conflicto (pasado), no obstante, el tiempo o el momento en el que aparece el síntoma es cuando se ha detectado algún elemento que mantiene correlación con algún elemento de la situación pasada originaria del conflicto, y para defenderse se vale de la angustia, de esta manera, *“la enfermedad se desarrolla en forma de un círculo vicioso: el enfermo se protege mediante sus actuales mecanismos de defensa contra un pasado cuya secreta presencia hace surgir la angustia”* (Foucault, 1979, pág. 60).

En este sentido, este autor plantea, por un lado, una coexistencia entre los términos síntoma-enfermedad, considera a esta última como una reacción de defensa ante un conflicto, ya no tiene que ver con un asunto meramente de ‘anormalidad’ en el que se requiere la medicación para eliminar los síntomas - como lo era en la medicina-, sino se trata de reconocer e indagar el conflicto causante de la enfermedad pero ya no desde lo orgánico, sino desde lo psicológico. Por otro lado, la importancia de la historia del sujeto se convierte

en parte constitutiva del síntoma y por ende, la enfermedad toma ese lugar de representar al sujeto.

Hablar de la historia del sujeto implica retomar los diversos contextos en los que el sujeto se desarrolla y va constituyendo su propia historia. En particular, me refiero al valor que adquiere tanto el contexto familiar como el contexto social. Pero quiero remarcar que sólo tomare el sesgo del contexto social.

Surgen enfermedades como productos de la época, debido a la ideología, tradiciones y nuevas maneras de enfermar que se comparten en cada cultura. Podríamos remontarnos a la época de Freud, tiempos de guerra donde las neurosis traumáticas y de guerra, se presentaban con gran frecuencia entre los habitantes de aquella ciudad, como si el síntoma se contagiara no porque se tratara de algo infeccioso sino que vivencias e ideologías sociales se comportan como generadoras de conflicto y se comparten entre los habitantes a partir de la convivencia, si bien estos factores sociales no son suficientes para causar la enfermedad, sí fungen como facilitadores para desencadenarla.

Tal es el caso, de la anorexia y la bulimia, padecimientos que si bien se tiene registro de ellos desde el siglo XII, es a partir del siglo XXI que se comienza a considerar “la enfermedad de moda”, ante el aumento en el número de personas que los padecen; además la lectura o concepción que de ellos se tiene ha cambiado, y en gran medida quizá se deba a la influencia que lo social y lo científico tiene en el surgimiento de los síntomas psíquicos.

La Dra. Cecilia Pieck en su libro *Anorexia y Bulimia. La tiranía de la perfección* (2007) realiza un interesante recorrido en relación al surgimiento y desarrollo de ambos padecimientos. Cita a Jacques Maître para explicar que respecto a la anorexia se tiene registro de ella desde el siglo XII y desde esa época hasta el siglo XVII fue considerada como manifestación del misticismo religioso. Pero a partir del siglo XVII hasta la actualidad, de la mano con los avances científicos y sociales, la anorexia ha sido considerada como un

fenómeno patológico y por ende, objeto de estudio de la medicina. Señala la impertinencia de llamar *anorexia* a lo que debería llamarse *inedia*, ya que se trata de una privación voluntaria del alimento y no de la falta de apetito. ¿Qué posibilitó el cambio de concepción y hasta de nombre de este padecimiento?

El cambio en esta concepción de la anorexia desde el misticismo a la ciencia, se debe en gran medida al cambio en los ideales sociales que imperan en la época. Desde el siglo XII era evidente la gran influencia que la ideología religiosa mantenía sobre los sujetos, (Pieck, 2007, pág. 34) "*las místicas religiosas se privaban de comer por amor a Dios, como un sacrificio dirigido a Dios*". Santa Catalina de Siena, muerta en 1461 a consecuencia de una inedia, dio forma a su anorexia desde la religión. Es de llamar la atención que este mismo síntoma -privación voluntaria del alimento (inedia)- hace algún tiempo era considerada como un signo de santidad por el contexto del misticismo religioso. La vida del ayunante era admirada y valorada por todo el entorno. De esta manera, a todos aquellos que se privaban de comer a causa de este misticismo, al hacerlo dentro de un marco cultural definido y compartido por otros, permitió que no se les catalogara como anoréxicos.

Sin embargo, en la actualidad este mismo síntoma (inedia) ha sido ubicado en los terrenos patológicos, objeto de estudio de la medicina y clasificado en el DSM-IV con otro nombre, anorexia. Entre los factores que han propiciado dicho cambio se mencionan: la presión cultural que propone como ideales la delgadez del cuerpo -que a su vez se asocia con la juventud y la moda-, y el ideal de perfección y de fuerza. Si bien, no se puede afirmar que estos factores desencadenen la anorexia, sí se puede decir que la propicia por ser algo compartido con los otros y, por lo tanto, un rasgo de pertenencia a un grupo.

Es habitual observar en las escuelas, el frecuente hostigamiento que los compañeros hacen a niños con sobrepeso, éstos son rechazados en tanto no obedecen a ese ideal social de delgadez.

En cuanto a la bulimia, un factor desencadenante podría ser la influencia de los medios de comunicación en torno a la compra compulsiva de todo tipo de objetos, entre ellos, diversos alimentos industrializados, incluso la idea de que portar o consumir dicha marca dotan de una personalidad sofisticada, o bien, que permite ser parte del grupo. El consumo de alimentos de marcas como: Mc Donalds, KFC, Burguer King, Sub-Way, etc., genera ese sentimiento de pertenencia a un grupo, en tanto portas o consumes lo que establece la moda.

Incluso con la creación e impulso de los alimentos light, hace que por un lado, se mantengan dentro del grupo en tanto siguen consumiendo, pero por otro lado, se instaura esa ideología de buscar la delgadez pero sin dejar de consumir eso que te da identidad y pertenencia a un grupo.

Otro de los factores que han contribuido a este cambio de ideología y considero importante mencionar es el lugar preponderante de la ciencia y de la medicina en la vida privada de las familias. (Ibíd, 2007, pág. 27) *“Lo que hasta hace medio siglo consistía en el seguimiento gustoso de tradiciones gastronómicas o familiares, se ha ido desvaneciendo para dar lugar a una nueva cultura de la alimentación, impregnada de prescripciones”*.

En la actualidad hay otras formas anorécticas de estar en el mundo que sí se relacionan con la delgadez; y es que para nombrar a un sujeto como anoréxico o bulímico, depende de si existe algún contexto que justifique dicho actuar. Por ejemplo: aún desde la religión es bien visto, aquél que en determinados días, se mantiene en ayuno, en tanto es un acto dirigido a Dios y solo se trata de algunos días. También están aquellos que se desempeñan en profesiones que exigen características determinadas en la complexión como: modelos, bailarines, deportistas, etc., quienes se someten a regímenes alimenticios muy estrictos.

El elemento que distingue la anorexia como enfermedad de las formas anorécticas de estar en el mundo es el marco de referencias compartidas por los otros que ejercen esa misma profesión o devoción, estableciendo así, la inedia en un modo de vida particular, pues depende del contexto. Asimismo,

este marco es el que posibilita el control y el límite de la inedia, es decir, el deportista o el bailarín deben fijar su atención y controlar los alimentos que consumen y la cantidad para mantener el cuerpo en extrema delgadez, sin embargo, se plantea un límite en el que se mantiene un modo de relación con el alimento, no comer demasiado pero tampoco el extremo de no comer, pues requiere de ciertos alimentos para mantener la energía y la fuerza necesaria para la actividad que desarrolla, mientras en la anorexia no hay un límite, se trata de comer cada vez menos hasta llegar al punto de 'comer nada'.

La importancia no recae solamente en identificar y clasificar al sujeto con la etiqueta de anorexia o bulimia cuando se trata de la privación de alimentación. No se trata de explicar solamente que el sujeto está enfermo porque no come, sino se advierte la importancia de indagar el sentido de dicho síntoma y a quién se dirige, ya que, para alguien su anorexia *"puede constituir una forma de estar en el mundo; y la privación del alimento una especie de eje en torno al que se organice su vida"*, pues lo que está en juego es el deseo de un sujeto. Finalmente, *"es del deseo de lo que se trata cuando los anoréxicos se sacrifican para lograr lo que llaman la perfección. Y arriesgan la vida en el intento de articularse al Otro, de encontrar en él un lugar"* (Ibíd, 2007, pág. 47).

Este abordaje en relación a la concepción y desarrollo de la anorexia y la bulimia, que ha sido brevemente citado permite mostrar la influencia que el contexto social y la época tienen en la creación de enfermedades mentales en tanto los ideales que imperan, la tecnología y la economía se ven inmersos como factores desencadenantes.

No obstante, no son los únicos padecimientos en los que se puede advertir dicha influencia, han existido un gran número de sucesos que a pesar de ser desencadenados por ideología de la época, han sido juzgados fuera de la norma por el propio contexto.

Cito brevemente, el caso Wagner, personaje que en 1913 asesina a sus hijos, esposa y habitantes de Mühlhausen, sus motivos: *"el afán de venganza y de limpieza eugenésica (pureza racial) que movió sus actos criminales. Mata a*

su esposa y a su descendencia para evitar la propagación de elementos impuros como sólo podían serlo su descendencia" (Vindras, 2002, pág. 7). Discurso en el que las ideas racistas tienen un gran peso, y entonces habría que cuestionar qué tan cercano a la realidad está dicho discurso (a pesar de ser considerado 'loco'). Si bien, es hasta 1939 que estalla la Segunda Guerra Mundial bajo la ideología del nazismo difundida por Adolf Hitler, ya en 1913 Wagner comienza a mostrar esta semilla ideológica a favor de la limpieza eugenésica, es decir, mucho antes de estallar la guerra en el contexto social se advertía y compartía esa postura racial por defender e imponer una raza superior, el nazismo.

El contexto histórico y social tiene sus efectos en cada individuo, algunos son aceptados y otros rechazados, algunos se sujetan y otros se revelan, ¿cuál es mejor? Depende de cómo se entretejan a las condiciones propias subjetivas de cada sujeto. Hay quienes se consideran privilegiado, enviados de Dios, portadores de su palabra y de la capacidad de hacer milagros, considerados casi Dios (Juan Pablo II) y aceptados socialmente como una divinidad; pero hay otros, que declaran estar en comunicación con Dios, portadores de un mensaje divino, y sin embargo, es considerado 'loco', ¿de qué depende la etiqueta de santo o de loco?, del contexto al que pertenece y lo fundamenta. La religión y la política los nombra y los sostiene como: intelectuales, divinidades, etc. Si se trata de cualquier sujeto, en la calle es tildado de 'loco', aunque los elementos del discurso sean los mismos.

El contexto social, es un referente que define y delimita lo 'normal' de lo 'patológico' en base a las creencias, necesidades y problemáticas de la época, y también proporciona elementos propiciatorios o facilitadores para la puesta en acto de los síntomas, que mantienen una relación muy estrecha con los conflictos individuales que parten de la demanda social.

Incluso el dar nombre a los síntomas, se ha convertido en tema de dominio público, entre amigos, colegas y familiares se diagnostican y etiquetan, con el nombre de enfermedades de la época, actualmente entre las más

recurrentes se encuentran: bipolaridad, anorexia, bulimia, megalomanía, TDA, hiperactividad, etc.

Ahora bien, hasta aquí se ha intentado esbozar algunos de los factores que inciden o se manifiestan a partir del síntoma: la historia personal y el contexto social. Pero en la práctica clínica existen diversos enfoques teóricos que a su vez inciden en la forma en que es abordado.

Retomando nuevamente a Michel (Foucault, 1966, pág. 129) insiste que se busca *“desentrañar el principio y la causa de una enfermedad a través de la confusión y de la oscuridad de los síntomas”*. La tarea consiste en develar aquello que aparece detrás, oculto, en la enfermedad, incluso a veces, descubrir la ganancia secundaria de la enfermedad. Estando advertidos, que se trata de cuestionar al síntoma, no se trata de dar un nombre para acallarlo sino de ocupar un lugar de lector para develar ese saber. Hay que generar confusión, duda, certidumbre en relación a su origen y desarrollo para estar en vías de descubrir el saber y la función de dicho síntoma.

2.3 El trayecto del síntoma por la psicología del siglo XIX

La Psicología del siglo XIX, brinda una visión más amplia al plantear que no se debe comprender la patología mental en el significado de las funciones abolidas, Michel (Foucault, 1979, pág. 30) *“la enfermedad borra pero subraya: anula por una parte pero por otra exalta; la esencia de la enfermedad no reside sólo en el vacío que provoca, sino también en la plenitud positiva de las actividades de reemplazo que vienen a llenarlo”*, es decir, que el órgano afectado en una enfermedad o el modo en el que el síntoma se presenta no es mero azar, indudablemente guarda una relación estrecha con el conflicto. Por ejemplo, una afonía, oculta pero al mismo tiempo evidencia un no poder hablar o un querer callar algo que no es capaz de decir; una infección ocular, devela un no querer ver o que algo lo ha cegado; una fractura de pie, subraya un no poder seguir o que algo interrumpió su marcha; evidentemente, no intento señalar que siempre que se presentan dichos síntomas esa es la causa, sólo

intento utilizar estos ejemplos para ilustrar que hay casos en los cuales la enfermedad tiene esa dualidad, de ocultar pero al mismo tiempo develar.

En el psicoanálisis se comienza a reconocer que ocuparse del síntoma, no se trata de medicar para eliminarlo, sino de reconocer que en él hay un saber oculto en relación a un conflicto psíquico que se presenta en el cuerpo.

Si bien señalo que *aparentemente* oculta es porque el síntoma presenta una dualidad: al tiempo que oculta-muestra pero depende la lectura que se le quiera dar.

Mencionaré un breve ejemplo surgido en mi práctica clínica, para esclarecer esta dualidad del síntoma y la lectura que se hace de él.

Una joven de 13 años es llevada al consultorio por su madre para que se le realicen estudios y le den un tratamiento, ya que, su hija presenta un Trastorno Alimentario que algunos llaman Síndrome de Descontrol Alimentario (SDA) cuyos criterios diagnósticos se especifican en el DSM IV. La joven presenta altos niveles de ansiedad e ingiere grandes cantidades de comida, con una sensación de pérdida de control sobre lo que se come y cuanto come, incluso a veces se esconde para seguir ingiriendo.

El síntoma (el atracón alimentario) muestra que es precedido por momentos de gran ansiedad, si éste fuera el abordaje que interesa, entonces el tratamiento estaría dirigido a utilizar técnicas de relajación y algunos aparatos para disminuir estos niveles de ansiedad que parecieran los causantes de este síntoma, sin embargo, mi interés radica en cuestionar e indagar sobre aquello que está causando esta ansiedad.

La madre comenta que la observa ansiosa sobre todo en época de su periodo menstrual, incluso, estas manifestaciones del “atracón alimentario” comienzan a aparecer hace 1 año cuando tuvo por primera vez su periodo menstrual.

De esta manera, se establece una coincidencia y por ende, una relación entre la ansiedad, el atracón alimentario y su período menstrual. En el trabajo que se realiza con esta joven se intenta indagar el ¿cómo vive su feminidad?, pues justamente parece ser que aquello que **oculta** este síntoma, es la dificultad de **asumir su feminidad** y habrá que ver, que otros aspectos se han ligado alrededor de esta temática. A través de la ingesta incontrolable de alimentos se intenta ocultar aquello que hace ruido, que se ha visto movido ante la aparición de la menstruación y con ello, la confirmación de su feminidad.

Este caso permite observar esa dualidad, muestra ansiedad y una voracidad al comer pero oculta la dificultad para reconocer y asumir su feminidad.

Como podemos notar, para el psicoanálisis es fundamental la importancia de la historia del sujeto en la constitución del síntoma, su función y el abordaje, no sólo en el trabajo clínico con adultos sino también en el caso de los niños.

En el siguiente apartado intentaré mostrar por qué es fundamental la historia del sujeto, introduciendo el terreno del síntoma en el niño, tema central de esta tesis.

2.4 El síntoma en el niño: un trozo de historia

Desde la doctrina conductista, cuando un niño es llevado al psicólogo, tradicionalmente suelen buscarse los síntomas y hacer un inventario de estos, concibiendo al niño como una entidad psicofísica, un cuerpo que sufre los embates que parten de lo psicológico. Así, en el terreno psi, existen corrientes teóricas que aún hablan y trabajan con síntomas, concebidos como patologías o bien, ‘trastornos’ de conducta que colocan al niño en el precepto de “problema” para padres y maestros. Pero ¿qué propone el psicoanálisis respecto al síntoma en el niño?

La postura psicoanalítica sobre el síntoma en el niño, no sólo difiere de la medicina sino incluso también, de la concepción que otras disciplinas psi sostienen como: la psicología del yo, el conductismo, etc.

Ricardo (Rodulfo, 2001) propone que la intervención analítica no se trata de enlistar y describir el síntoma que aparece en el cuerpo del niño, sino de analizar una pieza de la prehistoria donde el niño como entidad psicofísica no existe pero en la que se crea el significante que lo constituye como sujeto, a partir del decir y el actuar de generaciones anteriores (padres, abuelos, etc.).

Este abordaje que se le da al síntoma parte de la idea, que está instituido por la historia del discurso que lo precede y lo constituye como sujeto. Por tal motivo, Maud (Mannoni, 1987, pág. 7) considera que el psicoanálisis *“escucha e interroga el discurso colectivo constituido alrededor del síntoma que el niño presenta, dicho discurso abarca a los padres, al niño y al analista”*.

Cuando un niño es llevado a análisis y se realiza la entrevista inicial con los padres, es fundamental que los cuestionamientos estén dirigidos a indagar el contexto que envuelve y que ha constituido o no a este niño en sujeto. Descubrir las expectativas y creencias que se producen en lo familiar, la historia previa al nacimiento con la que se ha dotado a este niño y por supuesto, también a su llegada, pues el discurso desplegado por los padres respecto a su hijo sentara las bases para el proceso de subjetivación. El niño se constituye a partir del discurso de los padres al describir su síntoma, recordemos que, el discurso psicológico es creador de la propia realidad que describe, es decir, el síntoma aparece en el momento en que el otro lo enuncia.

Dicha indagatoria parte del discurso de los padres y es a través de ese decir que podría develarse aquello que ha configurado el síntoma en el niño. Es por ello, que en la pregunta primordial en este encuentro inicial parte de ¿qué representa este niño para el deseo de los padres?, y además ¿cuál es la relación de ese niño sujeto con esto?

Existen ciertos significantes que tienen mucha relación con la formación de un niño, pero no son necesariamente producidos ni dichos por él pero podemos encontrarlos en el decir y el actuar de quienes lo rodean. El niño se constituye a partir, de lo que Ricardo (Rodulfo, 2001, pág. 39) llama *mito familiar*, aquello que respira en ese lugar que le fue asignado: las costumbres, ideologías, fortuna, desgracia, sortilegios, deseos, frustraciones, etc., pues considera que *“analizar a un niño es descubrir dónde está implantado, dónde vive, qué mito respira y qué significa, en ese lugar, ser madre y padre”*.

El mito familiar es un archivo, un tesoro de significantes, que influirán para determinar y dar identidad a ese trozo de carne, a ese bebé que al nacer ya es portador de un nombre y apellidos y desde ahí se le empieza a dotar de significantes que permitirán, *agarrar* al sujeto a la vida, en tanto, el sujeto se produce (en) un signifiante. De esta manera, (Ibíd, 2001, pág. 62) *“el recién nacido no sólo se abalanzará sobre el alimento, para devenir humano ha de abalanzarse también sobre lo que se nombran como significantes”*; las historias que se dicen y las que se actúan en esa familia a la que pertenece, la manera en que es mirado, alimentado, en las muestras de cariño o en la ausencia de éstas, que realiza sobre todo la madre.

“Una madre en entrevista inicial refiere que desde el embarazo su hijo era muy celoso, pues cada vez que el padre se acercaba a ella y tocaba su vientre, el bebé se movía molesto y el estómago se le endurecía, y solo se tranquilizaba hasta que el padre se alejaba”.

Ese signifiante ‘celoso’ que aparece en el decir del Otro, dota a ese niño de una identidad a partir de ese y otros significantes que lo *agarran* a la vida, pues esos significantes hacen que el sujeto se produzca.

No obstante, el niño buscará los significantes primeros allí donde primero están en el cuerpo en el que vive, en el de la madre; así *“el cuerpo de la madre es el mito familiar”* (Ibíd, 2001, pág. 71), en tanto este cuerpo está habitado y atravesado por el discurso de todos los mitos familiares, asimismo,

en tanto es la madre la que se hace cargo de este sujeto indefenso, lo amamanta, lo baña, lo viste, lo acaricia, le habla, sonríe, se enoja, le canta, juguetea, etc., y es a partir de todo esto que inicialmente se anuda y se transmite ese mito familiar, ese cúmulo de significantes que le dan un lugar a ese niño y que habrá que esperar para observar cómo ese niño se relaciona o hace frente a esos significantes que lo determinan desde el mito familiar.

Así, la tarea originaria de un bebé cuando nace es tratar de encontrar significantes que lo representen ante y dentro del discurso familiar, en el seno del mito familiar, aunque el significante no reconoce la propiedad privada, pues circula, atraviesa generaciones, traspasa lo individual, lo grupal y lo social. Ni el bebé ni los padres determinan qué es lo que le transmiten y que no, pues el mito familiar, como anteriormente mencionó, no sólo se transmite verbalmente, sino también en el cómo se actúa y lo que observe en ese contexto en el que se desarrolla*.

Ricardo Rodulfo señala que cuando un bebé nace, desde ese lugar de hijo pone en marcha la función paterna y materna, coloca a esos dos seres que lo procrearon o adoptaron en un lugar en el que él debe ser reconocido como hijo portador de una herencia ideológica familiar y reconoce a esos otros como sus padres de quienes depende para ser alimentado y poder sobrevivir. La llegada de un hijo no es un acto simple que da nuevos títulos a los integrantes (padre, madre, hijo), implica nombrar y desempeñar esa nueva función y para ello se recurre a creencias que surgen desde lo familiar para ocuparse de la crianza de un hijo, y por supuesto, de la tradición de cómo se concibe a un hijo y en específico las condiciones y el momento en el que llega.

Asimismo, no hay que dejar de lado algo muy importante que resume bastante bien Maud (Mannoni, 1987) cuando afirma categóricamente que, aunque la queja de los padres sea el niño real, también está implicada la representación que el adulto tiene de la infancia, del modelo que familiar y

* (Rodulfo, 2006) El niño extrae elementos para subjetivarse apuntalado en el otro, posteriormente esos elementos los hace propios. No es sólo que se vea limitado a extraer del otro (esto apunta a algo que siempre le será ajeno, extraño).

socialmente se ha establecido. Sin duda, la representación de niño se encuentra travesada por diversos discursos, el familiar, el social e incluso el del terapeuta.

2.5 La concepción de niño y su relación con el síntoma

Cuando un niño nace, se mide y se enfrenta a esos significantes que le preceden y surgen del mito familiar, pero hay que señalar que la concepción de niño está también atravesada por la formación teórica del terapeuta. Si bien, con gran frecuencia entre los terapeutas se habla de la singularidad de caso y dejar fuera la teoría, tal parece que la práctica clínica con niños se ve trastocada y dirigida por mitos y creencias teóricas, aspecto que aborda Ricardo Rodolfo al cuestionar ¿qué concepciones de niño se desprenden de la práctica psicoanalítica con niños?

Para responder dicho cuestionamiento, (Rodolfo, 2004, págs. 315-326) postula que el psicoanálisis tradicional ha creado un retrato de niño en el que: 1) se usa de manera indeterminada el significante niño y el de hijo, de tal manera, que se le asigna y se le toma solo desde su lugar y función de hijo, y de esta manera se atiende la demanda de los padres y se pierde de vista, el dar lugar a su posición de niño, el que desea, el que puede enunciar su propia demanda; 2) El hijo caracterizado en específico por Freud, como un pequeño Edipo; 3) La universalización, considerar que “el” Edipo es un estadio evolutivo necesario para patentar al niño como ser humano; 4) El pequeño Edipo fue pensado para el niño varón y posteriormente Freud intentó paralelizar el desarrollo del niño con el de la niña, y así establecer “el” Edipo como un estadio también de la niña aunque con algunas modificaciones.

Los terapeutas parecen olvidar que la teoría y el método psicoanalítico surgieron de la práctica clínica de Freud, de observar y cuestionar sobre eso que sucedía en el sujeto, a veces para comprobar sus hipótesis y otras tantas para refutarlas. Si Freud se hubiera bastado con creer (con devoción) lo establecido por Breuer sin observar ni indagar lo que sucedía en sus pacientes, sin cuestionar la teoría, seguramente el psicoanálisis no habría sido

creado y se seguirían tratando las enfermedades mentales desde la psiquiatría o la neurología, pero el dar importancia a lo que sucedía con sus pacientes le permitió hacer su descubrimiento del inconsciente.

La concepción psicoanalítica surgió desde la práctica clínica, pero pareciera que algunos analistas y terapeutas adoptan estas concepciones como un acto de fe y devoción a estos conceptos teóricos, sin dar apertura a lo que la propia práctica clínica muestra, que incluso a veces parece cuestionar a lo ya establecido teóricamente.

Los descubrimientos hechos por Freud y los autores que han surgido posteriores a él, amplían el panorama de la práctica clínica con niños, es importante tener ese referente pero sin demasiada devoción que implique estar ciegos ante eso que se muestra en la práctica clínica.

Por lo tanto, la concepción de niño está trastocada también por el retrato que de él se ha construido desde la teoría, y lo que Ricardo Rodulfo en coincidencia con Donald Winnicott plantean es, abrir la posibilidad de dibujar otros retratos del niño, que surjan de la individualidad y observación de lo que sucede en ese niño en la práctica clínica tomando distancia de lo establecido desde la teoría.

La concepción de niño está atravesada por: el discurso familiar (abordada desde la concepción de R. Rodulfo), el del analista (también abordada por R. Rodulfo) y el social que a continuación abordo.

La crianza y la concepción que se tiene de 'niño' (infancia) no ha sido la misma siempre, cada sociedad ha construido su propia noción a partir de la situación y las necesidades de la cultura y la época; dichas concepciones muestran el cómo es visto el niño y qué es lo que se espera de él en tanto comportamiento y responsabilidades, el hecho de que el niño se sujete o no a esa concepción parece determinar el que sea inscrito en la sociedad o señalado y enviado con los especialistas para que lo 'curen y lo arreglen'. Pero ¿qué concepciones de niñez ha habido a lo largo de la historia?

El historiador Alberto del (Castillo Troncoso, 2006) cita que durante la Edad Media predominó en Europa una cultura oral, en la que la escritura estaba confinada a una minoría. La infancia concluía a los siete años de edad, el momento en el que los niños finalizaban el proceso de aprendizaje elemental del lenguaje.

Con la invención de la imprenta se transformó la misma estructura de pensamiento de los hombres, influidos por la misma estructura de los textos comenzaron a pensar que requerían de identidad individual y de introspección, creando así las bases para la construcción de un nuevo horizonte para los adultos.

El nuevo concepto de niñez se encuentra vinculado a los inicios del sistema educativo moderno. La práctica de la lectura y la escritura masiva incorporó a los sujetos a un nivel más elevado de abstracción; a los infantes se les separó de los adultos y con esta diferenciación se les construyó una identidad de la que antes históricamente carecían.

De esta manera, con la reforma educativa de los siglos XVI y XVII, la infancia comenzó a ser vista según un criterio cultural que prolongó su desarrollo como parte de un proceso de aprendizaje más amplio. Otros de los factores que influyeron en esta transformación en la noción de niñez, fue la difusión de la escolarización y la creación de un espacio de separación del mundo infantil respecto del de los adultos.

Asimismo, (Ibíd, 2006) en ese periodo histórico Thomas Kunh argumenta que se construyeron las bases epistemológicas para un nuevo paradigma de niñez, en estrecha relación con otros saberes y disciplinas surgidos en Europa durante la segunda mitad del siglo XVIII: la pediatría, la psicología social y la antropología, las cuales diseñaron atributos y características de la niñez que hasta ese momento eran inéditas.

Posteriormente, Juan Jacobo Rousseau comprendió que antes de edificarse un sistema de educación era preciso cuestionar en qué consistía la naturaleza del infante, así comenzó a darle importancia en sí misma a la niñez, constituyendo así la concepción de infancia.

Por su parte, en la modernidad, el historiador Philippe (Ariès, 1973, pág. 63) a través de su libro *“El niño y la vida familiar en el Antiguo Régimen”*, intenta historizar las distintas representaciones que la sociedad ha generado en torno a la infancia y aunque su tesis central plantea que *“en la antigüedad no existía el sentimiento de la infancia debido a que el índice de mortandad infantil era elevado y porque la infancia era considerada como una época que pasaba rápido y enseguida se perdía el recuerdo”*, generó gran controversia entre diversos historiadores que advirtieron que cada sociedad ha construido su propia noción de niñez y justamente Alberto del Castillo realiza un importante recorrido histórico para mostrar dicha concepción. Por ende, se reconoce que desde la antigüedad, ya existía la concepción de niñez (anteriormente citada) y el trabajo de investigación de Àries permite conocer la concepción moderna.

Asimismo, plantea que a partir del siglo XIV, comienza a aparecer un sentimiento de la infancia en la conciencia colectiva, el cual tuvo que ver con la proliferación de los temas de la maternidad y la infancia en el contexto religioso. Esto originó que en los siglos XV y XVI, los infantes salieran del anonimato al cristianizar las costumbres cotidianas.

En el siglo XXI, la crianza adquiere un significado mercantilista todo gira en torno a las mercancías, así el trabajo adquiere un peso vital en toda familia, las relaciones ya no eran estrechas y el Estado se hacía cargo de la crianza entendida como educación. Ligado a estas modificaciones se fue introduciendo un biopoder en que el cuidado de la vida y de la salud de la población fue ocupando un lugar más importante en el interés del Estado, con el fin de ligar al hombre al trabajo a partir de técnicas políticas y de poder llamados biosaberes, tales como: la medicina, la psicología, la educación y la pedagogía.

El régimen biopolítico tiene su mayor auge en el siglo XX, dejan de circular socialmente conocimientos sobre la crianza y se imponen pautas a seguir para controlar el cuerpo/psique del niño. De esta manera, la educación biopolítica va dirigida a controlar y educar a los niños, para que respondan o lleven a cabo de manera inmediata una orden sin cuestionar. Así concluye éste siglo, inmersos en un sistema mercantilizado en el que la realidad social se encuentra escolarizada; con la integración de las mujeres al sector productivo la crianza quedó a cargo del Estado. Éste dominio del biopoder dio la bienvenida al nuevo siglo XXI, ahora la ciencia y sus especialistas se ocupan del bienestar y la protección de la niñez y la crianza se convierte en algo individual y privatizado. Las instituciones y los especialistas poseen el “único” saber, respecto a la crianza, a cómo ser mejores padres y cómo deben ser los niños.

Evidentemente, las modificaciones que se han dado en relación al tema de la infancia y la crianza, se ha originado desde lo social obedeciendo a las necesidades de cada época. Se ha dado un recorrido, desde aquellos tiempos en los que la infancia tenía una connotación distinta a causa de la tasa de mortalidad en niños, hasta épocas actuales donde la infancia, y en consecuencia, la crianza se han convertido en el motor de la creación y popularidad de instituciones educativas, de algunas ciencias y de la publicidad. La crianza se ha transformado en un saber privado, que solo poseen la ciencia y los especialistas; su conocimiento es primordial para la inscripción de todo padre e hijo en lo social pero solo puede obtenerse, comprándolo, así es como ese saber se convierte en mercancía.

La crianza se ha convertido en una mercancía más, vendiendo a la sociedad un modelo de ser padres, el cual es difundido (vendido) a partir de revistas, programas de escuela para padres, folletos, programas de radio, televisión y por supuesto, en los consultorios de psicología.

La queja de los padres del síntoma de su hijo, está trastocada por la necesidad de que su hijo sea un niño “normal”, que sea como todos, partiendo así de un modelo único de niño. Dicha necesidad se ha originado y alimentado

por la demanda social, por ejemplo: aquel niño inquieto, desobediente, juguetón, flojo y mentiroso, es considerado por la sociedad y la escuela como “un niño problema” y por ende, requiere tratamiento psicológico para manejo conductual, o mejor dicho, para moldear la conducta que debe tener según el modelo. Podemos decir que la demanda social está guiada por el modelo de: ser niño “normal” y ser los mejores padres, como una manera de controlar la sociedad, como si se tratara de programar máquinas accionadas a partir de instructivos, y en caso de “falla” (mal funcionamiento) dirigirse al técnico para que le de mantenimiento y funcione como debería.

La sociedad se rige por el biopoder*, se encarga de controlar la sociedad; el juicio personal queda suprimido y la toma de decisiones es dirigida por el poder, siempre en beneficio del aumento de las mercancías y su consumo. La Dra. Raquel (Ribeiro, 2005) cita en su artículo “Prácticas de crianza contemporáneas ¿subjetivantes?” que “*el sistema biopolítico trata de romper las relaciones interhumanas, imponiendo en su lugar al conocimiento científico como el único poseedor de la verdad sobre la correcta crianza y por ende, orillando a los padres a comprar ese saber*”. Los instintos, los mitos y la individualidad de cada niño y de cada padre, han sido removidos por un saber que se vende, a partir de numerosos productos de moda que enseñan cómo ser los mejores padres, y entonces las mercancías (libros, revistas, educadores, psicólogos, etc.) se convierten en los mediadores en la relación padres e hijos.

Los padres dejan de mirar y escuchar las necesidades propias de sus hijos, se guían por el instructivo de qué hacer cuando presenta tal o cual conducta, se sienten reconfortados por tener el saber(a partir de un folleto) de por qué su hijo se comporta “extraño”, así la relación que se establece padres-hijos es controlada por los productos.

* (Foucault, 1976) La población es controlada a partir de lo que Foucault llamó *biopoder*, el cual se instauró en los siglos XV y XVI, con la finalidad de administrar los cuerpos y controlar las poblaciones para que no obstaculizaran la libre circulación de las mercancías.

Por otro lado, Maud (Mannoni, 1987, pág. 7) menciona que la sociedad le confiere al niño un status, *“le encomienda, sin que él lo sepa, la realización del futuro del adulto. De este modo, las quejas de los padres con respecto a su descendencia nos remiten ante todo a la problemática propia del adulto”*, es decir, que el hecho de que el adulto sea calificado como buen padre o madre, es responsabilidad del niño, tratando de justificar que los adultos no son malos padres sino que el niño es mal hijo, así el éxito de los adultos en su papel de padres “es truncado o afectado” por el mal desempeño de un hijo problema.

En la actualidad, el síntoma cuestiona y pone en evidencia: la dificultad de los padres en su forma de educar, la manera en que atienden y se comunican con su hijo, en general, cuestiona su papel de padres, las deficiencias docentes o bien la ineficacia de los métodos pedagógicos actualmente utilizados.

De esta manera, hablar del síntoma en el niño, implica indagar tanto la historia del sujeto, la historia familiar y el contexto social, pues de ellos surgen significantes que lo representan, y el síntoma es un significante. Asimismo, habrá que analizar cómo el niño metaboliza todo esto, es decir, la forma en que se relaciona con estos significantes, pues el niño no es un ser pasivo que solo recibe, sino que de manera activa hace frente a esos significantes que lo representan.

No obstante, estando advertidos de estos significantes que están entramados en el síntoma, es imprescindible reconocer el lugar que el analista le da; pero dentro de las disciplinas psi no se puede hablar de un único modelo de intervención, han surgido un gran número de autores que han creado diversos modelos de intervención, algunos se asemejan y otros son contrarios, a pesar de tratarse de un mismo terreno, lo psicológico. Es por ello, que considero fundamental, hacer un breve recorrido a las más representativas posturas para poder conocer principalmente, cómo se concibe al síntoma en el niño y cómo se atiende, para poder advertir si en efecto, en algunas disciplinas psi parecieran dirigirse a ese retorno a la concepción médica de síntoma.

2.6 Distintas lecturas del síntoma en el niño

El análisis de niños ha sido punto de debate para autores como: Sigmund Freud, Anna Freud, Aida Dinerstein, Jacques Lacan, Maud Mannoni, entre otros. Dichos autores han abordado la polémica práctica clínica del trabajo con niños y han propuesto formas de abordaje para los llamados síntomas. A continuación presento brevemente la lectura que estos autores dan al síntoma en el niño y el lugar del analista, sin pretender abordar en su totalidad su modelo teórico. Simplemente me interesa mostrar como al interior del propio psicoanálisis han surgido posturas tan diferentes aunque se refieran al mismo tema, el síntoma en el niño.

- Sigmund (Freud, 1900) en “La interpretación de los sueños” profundiza en el sentido del síntoma, al que concibe como una escritura, es decir, el síntoma surge en el lugar de algo no dicho, valiéndose de los mecanismos de condensación y desplazamiento, y así, el síntoma es una palabra colocada en el cuerpo. (Postura trabajada al inicio de este capítulo)

- Anna Freud (1926)* en su libro *Introducción a la técnica del análisis de niños*: supone que no se puede analizar a un niño, propone técnicas y métodos de orden no analítico. También plantea la necesidad de que el analista sea un guía, un factor de poder y autoridad, se gane la alianza del niño, se ubique en el lugar de ideal del yo, es decir, que ocupe el lugar que la sociedad tiene reservado a los padres, ya que, son éstos los responsables de la neurosis del niño, es por esto que el analista debe ocupar ese lugar para corregir esa desmesura, en tanto, el niño, es un sujeto inmaduro e independiente. Asimismo, el analista debe tomar una especie de recaudo, un largo período preparatorio antes de iniciar la tarea analítica propiamente dicha y realizar un trabajo de prevención de la salud, al abrir un abanico que cubre un inmenso campo de intervención, que va desde lo familiar hasta lo pediátrico, lo educacional y lo social.

* Citado por: Aída (Dinerstein, 1987)

María Teresa (Cena, 2004) aporta ideas interesantes para el analista de niños: a) la reconstrucción de la historia del niño en tanto traumática; b) la reubicación de la neurosis como contingente y no necesaria en una evolución; c) la patología también puede ser producto de un error; d) la predicción de la patología y el hecho de actuar preventivamente para evitar la enfermedad infantil.

- Jacques Lacan: El síntoma es siempre un impedimento, un “*eso no anda bien*” que se señala en la Sesión del 05 de mayo (Lacan, 1965)* “*hay algo para saber que yo no sé*”, es decir, el síntoma indica que hay algo que saber. Ahora bien, para el sujeto hay señalamiento en el síntoma, el cual será recibido como sin razón, desvío, impedimento, estorbo, según el espacio de discurso social, es decir, eso que se considera síntoma depende de las exigencias sociales en las que habita el sujeto, pues el síntoma no es aprehensible más que a partir de la época en la que se encuentra el sujeto.

En el curso del seminario R.S.I., Lacan es llevado a introducir un cuarto término en el nudo borromeo. En ese debate problemático, modifica el estatuto de síntoma en su relación con el inconsciente, es decir, el síntoma se acopla con el inconsciente, ambos son situados primero como zonas que rodean el agujero del simbólico, según las formulas siguientes:

- Sesión del 14 de enero (Lacan, 1975) “*el síntoma es el efecto del simbólico en el real*”,
- (Ídem, 1975) “*el inconsciente es lo que responde del síntoma*”.

De esta manera, formula dicha relación en términos de ‘circularidad’, formando entre ellos un ‘falso agujero’. El síntoma y el inconsciente se vuelven consistencias de pleno derecho anudadas en un nudo borromeo de cuatro consistencias. Por lo tanto, la interpretación –en el analista- debe siempre tener en cuenta que en lo que se dice está lo sonoro, y que eso sonoro debe consonar con lo que es del inconsciente, es decir, en el decir del paciente

* Citado por: Marie-Magdeleine (De Brancion, Octubre 1995)

respecto su síntoma, en sus ocurrencias resuena ese inconsciente que se manifiesta a través del síntoma como algo desconocido o ajeno al sujeto.

Explica Marie Magdelaine (De Brancion, Octubre 1995, pág. 64) “*El analizante dice su síntoma y el analista entra en el juego del significante, al producir equívocos ‘forma circularidad’, hace como un ‘círculo’ con el síntoma*”.

En este mismo año, plantea que el síntoma dice algo, es otra forma de verdadero decir y lo que en suma hace el analista es intentar hacer un poco más que deslizar debajo... porque el síntoma resiste.

En Sesión del 29 de junio (Lacan, 1955, pág. 472) plantea que “*el síntoma es en sí mismo, de lado a lado, significación, es decir, verdad, verdad que toma forma*”, con lo cual se puntualiza otra característica de la lingüística transpuesta al síntoma.

Posteriormente, describirá al síntoma como una metáfora, en la cual el cuerpo viene a ser el elemento significante, un elemento que viene a sustituir a otro y cuya significación está marcada por la historia particular del sujeto.

Años más tarde, en la Sesión del 11 de abril (Lacan, 1956, pág. 271), el síntoma estriba en la implicación del organismo humano en algo que está “*estructurado como un lenguaje*”, es decir, en el inconsciente; por ende, debe ser comprendido como un mensaje, con un código de significación que remite a un sentido diferente de lo que manifiesta el discurso. A partir de su obra identifica al síntoma con aspectos del lenguaje; primero lo describe como un significante, con lo cual marca la singularidad del síntoma en tanto la particularidad de la historia del sujeto y su cadena significante.

En Sesión del 12 de junio (Lacan, 1963, pág. 302), establece que “*el síntoma sólo queda constituido cuando el sujeto se percató de él*”, es decir, que para que el síntoma salga del estado de enigma todavía informulado el paso a dar es que en el sujeto se profile algo tal que le sugiera que hay una causa para eso; el síntoma queda constituido cuando el sujeto comienza a cuestionarse

en relación a su síntoma, por qué surgió, por qué aparece cada determinado tiempo, etc.

Finalmente, en Dos notas sobre el niño (Lacan, 1969, pág. 55) estableció que *“el síntoma del niño está en posición de responder a lo que hay de sintomático en la estructura familiar”* de esta manera, el síntoma se define en ese contexto como representante de la verdad y compete a la subjetividad de la madre, puesto que, el niño está involucrado directamente como correlativo de un fantasma*.

Cuando la distancia entre la identificación con el ideal del yo y la parte tomada del deseo de la madre no hay mediación, el niño queda expuesto a todas las capturas fantasmáticas. Se convierte en el ‘objeto’ de la madre y su única función es revelar la verdad de este objeto. De esta manera, el niño realiza la función de objeto *a* en el fantasma.

- Aída (Dinerstein, 1987) comenta que el analista de niños debe tener la misma actitud inconsciente que pedimos al analista de adultos. Esto lo debe capacitar para querer realmente sólo analizar, y no desear moldear y dirigir la mente de sus pacientes. El analista puede ofrecer un trabajo de escucha e interrogación, un trabajo gracias al cual se despliegue lo que de saber inconsciente, hay en los síntomas.

Así, (Ibíd, 1987, pág. 110) *“el analista no es un especialista que detenta un saber acerca de cómo se ‘debe ser’ un niño o cómo se ‘debe ser’ padre o madre”*. Lo que sabe es que hay un saber inconsciente y debe aprender a descolocarse de un lugar de saber para que el Otro, el inconsciente se diga. No se trata de asumir el lugar del saber, brindando sugerencias o condicionando al niño para que desaparezca el síntoma, se trata de permitir que éste hable, por qué se ha configurado y qué lo ha sostenido. Dicha indagatoria estaría relacionada con la demanda de los padres, los que preferirían evitar el

* Ver discusión presentada por: SAMPSON, Anthony (Noviembre 1992). *Cap.: “La fantasía no es un fantasma”*. Revista Artefacto No. 3, P-189-199

cuestionamiento que interroga su papel o función frente al síntoma del niño. Su responsabilidad consiste en dar lugar, dándole un lugar al deseo.

Comenta también que hay padres que toman como pretexto el síntoma de su hijo para pedir ayuda para ellos mismos, pero también hay aquellos que solicitan su eliminación sin permitir indagar sobre la función que está teniendo en la dinámica familiar. **Solicitan el tratamiento para su hijo exigiendo soluciones rápidas, que supriman el síntoma, evadiendo la interrogación sobre el peso que los padres pueden tener en su configuración y sostenimiento.**

- Maud (Mannoni, 1987) parte de la pregunta ¿qué le significa a los padres (y al médico) el niño a través de su síntoma?, postula que la formación de síntomas infantiles está vinculada a una problemática parental, de la cual el niño por medio de su síntoma sólo es el portavoz. Dicha problemática no mantiene una relación directa de causa-efecto, sino surge de la mentira y el tratar de ocultar dicha problemática de lo que parece afectar al niño. En consecuencia, se trata de una historia familiar que no ha sido revelada al niño pero sin duda está presente; otro tipo de conflictos parentales, se dan disfrazados con una calma aparente, son vividos por el niño de una manera abrumadora, ya que, al no haberlo puesto en palabras crea una confusión emocional, que no le permitirán tener una posibilidad de intercambio verdadero en el transcurso de su vida.

El niño trata de manifestar lo que en el lenguaje no le es permitido decir, haciendo un llamado al Otro para *“recibir lo que le falta a su palabra”* (Ibíd, 1987, pág. 63). Cabe señalar que esta palabra a la que se hace alusión, está referida específicamente a lo que es llamado el fantasma, es decir, la historia de cada uno de los padres, historia perdida para la conciencia pero que tarde o temprano irrumpirá en lo real.

No obstante, aunque historia perdida para la conciencia, estará determinada por la cadena significante, la cual de forma inconsciente

prevalecerá en el discurso de cada uno de los padres, teniendo posterior resonancia en el desarrollo del niño y la formación del síntoma.

Mannoni argumenta que en la primera infancia los trastornos que el niño sufre son necesariamente una manifestación del malestar parental, que en muchos casos se encuentra velada. Entonces, el niño utilizará su cuerpo como un medio para hacer presente la mentira o lo no dicho. En la segunda infancia y adolescencia, los síntomas se presentan como una necesidad de hacer reconocer su deseo, muchas veces ante exigencias inherentes al conflicto edípico, es decir, ante la nociva dinámica familiar que le impide al niño vivir de forma correcta su edipo.

En definitiva, el síntoma infantil viene a ser una forma de lenguaje, que siempre tendrá una significación particular, fundada por su historia y la dinámica particular de los padres.

Mannoni también se ocupa de responder ¿a quién se dirige el síntoma del niño?, argumenta que el síntoma *“aparece por cierto como una palabra por medio de la cual el sujeto designa (en forma enigmática) la manera en que se sitúa con respecto a toda relación de deseo”* (Ibíd, 1987, pág. 52), de esta manera, el síntoma se concibe como una interrogación que el niño realiza del deseo del Otro, abriendo así la posibilidad de encontrar la palabra perdida que lo determina dentro de cierto esquema familiar.

Por lo tanto, en la consulta que los padres realizan debido al síntoma del niño, se pone en evidencia el lugar que ocupa el niño en el fantasma de cada uno de ellos, lugar que muchas veces choca con la existencia real del niño.

- Erik (Porge, 2000, pág. 71) en su *“Análisis a la cantonade”*, considera que *“el síntoma del niño es simultáneamente el representante para los padres de un saber supuesto que el niño oculta, no dice, y que el analista debería descubrir”*. El síntoma los conduce a pensar que hay un saber (¿qué le pasa al niño?, ¿por qué actúa así?) que ellos no tienen y que quizá el niño puede explicar, hablar sobre lo que le pasa (¿qué sabe él, que no sé yo?). Y entonces viene esa

demanda de descubrir qué es lo que le pasa al niño, demanda de saber que también va acompañada de una solicitud para eliminar el síntoma.

En tanto, (Ídem, 2000) la posición del analista lejos de callar al niño o quererlo controlar con medidas disciplinarias, “*abre el telón para que tanto el niño como sus padres expresen libremente lo que les pasa*”. Cuando el niño deja de ser oído, la neurosis infantil es la manera que el niño encuentra de subir a escena y poder seguir hablando entre bastidores y es así como la neurosis del niño se despliega ante ese tercero que está ahí para eso. El analista sostiene que algo en él siga hablando, lo suscita y con ello los padres también comienzan a escuchar a su hijo y a escucharse. De esta manera, el analista ocupa un doble lugar, ya que la transferencia se juega, tanto con los padres como con el niño, por lo que las intervenciones sobre la ubicación de los padres frente a la neurosis del niño son tan importantes como el trabajo con el niño mismo.

El niño le hablará a sus padres a través de su analista y éste será el nuevo receptor de lo que los padres recibieron con anterioridad pero no decodificaron, porque ellos prefieren no saberlo.

Indudablemente, existe una gran diversidad de autores que intentar definir el síntoma en el niño lo que se encuentra anudado en él, así como también sus implicaciones clínicas. Más allá de establecer un modelo único de intervención me parece enriquecedor el poder realizar un análisis de cada una de estas posturas pues si bien, existen algunas divergencias, en realidad considero que amplían y enriquecen el panorama de trabajo clínico con niños, y dejan la puerta abierta para que nuevas posturas se generen.

2.7 ¿El niño como síntoma o el síntoma en el niño?

Antes de cerrar este capítulo, creo de suma importancia abordar, la diferencia en pensar al niño como síntoma o reconocer el síntoma en el niño, esto porque el niño es enviado o llevado por un tercero y es éste el que

inicialmente enuncia la demanda; con gran frecuencia se piensa que el síntoma es de los padres –el niño colocado en el lugar de síntoma- y que son ellos los que deben estar en tratamiento, sin embargo, habrá que advertir que el niño no siempre se juega en esa posición de portador del síntoma familiar, sino que el niño también puede presentar un síntoma propio.

Me parece fundamental abordar esta diferenciación, pues no solo se trata de encontrar el sentido del síntoma sino también desde donde se ha configurado, desde lo familiar o es propio del niño para poder ubicar hacia donde se apunta el análisis.

A continuación presentare las aportaciones que 4 autores que abordan dicha diferenciación:

Guillermo Grosso y Mariana Martínez mencionan que:

- (Grosso & Martínez, 2000) *El niño como síntoma* se puede pensar: configurado para responder a lo sintomático de la pareja o a la subjetividad de la madre, aquí “*el niño está tomado en la posición de objeto por lo que el trabajo analítico apuntará a la emergencia subjetiva, que será consecuencia de la instauración de la función paterna en la transferencia*”. El análisis, por la vía del juego, apuntará a la constitución en transferencia de un síntoma propio, que implica una posición propia en relación a su inconsciente.
- *El síntoma en el niño* -o bien, con síntoma propio-, podría dar cuenta de la separación, en general muestra que no se logró efectuar la separación, el análisis entonces deberá tomar el revelo del síntoma y hacer que se realice su función. (Ídem, 2000) “*El síntoma propio implica que éste tome el revelo de la función del padre, también da cuenta que hay pérdida del objeto y están dadas las condiciones para la posibilidad de la construcción del fantasma donde quedará fijado el objeto apto para la satisfacción pulsional*”.

Por ejemplo, en la viñeta citada previamente, *Diego el niño que se arranca compulsivamente el cabello y golpea a sus compañeros de escuela*. Nos permite entender un poco más sobre esta postura.

Primeramente, el niño como síntoma, es para sus maestras y para su madre, por su actitud violenta hacia él y hacia sus compañeros, por lo que es enviado al consultorio. Parece ser que, eso que lo representa como síntoma no lo es para él, sin embargo, en el desarrollo de su análisis él logra configurar su propio síntoma cuando:

1) lo que pone en evidencia es la convivencia que los padres tienen entre ellos, constantemente discuten;

2) a partir del juego representa su desesperación por no poder desempeñar el lugar en el que la madre lo ha colocado (al meterlo en la cama de ella) como esposo u hombre de la casa; y,

3) enuncia su sentir ante la frecuente ausencia de su padre. Me parece fundamental lo que nos muestra este ejemplo, poder observar ese cambio de lugar del niño, en tanto, se logra esa separación entre lo que él representa como síntoma para su familia y cuando enuncia su propio síntoma, efectuándose esa separación entre él y el cuerpo de la madre. No se trata de la relación fallida entre los padres sino de su propia relación con esa madre y ese padre desde su posición de hijo y el ambiente en el que se desarrolla. Así, el síntoma tiene una función de anudamiento para el niño.

Se trata de que el análisis propicie que el niño tome una posición propia con respecto a los significantes que lo determinan, a que construya su propio síntoma, es decir, un síntoma sostenido en su propia pérdida.

Por su parte Marité (Ferrari, 2000) considera que:

- Lo que el niño pone en acto en su cuerpo (el mojar la cama, el ensuciarse con caca, pegar sin motivo, de negarse a hablar), no es todavía un síntoma, lo es pero para sus padres. *“Es la cara real de aquello que se articula en lo*

simbólico-imaginario del otro. La apuesta de construir un síntoma en transferencia procura un corte con esta posición alienada, y la articulación de este real del padecimiento con lo simbólico-imaginario del sujeto en constitución”.

Nuestra apuesta analítica será anudar lo real del goce puesto en acto en el cuerpo, con la dimensión simbólica e imaginaria construyendo un síntoma en transferencia. Actualizar en el aquí y el ahora de la transferencia, con aquello que hemos escuchado en el discurso paterno y que nos orienta para encontrar eso que el niño viene a representar como objeto de deseo.

Esta postura coincide en gran manera, con las aportaciones de Beatriz Aguad, sobretodo en tres aspectos:

1) la forma relatada del síntoma, solo es aportada por los mayores, no se sabe a ciencia cierta cómo se relaciona con el niño, cómo esa versión de los otros es portada por él, por lo que el encuentro con el niño debe ser algo nuevo y siempre novedoso.

2) el lugar en que el analista se ubica, es un lugar tercero que se fabrica entre el decir de los padres y el decir (y los hechos) del niño.

3) la importancia de la transferencia, ya que, la ‘neurosis ordinaria’ se vuelve en el análisis una ‘neurosis de transferencia’. (Aguad, 1993, pág. 14) Pues *“el niño no tiene esa ‘neurosis ordinaria’, sino que él se mantiene en referencia en la presencia actual y real de sus padres. Él no reproduce sino que realiza cotidianamente la ‘neurosis de transferencia’ con quien la sostiene”,* y justamente el analista interviene para convertirla en una ‘neurosis ordinaria’, es decir, configurar el síntoma y así devenir sujeto.

El trabajo clínico con niños, no es un asunto fácil, pues el niño llega como continuo de sus padres, como una extensión de su cuerpo, entonces se trata de efectuar esa separación entre el cuerpo de la madre o de la pareja y el cuerpo del niño, efectuar la función del nombre del padre y así constituir el

síntoma en el niño y con ello, inaugurarlo como un sujeto con síntoma propio y ya no como un cautivo de la novela familiar, la que le ofrecía como soporte significantes que organizaban sus relaciones.

Finalmente, Ricardo Rodulfo plantea que:

Es fundamental analizar el lugar que el niño ocupa para esos padres, el de fantasma, falo o síntoma, al indagar sobre ello se podrá develar *deseado para qué y en calidad de qué* es un hijo, pues esto determina lo que está depositado en ese hijo y lo que les representa para sus padres.

- (Rodulfo, 2001, pág. 96) El síntoma en el niño *“son casos donde, el niño falizado por las corrientes de deseo familiar, el niño no logra resolver su situación edípica o se antagonizan distintas falizaciones que imponen marcas identificatorias contrastantes de un modo e intensidad que termina por resultar patógeno”*.

Un conflicto inherente a la posición del sujeto como falo puede comenzar a agudizarse durante la adolescencia y se entabla entre aquello que empieza a diferenciar el ideal del yo del yo ideal, es decir, diferenciar el deseo familiar con su propio deseo pues no necesariamente están en armonía preestablecida. Si no hay atravesamiento espontáneo hay que esperar fenómenos del orden de la inhibición, de la angustia y de la sintomatología neurótica.

El niño como síntoma(o portador del síntoma familiar), en tanto, los padres depositan el deseo de que su hijo realice lo que ellos no pudieron lograr, es decir, le depositan significantes del mito familiar y su desarrollo se da en relación a hacer efectivos esos significantes. Por ejemplo, cuando existe el mito familiar de que “los segundos varones siempre van presos”, y de esta manera, se le dota de un destino asegurado, así el sujeto nada por la vida con un significante que determina su vida y parece encaminarse a él.

Por otro lado, en tanto el síntoma en el niño, se puede explicar a partir del conflicto de sostener un significante del mito familiar que no coincide con su deseo, en consecuencia produce un síntoma propio.

“Una joven, en la que el padre deposita el temor de que tenga el mismo destino que sus hermanas, ser madres solteras y por ello, no concluir sus estudios universitarios”.

El temor es del padre, por lo que la hija se ve amenazada de evitar ese destino. Durante sus estudios universitarios no logra concretar ninguna relación de noviazgo, por lo que llega al consultorio, preguntándose ¿por qué no logra concretar alguna relación de noviazgo?, pues ella desea tener una pareja. Durante el análisis, da cuenta del mito familiar en el que se ha desarrollado, el conflicto entre el deseo del padre y el de ella. El padre no quiere que su hija tenga el mismo destino que sus hermanas, por lo que cualquier relación podría cumplir el temor del padre, lo que se contrapone a su propio deseo de tener una pareja, así que dicho, conflicto se logra tramitar constituyéndose como síntoma, la imposibilidad de concretar una relación de noviazgo.

De esta manera, el síntoma se constituye propio para la joven, pues presa de un mito familiar deberá trabajar para poder soltar ese significante que le fue asignado, y poder marcar una diferencia con ese fantasma (las hermanas), constituyendo su propio destino.

Cuando un niño presenta un síntoma puede tratarse del representante de la sintomatología familiar, o bien, el que ese síntoma sea propio en tanto ha tomado una posición subjetiva del síntoma. Lo que es nombrado como síntoma en el niño por los otros, no siempre garantiza que para el niño también lo sea.

En resumen, el surgimiento del psicoanálisis permitió dar una nueva y diferente concepción al síntoma, colocado fuera de los terrenos de lo normal o patológico; se le define como un bien necesario para el sujeto, una salida de salud momentánea, lo que le permite al sujeto funcionar ante la lucha constante entre pulsión de vida y pulsión de muerte, dado que, el aparato psíquico no

siempre tiende al placer (a la armonía), existen fuerzas contrarias que conducen al displacer.

Si bien, el síntoma se muestra en el cuerpo, la causa no siempre surge de lo orgánico sino también de lo psíquico, y dicho síntoma tiene un sentido y un propósito que mantiene una relación estrecha con la historia del sujeto. Por lo tanto, en psicoanálisis no se plantea la idea de suprimir el síntoma sino el cuestionar o sostener el síntoma para develar en lugar de qué está o qué muestra y a la vez oculta.

Finalmente, me parece que esta nueva concepción de síntoma propuesta desde el psicoanálisis, ha posibilitado que diversos autores de las disciplinas psi observen y analicen el trabajo clínico en relación al síntoma en el niño, y a pesar de que algunas parecieran ser contrarias, es una mirada distinta y un intento de nombrar aquello que sucede en el sujeto, tanto en su cuerpo como en su relación con los otros, y que permite que el niño alcance el estatuto de sujeto relacionándose o contraponiéndose a aquellos significantes que le permiten agarrarse a la vida.

CAPÍTULO 3: ¿EL RETORNO DEL SÍNTOMA A LA MEDICINA EN LAS DISCIPLINAS PSI?

3.1 El retorno del síntoma a la medicina

El psicoanálisis, como lo hemos venido dilucidando en los capítulos anteriores, retomó de la medicina el término de síntoma, pero funda una concepción y un tratamiento diferente al de su surgimiento, ampliando así el campo de la salud mental. Plantea que en el síntoma un trozo de historia del propio sujeto se encuentra obturado y la intervención se dirige a cuestionar y sostener ese síntoma hasta lograr restituir la historia del sujeto reconociendo y dando lugar a eso que se intentó anular, es decir, a su deseo.

En tanto, la medicina parece sujetarse al ideal social que en la actualidad bombardea a través de los medios de comunicación y los consultorios médicos, el producir sujetos que viran hacia la idea de los fármacos como forma de eliminar el síntoma y así quitar los sufrimientos.

Asimismo, la medicina en su intento de ampliar su saber y campo de acción se ha introducido también en el terreno psicológico, al juzgar y evaluar la conducta del niño en los parámetros de “normal” o “anormal”, a partir de una evaluación adquiere el saber y decide medicar para “solucionar” el síntoma (concebido como problema) en el niño.

La medicina parece “actualizarse”, pues el síntoma ya no sólo se observa en el cuerpo, en los órganos y en su funcionamiento, sino también en la conducta. Es la neurología (rama de la medicina), la que se ocupa de indagar y demostrar que los “problemas” de conducta en los niños (los síntomas) son causados por dificultades o mal funcionamiento en la actividad cerebral. Por ejemplo: el TDAH, la depresión, el autismo, la psicosis infantil, la enuresis, etc.

Existen un gran número de casos en los que, el niño con problemas de conducta en la escuela, es derivado a los médicos para encontrar la base orgánica que explique su comportamiento y a partir de la medicación suprimir el síntoma considerado “un problema de conducta”.

Pero ¿acaso la medicina ha sido la única en colocar la conducta del niño en los terrenos del síntoma?

Evidentemente, el contexto social actual parece contribuir, al establecer y definir las conductas socialmente aceptadas y aquellas consideradas como desviadas. Se apoya en la medicina que insiste en abarcar tanto las enfermedades físicas como las mentales, partiendo de una base orgánica para demostrar las causas de dichos comportamientos y así ofrecer la explicación y solución al “problema”. Mientras en lo social, esta ciencia continúa abriéndose paso en el tratamiento del síntoma en el niño, el psicoanálisis parece no convencer, a pesar de ocuparse y realizar sus propios planteamientos e instaurarse como una disciplina que se especializa en el estudio las enfermedades mentales. Elida (Ganoza, 2003) menciona que según las neurociencias *“el modelo psicoanalítico ha fracasado al no incorporar el rápido crecimiento del saber sobre la interacción de lo neurogenético y la especificidad psicosocial del entorno”*, aunado al rechazo a los tratamientos farmacológicos para ‘curar’.

Mi interés radica en poder mostrar y delimitar el campo de intervención que a cada una compete sin plantear una supremacía, el psicoanálisis no tiene la intensión ni las bases para ocuparse del aspecto fisiológico del sujeto y la medicina a pesar de intentar ocuparse de los aspectos psicológicos del sujeto, me parece que hay algo que aún se le escapa, sobretodo –como lo abordé en el capítulo 1- cuando se enfrenta a sujetos que constantemente parecen estacionados en la enfermedad o en aquellos que se dificulta encontrar la fuente orgánica que permita explicar la aparición de su síntoma.

Parece difícil que ambas disciplinas puedan complementarse, dado que, el ideal social y el modelo económico pretenden construir sujetos sanos y que

no cuestionen el sistema, así la medicina ha tenido un mayor auge al utilizar las nuevas tecnologías para ser más precisos en sus análisis y resultados y al eliminar el síntoma a partir de la medicación, impulsando así a la industria farmacéutica y con ello el modelo económico del capitalismo, finalmente, moldeando al sujeto para que opere de acuerdo al ideal social establecido para un mayor control sobre él. Pero ¿qué pasa con el psicoanálisis ante estas nuevas tecnologías y la medicación?

El psicoanálisis opera en solitario y en diversas ocasiones se le ha cuestionado el mantenerse renuente al uso de tecnología y medicamentos, pero no se trata de una simple necesidad o un acto de rebeldía, sino de lo que justamente el psicoanálisis ha analizado en relación al síntoma desde sus planteamientos teóricos.

El síntoma tiene un sentido el cual mantiene un nexo con la historia y las vivencias del sujeto, en consecuencia, la intervención del analista trata de restituir esa historia donde fantasías y deseos son depositados (aunque se mantienen inconscientes). No obstante, actualmente, pareciera que **en el trabajo psicológico con niños comienza a darse un retorno a la medicina cuando los especialistas en las disciplinas psi, obedeciendo a la demanda institucional y social se dirigen a la supresión de síntoma concebido como enfermedad y se deja de escuchar aquello que los padres o el mismo niño puede decir respecto a su síntoma y a esa historia que lo constituye, la cual también queda suprimida, por lo que considero que suprimir el síntoma implica suprimir la propia historia que constituye a esa familia y a ese niño.**

Pero a pesar de los planteamientos teóricos de ambas disciplinas, es indudable la influencia que tiene el contexto social, en lo que ahora se da por llamar “enfermedades mentales” de acuerdo a las características y las necesidades de la época, aspecto que impacta y promueve con gran fuerza el auge de la medicina.

Lo que se denomina síntoma en el niño, está trastocado por la época y cultura en la que el sujeto aparece, esto se debe según comenta Araceli Colín* *“la crianza es un hecho social que implica hábitos, creencias y formas de educar a los niños. Quien dicta como criarlos es la red significativa de una cultura”*.

Este vínculo entre lo social y la medicina permitirá dar cuenta del lugar que ocupa el niño en la actualidad, puesto que, delimita el terreno de “normalidad” en el que el niño se debe desenvolver, cualquier conducta fuera del parámetro es catalogado como síntoma y por ende, derivado a las instituciones para ser tratado por su “problema”.

3.2 El síntoma en la posmodernidad

Cuando se habla del síntoma en el niño, como un retorno a la concepción médica, se pone en juego la concepción social que se tiene del síntoma, de la enfermedad y del niño, en la que se establecen los ideales y las conductas que *todo* niño debe tener. Cuando un niño es llevado a análisis, la demanda de los padres –incluso muchas veces la demanda institucional- se centra en suprimir el síntoma, como sinónimo de ‘enfermedad’, de ‘anormalidad’, y es entonces cuando las disciplinas psi, se intentan aplicar como una forma de reeducación, basada en modelos sociales de ‘buen hijo’, ‘niño bueno y educado’.

Raquel (Ribeiro, 2005) explica en su artículo “Prácticas de crianza contemporáneas ¿subjetivantes?”: el ideal social de niño y la crianza obedece al régimen biopolítico que tuvo su mayor auge en el siglo XX y dio la bienvenida al nuevo siglo XXI, ahora la ciencia y sus especialistas se ocupan del bienestar y la protección de la niñez y la crianza se convierte en algo individual y privatizado.

* Citado por: Raquel (Ribeiro, 2005, pág. 61) “Una historización de los significados de la crianza”.

Este biopoder también ha causado efectos en el devenir sujeto, dado que, ese decir, esa historia de lo familiar en relación al niño, es lo que lo va a constituir como sujeto y lo va a dotar de un cuerpo con imagen propia, o dicho en otras palabras, ese saber que le es depositado previo al nacimiento y en sus primeros años, lo va a determinar históricamente y por ende, lo va a orientar en la vida, dando lugar a este fenómeno de la subjetivación.

Desde el psicoanálisis, la subjetivación da la posibilidad de advenir como sujeto que se sostiene deseando algo en la vida, *“se da en el lazo social porque en él se despliega un saber de uno mismo a través del otro y permite ubicarse históricamente y asumir un cierto modo de ser”* (Ribeiro, 2008, pág. 4), evidentemente, los significantes que determinan el modo de ser del niño parte de ese mito familiar que a pesar de mantenerse inconscientemente, es actuado. Hablar de síntoma en el niño, entrama la manera en que este niño ha sido subjetivado (intervienen el discurso social y el familiar), lo que se espera que logre, que cambie o no repita, es decir, da como resultado un ser historizado que ocupa un lugar en el mundo.

Sin embargo, este proceso de subjetivación que si bien parte de lo social y lo familiar se da en el terreno privado para la constitución del sujeto, ha sido trastocado también por la época en la que actualmente nos encontramos, la posmodernidad, que es regida por el biopoder; ya que, el centro organizador de la vida social comenzó a desplazarse de la cultura hacia la ciencia, ahora la vida social y familiar es organizada y controlada por el sistema del libre mercado, cuya función es comunicarle a las personas lo que deben hacer, en su interés propio y general. Así, el humano es considerado parte de un sistema al que se debe sujetar para mantener controlada la mente del sujeto y su capacidad de decisión.

De esta manera, (Idém, 2008, pág. 6) la posmodernidad, ya no propone ni permite que el humano tienda a subjetivarse sino que *“tiende a despojarlos de su anterior condición humana, es decir, de su juicio, de su diario experimentar la vida, de su inscripción psíquica singular”* y por efecto, deshistorizar. El sistema tiende a que el humano pierda sus capacidades de

memoria histórica y juicio para que se vuelva calculable y capaz de operar en él considerando que lo único y lo normal es el presente que conoce. **Este pensamiento posmoderno de deshistorizar al sujeto, podría estar provocando, entre otros elementos, ese retorno a la medicina en la manera que se concibe y se atiende al síntoma.**

Por un lado, como anteriormente ya se abordó, el síntoma es portador de un trozo de historia del sujeto, tiene un sentido y un propósito, de lo que se trata es de restituir esa historia que ha quedado reprimida, que ha quedado trabada o hecha nudo y al reescribirse permitirá sostenerse como sujeto deseante, capaz de emitir juicios acerca de dónde está, qué quiere y a dónde va, y así tomar una posición.

En contraparte, el biopoder postula mantener controlada la mente donde la historia no tiene lugar, así eliminar la capacidad de juicio que atenta contra el sistema y favorecer el seguimiento de órdenes y responderlas sin cuestionar, es decir, el sistema conforma un ser humano deshistorizado, despojado de sus referentes para adquirir un modo de ser y construirse un ser en función de la mercancía que consume.

Por el momento se promueve activamente el abandono de la relación de sentido y se transforma la escuela en lo que Jean-Claude (Michéa, 1999) llama *“la ‘escuela del capitalismo total’, es decir, una escuela que debe formar a los jóvenes en la pérdida del sentido crítico a fin de producir un individuo flotante, abierto a todas las presiones consumistas”* *. En esta escuela, a las que asisten las mayorías, ‘deberá enseñarse la ignorancia de todas las maneras concebibles’. Se trata pues, según este mismo autor, de imponer las condiciones de una ‘disolución de la lógica’: dejar de discriminar lo importante de lo secundario, admitir sin vacilar lo mismo y lo contrario; pero sobre todo, hay que evitar pedirles a los ‘jóvenes que piensen’ y se acostumbren al consumo. *“La fabricación de un individuo apartado de la función crítica y susceptible de una identidad flotante está a cargo de la televisión y de las*

* Citado por: Dany-Robert (Robledo, 2006, pág. 164)

escuelas actuales y obedece a una nueva lógica igualitaria al servicio del sistema neoliberal" (Dufour, 2007, págs. 156-157).

En consecuencia, en las disciplinas psi se está dando este retorno a la medicina en gran parte porque surge de esta ideología posmoderna de construir un ser humano deshistorizado, si se pretende suprimir el síntoma portador de la historia del sujeto es porque justamente, se busca deshistorizar al sujeto. Este retorno a la medicina pareciera un retorno a lo reprimido, volver a reprimir (a través de la supresión) eso que se muestra a partir del síntoma. Eliminar el síntoma, implica eliminar esa historia y moldear un ser humano de acuerdo a la demanda social y mercantil que impera.

Considero que este retorno, en efecto, surge en gran medida por este discurso, pues se pretende moldear al niño a ese ideal social que se ha construido, definiendo la intervención psicológica en un asunto de reeducación y obedeciendo al sistema.

(Ribeiro, 2008, pág. 9) Se pretende conformar un ser deshistorizado que *"cae entonces un estado de conformismo social, esperando con incertidumbre que las decisiones sobre su vida las tome el otro, el especialista o el Sistema"*. Los padres llevan a su hijo al consultorio porque suponen que ese saber respecto al modo ser de su hijo y el ser padres, lo tiene el especialista, saber establecido por el sistema al que deben obedecer. De esta manera, me parece que muchas veces la demanda de los padres se convierte en un acto de obediencia hacia el sistema, ser moldeados por ese ideal social, ya que, cuando asisten a consulta buscan solucionar situaciones cotidianas que antes decidía valiéndose de su juicio, experiencia y conocimiento comunitario.

El biopoder ha hecho negocio redondo, despoja del saber sobre la crianza a los padres y conforma al niño en un ser deshistorizado, eliminando, en ambos, la capacidad de juicio. El saber respecto a la crianza y el modo de ser es privatizado, se convierte en una mercancía por la que deben pagar para no ser segregados y poder insertarse en el sistema.

Se pretende que las disciplinas psi, como parte de este sistema, deban hacerse cargo de ese trabajo, que consiste en fortalecer esa obediencia al sistema de sujetarse a ese ideal social a partir de la supresión del síntoma. Se da un intercambio, en vez de tratar de posibilitar una lectura a ese saber que porta el síntoma, trata de introducir y vender la idea al sujeto de que el saber sobre su hijo y su lugar como padres es dictado por el sistema.

Se ha construido un ideal elevadísimo de niño donde todo el tiempo es medido con otros y no se tolera la diferencia, se mide con las otras escuelas, se mide con los otros padres y con otros niños. El punto de referencia respecto al modo de ser, ya no parte de la historia familiar –la cual daría individualidad al sujeto-, sino depende de lo que es y hace el otro, es así que, la relación padres e hijos se constituye y es mediada por el modo de ser y pensar del otro, ¿quién otro?, el mercado.

Por su parte, en el psicoanálisis se pretende que a partir del síntoma el sujeto se cuestione y reconozca su deseo, que constituya su historia valiéndose de su juicio, pero esta ideología es totalmente contraria a lo que postula la posmodernidad, entonces, ¿cómo el psicoanálisis puede hacer frente a este sistema para poder sostenerse?

Los efectos que el sistema provoca en el sujeto, justamente es donde el psicoanálisis se introduce, no para establecer una pelea entre él y el sistema sino para conducir al sujeto a la historización para poder hacer frente a ese sistema que lo presiona e intenta determinar su ser a partir de la comparación con el otro.

El psicoanálisis posibilitará una experiencia muy singular en transferencia para poder hacer frente a esa exigencia del sistema, haciéndose cargo de su historia y su deseo. Para poder ejemplificar este planteamiento, citaré una pequeña viñeta clínica extraída de mi práctica clínica.

Ángela de 47 años llega al consultorio, derivada por una endocrinóloga a la cual recurrió para bajar de peso, ya que,

repentinamente desde hace algunos meses comenzó a subir de peso y a pesar de estar en tratamiento para adelgazar, el único resultado obtenido ha sido el aumento de peso, lleva casi 10 kg., y no sabe qué hacer pues además presenta fuertes dolores de cabeza.

Al realizar la entrevista inicial, Ángela refiere que desde los 20 años ha tenido dificultades con su peso, sube de peso cuando no cuida sus hábitos alimenticios, pero cuando controla su alimentación o hace dietas logra bajar sin dificultad, llegando a su peso normal. Sin embargo, en esta ocasión no logra bajar de peso.

A los 21 años, fue sometida a una intervención quirúrgica, debido a que tenía un tumor muy grande en la matriz, por lo que decidieron retirarle la matriz.

Después de algunos años, se sentía desesperada y triste pues ella deseaba ser madre pero ya no podía. Tuvo algunas relaciones de noviazgo pero con ninguno formalizó pues le preocupaba mucho que no la aceptaran por no poder tener hijos, por eso nunca les comentó a ninguno de sus novios su situación. (¿Qué iban a decir los otros de que ella no puede tener hijos?, la cultura dice que la mujer debe tener hijos y si no puede, entonces no sirve).

A pesar de esa preocupación, al cumplir los 41 años, conoce a Carlos, un hombre divorciado que tiene hijos de su primer matrimonio; él se muestra muy interesado en ella así que decide decirle de su imposibilidad de tener hijos, él le comenta que eso no es problema para mantener una relación de pareja, pues finalmente, él ya tiene hijos y él solo busca una pareja, así que se casan.

En un primer momento ella se sintió tranquila, pues él no le pedía un hijo, ya que, tenía con su ex mujer. Por lo tanto, no se sentía obligada a cumplir con darle un hijo pero ¿qué hay de su propio deseo?

Después de unos meses, decidió someterse a un tratamiento de inseminación, sin embargo, comenta que ningún tratamiento le funcionó porque tiene problemas en la columna. Ella insistía en ser madre, pues considera que tiene la capacidad para ser una buena madre y hacerse cargo de un hijo.

¿Someterse a un tratamiento de inseminación cuando desde los 21 años le quitaron la matriz? Tratando de negar su propia situación, la imposibilidad de embarazarse.

Después de 5 años de dicho tratamiento de inseminación, una de sus hermanas -al verla tan desesperada por ser madre- le comenta sobre la posibilidad de adoptar un hijo, hay una joven que está embarazada y quiere dar al bebé en adopción, lo único que pide es que le cubran todos los gastos del embarazo y parto. Ángela de inmediato se pone en contacto con esta joven y hacen un acuerdo, le serán cubiertos todos los gastos y al nacer el bebé le será entregado a Ángela.

Ángela acepta este proceso de adopción y si bien, podría pensarse que por fin su deseo de ser madre se cumpliría vía la adopción hay algo más que se anuda a su deseo, *el demostrar a los demás que es una mujer completa, capaz de tener un hijo y con ello ser una buena madre. Así que, decide (en acuerdo con su hermana) fingir ante los demás un embarazo.*

Familiares y amigos se ven sorprendidos ante la noticia del embarazo de Ángela; transcurren los meses y utilizando

ropa y almohadas simula la panza de embarazada, no permitiendo que alguien se aproxime y la toque para que no se den cuenta. A los supuestos 8 meses de embarazo, repentinamente fallece el padre de Ángela, situación que la sume en una depresión profunda y pierde el contacto con la joven embarazada. Casi 1 mes después reaparece la joven entregándole una carta en la que le pide disculpas, pues cambió de opinión y no le entregará al bebé.

Ángela se siente triste y desesperada, así que cumplidos los supuestos 9 meses de embarazo, en el trabajo presenta una incapacidad de maternidad y durante ese tiempo se aísla y no permite que nadie la visite solo recibe llamadas telefónicas. Terminado el tiempo de su incapacidad, regresa al trabajo (maestra de primaria), así que sus compañeras y familiares frecuentemente hacen preguntas respecto al bebé a lo que ella responde que está en casa con su esposo y que por el momento no puede salir mucho. Esta situación se vuelve más pesada para ella, pues todo el tiempo tiene que estar cuidándose y pensando en cómo seguir argumentando la supuesta existencia de un bebé, por lo que padece de fuertes dolores de cabeza.

Han pasado cerca de 4 meses del supuesto nacimiento de su hijo y aún no sabe qué hacer, pues antes que todo ella quiere y desea ser madre, pues argumenta que desde lo social eso es lo que se espera de una mujer, que tenga hijos. Así que ha enviado varias solicitudes a instituciones para poder adoptar un hijo, pues las mujeres son felices porque tienen hijos, y ella no tiene.

La mayor parte del tiempo se siente extremadamente triste, sin esperanzas en el futuro, se desvaloriza, se siente culpable por todo, irritable, frustrada, abrumada, come en

exceso, duerme demasiado, se preocupa extremadamente por la limpieza, es perfeccionista y obsesiva con el orden, dice que todo tiene que estar perfecto, en orden”.

Es así, como su deseo de ser madre la conduce a fingir un embarazo, con tal de demostrar que es una mujer completa y perfecta, capaz de ser una buena madre.

A partir de esta viñeta, me interesa puntuar lo que al psicoanálisis le ocupa, el dotar al sujeto de herramientas para hacer frente a las exigencias del sistema. Ángela advierte su deseo de ser madre, pues desde lo cultural, se espera que toda mujer tenga hijos y sea madre pues así alcanza su felicidad, pero su particularidad es la imposibilidad de tener hijos, entonces ¿cómo responder a esa exigencia?, ¿por qué su felicidad está colocada en un hijo (que no puede tener)?

En primera instancia, el considerar la posibilidad de la adopción pues parece cumplir el deseo de ser madre, pero hay algo más, decide fingir un embarazo ¿a quién pretende engañar?, ¿ante quién debe de cumplir o demostrar el poder tener un hijo?

En fin, preguntas ante las que ella tendría que repensar para poder hacer frente a esa exigencia que siente que el otro le ha impuesto y debe cumplir. ¿Cómo poder aceptar su realidad?, ¿cómo lograr ser feliz de otra manera?, es decir, el poder reconocer de quién o ante quién es esa exigencia y cómo hacer frente a la exigencia y a la imposibilidad de tener un hijo, por lo tanto, el ser una mujer incompleta.

De esta manera, no se trata de darle un tratamiento más efectivo para adelgazar, un buen medicamento para eliminar el dolor de cabeza o apoyarla para un nuevo proceso de adopción para seguir sosteniendo su mentira; sino más bien se trata de que comience a hablar de lo que le suscita su imposibilidad de embarazarse, de su deseo de madre, en fin, respecto a su

propia historia y el lugar que ocupa y así hacer frente a esa exigencia, que ella coloca en lo social.

Por lo tanto, hablar de síntoma en la posmodernidad, implica reconocer que la ley del mercado es la que impera sobre la vida del sujeto, producir síntomas en el sujeto y eliminarlos rápidamente a través del consumo de medicamentos que prometen y aseguran el bienestar, eliminando de su vida aquello que incómoda. Se trata de un sujeto deshistorizado, que no cuestione sólo obedezca. Pero el psicoanálisis, justo es con esto con lo que no está de acuerdo, pues propone que a partir de su síntoma el sujeto se cuestione y hable de eso que intenta ocultar debajo de la máscara de síntoma, de su deseo, de su historia.

3.3 Síntomas actuales

Ineludiblemente, el síntoma en la posmodernidad es atravesado por un discurso desde lo social que sostiene una postura que converge con la concepción de la medicina, la eliminación rápida del síntoma y con un enfoque organicista, es por ello que mi planteamiento principal radica en cuestionar y sostener que, justamente, **las demandas de la posmodernidad y las ideas que imperan parecen estar conduciendo a ese retorno del síntoma a la concepción médica, a pesar de la aparición y aplicación de las disciplinas psi que permitieron proponer una visión distinta del síntoma, considerándolo una salida de salud momentánea y necesaria, además de portador de un trozo de historia del sujeto; no obstante, dichos planteamientos “parecen superados” por el ideal social en busca del bienestar a través de mercancías como los medicamentos, que eliminan aquello que incomoda, olvidándose así de las molestias.**

Para muestra de este retorno a la medicina, el surgimiento de “nuevos padecimientos” que se presentan con gran auge en la población infantil, el surgimiento de nueva tecnología que posibilita el diagnóstico certero de dichos padecimientos, así como la invención de poderosos medicamentos para su cura, me refiero a los padecimientos ‘de moda’, el autismo y el TDA-H, que si

bien, desde hace tiempo existe registro de su existencia, en los últimos años han tomado gran auge.

3.3.1 El Autismo: lugar de la ausencia

Es una de las llamadas enfermedades mentales que si bien, existe desde hace mucho tiempo, en la actualidad se hace más frecuente su diagnóstico, en el tratamiento y concepción de dicho padecimiento, se observa la postura que mantiene la medicina al proponer como causa un fundamento orgánico y neurológico y como cura la medicación. Pero la medicina no es la única disciplina que se ha interesado en indagar y explicar dicho padecimiento, el psicoanálisis ha realizado nuevos aportes para abordar y cuestionar sobre aquello que se suscita en las conductas de los llamados 'autistas', ha postulado que la relación madre-hijo, la influencia del contexto social, el mito familiar, etc., pueden fungir como factores desencadenantes de dicho padecimiento.

La palabra Autismo del griego 'auto' - de autós, que significa "propio, uno mismo", fue utilizada por primera vez por el psiquiatra suizo Eugene Bleuler en un tomo del American Journal of Insanity, en 1912 pero su clasificación médica ocurrió hasta 1943 por el Dr. Leo Kanner. (Wikipedia, 2008) El autismo "*es un trastorno del desarrollo, permanente y profundo. Afecta diversas áreas de la comunicación, imaginación, interacción, planificación y reciprocidad emocional*". Los neurólogos aseguran que se trata de un trastorno físico ligado a una biología y química anormales en el cerebro, **cuyas causas exactas se desconocen** pero constituyen un área de investigación muy activa.

Los síntomas generales son: incapacidad de interacción social, aislamiento, estereotipias, conductas muy rígidas, negación a cualquier cambio o novedad y repetir una acción determinada muchas veces.

Las instituciones clínicas y educativas, usualmente etiquetan a niños con el nombre de autistas, apoyándose en acciones conductuales como: atención dispersa, agresividad, torpeza, actividades repetitivas, la no relación con los otros y el no contacto visual; en conclusión, se trata de un niño que no se

relaciona o lo hace de manera agresiva y torpe. La medicina intenta buscar causas neurológicas que fundamenten el origen de la enfermedad y para la cura, recurren a la medicación. ¿Existen sustancias o funciones del cerebro que se encarguen de mediar la relación entre el sujeto y el otro? Habría que preguntarlo a la medicina.

Para el abordaje del autismo desde el psicoanálisis se parte de un término primordial: *la relación*, la cual Freud consagró como el procedimiento inconsciente fundamental: Daniel (Sibertin-Blanc, 2006, pág. 789) comenta que “*la actividad de relación o enlace, es la organizadora de la vida psíquica, bajo la batuta del objeto y de los deseos que este suscita*”. La energía libre, ‘relacionada’ con las representaciones de cosas o de palabras, libera investiduras que, por asociación, desplazamiento o sublimación, construyen el espacio psíquico y el mundo de las relaciones con los objetos internos en una coherencia subjetiva que está detrás del sentimiento de identidad.

En esta época posmoderna se construye el ideal social de ser un sujeto completo, la creación y consumo elevado de productos tiene la función o al menos la expectativa de crear la fantasía de sujetos sin falta. Los padres privilegian la compra excesiva de productos y la sobreprotección *¡para que a sus hijos, no les falte nada!*, dejando en el olvido las implicaciones primordiales de establecer una relación con su hijo que no esté mediada por los productos tecnológicos sino por la mirada y la escucha.

(Ídem, 2006) “*La relación que une al bebé con su madre, deja una ‘impronta’ unificadora, y gracias a sucesivas transformaciones, llevan sin peligro, al sujeto a lo largo de su vida por el sendero de la individuación y de la separación hacia el establecimiento de nuevas relaciones con otros objetos*”. Los padres piensan que los niños de ahora son como la sopa o la carne precocida, ya vienen preparados, o bien, con una estructura creada y definida.

La primera relación en la vida del sujeto es con la madre, ninguno de los novedosos productos puede sustituir y brindar eso que surge de la relación madre-hijo, ni el gerber más nutritivo, el juguete más vistoso, la escuela más

cara o el porta bebés más moderno; es la madre quien sostiene y comienza a estructurar al niño.

Según Daniel Siberman-Blanc (Ibíd, 2006, pág. 290), en el caso del autismo, la relación con el objeto primario de apego no se ha constituido o se ha roto de forma prematura, dañando ese trabajo de tejido interno, teniendo consecuencias sobre el proceso de individuación. Por tanto, este padecimiento remite al origen de la vida psíquica y a los mecanismos fundamentales que permiten acceder al pensamiento y ‘nacer’ a la vida humana, en este tipo de casos **se trata de niños excluidos de su propia historia**, si en ellos hay una mirada vacía, es porque no hay algo depositado en ellos, permanecen atrapados en espera de que alguien se ponga a pensar en ellos, comparta lo que sienten, reconozcan que sienten algo y que existen.

Algunos padres de la actualidad por la influencia del contexto social son llevados a pensar que, los niños son como una mascota que únicamente necesita de alimentación y limpieza; las niñas de ahora ya son educadas para repetir ese modelo a través del juego, con la invención de los muñecos-bebé con grabación de lloriqueo integrado y sólo basta colocar el chupón, *¡para que deje de molestar!*; así se trata a un bebé.

La relación madre-hijo, es el cimiento de la individuación y separación del otro que, a su vez, surge de lo que Freud llama ‘*la primera experiencia de satisfacción*’ en la que *“el sujeto está enteramente suspendido del otro, del Nebenmenchs**. Sesión del 02 de diciembre (Lacan, 1959, pág. 53), y *es por intermedio de éste, en tanto que sujeto hablante, que todo lo que se relaciona con los procesos de pensamiento puede adquirir forma en la subjetividad del sujeto*”. El contacto físico, la mirada y la palabra del otro constituirán un sujeto capaz de reconocer su propio cuerpo y separarlo del otro, sin embargo, parece que en el niño con autismo no accede a ese estatuto.

*Nebenmenchs = Semejante, Prójimo.

Sesión del 02 de mayo (Lacan, 1962)** advierte que “*el cuerpo no viene dado con el nacimiento, que en este no se incluye el acceso para cada habitante de cada cuerpo*”, es a través de la experiencia del espejo, que se logra constituir el cuerpo del que deviene sujeto, o bien, se construye la imagen que encarna a ese cuerpo.

En el autismo se presenta un cuerpo en bruto, un cuerpo sin velos, es decir, se muestra la falta de una imagen formadora del cuerpo, un cuerpo a la espera... ¿a la espera de qué? a la espera del regalo de una imagen que lo vista, lo envuelva y lo proteja. El ser reconocido por otro, ¿quién otro? La madre, el padre y otros.

Según Inés Emilse (Ramos, Diciembre 2001) se dice que el hijo es parte de la madre o entrañas de sus entrañas, se trata de la idea de una continuidad de superficie de partes de cuerpo de la madre y el niño, dando así la parcialidad de los objetos. En los primeros meses del nacimiento, difícilmente queda afuera del sometimiento a la función de objeto de la parcialidad de cuerpo puesta en juego en la crianza, es decir, el hijo al nacer se piensa como una extensión de la madre, y es a partir de que la madre devuelve una imagen a este hijo, al mirarlo, al hablarle, alimentarlo, consolarlo, mimarlo, sonreírle e identificarlo como su hijo, que lo irá dotando de una imagen que encarna a ese cuerpo e ira posibilitando esa separación, en la que el bebé pueda tomar conciencia de su existencia separada del cuerpo de la madre, es decir, que posee un cuerpo propio.

Comienza a subjetivarse, al ser reconocido como portador de una herencia filogenética, una historia familiar y que ocupa un lugar en el deseo de la madre. Esto es lo que constituye la imagen de un sujeto, antes solo se trata de un conjunto de órganos separados tales como manos, boca, brazos, vientre, un cuerpo en bruto a la espera de que otro lo dote de esa imagen, de esta

** Citado por: Inés Emilse (Ramos, Diciembre 2001)

manera, podemos decir que, el bebé se encuentra a merced del otro para devenir sujeto.

El dotar de una imagen a ese cuerpo se puede observar, al momento en que la madre pone en palabras lo que el niño le representa, así mismo en el acto de dotarlo de un sentimiento, de un querer, de un deseo, cuando el niño llora, sonrío, estira las manos o emite algún gesto, dando un sentido a eso que el niño exterioriza.

No obstante, en el niño con autismo si algo se muestra es la ruptura o la falta de ese vínculo con la madre, con un otro ¿cómo restablecer o posibilitar la creación de ese vínculo que estructura la imagen del niño?

Marie-Claude (Thomas, Marzo 2005) menciona que la invención del concepto de *autismo*, es una invención para intentar recubrir la dificultad para nombrar y concebir lo que sucede en estos sujetos, a saber: la destrucción de la capacidad hablante de la lengua, otra manera de decir los efectos de la mutación de principio del lenguaje. Así mismo, se trata de una nueva configuración de un vínculo social en la cual no solo los niños llamados autistas están atrapados, sino también los especialistas de las disciplinas psi, los padres, las instituciones, etc.

Atrapados en la incesante búsqueda por demostrar, que eso que sucede en el niño que no establece contacto visual, no habla, no se relaciona y parece ausente, parte de una base orgánica, es decir, de una afectación en alguna parte del cerebro. Sin embargo, Marie-Claude Thomas cita el caso de la estadounidense Temple Grandin para mostrar que en eso que suelen llamar autismo tiene una estrecha relación con la ausencia de devolver una imagen, la de su propio cuerpo, de subjetivarse a través del otro.

Temple Grandin nació en 1948, había sido diagnosticada “autista” cuando era pequeña, *“yo era una niña extraña. No hablé hasta los 3 años y medio. Hasta ese momento, aullar, gritar y canturrear eran mis únicos medios*

de comunicación” (Ibíd, Marzo 2005, pág. 26). En 1943, Kanner utilizó el término ‘autismo’ para ponerle un nombre a ese tipo de síntomas.

En 1986 publicó con Margaret Scariano, el libro *Emergence: Labeled Autistic*, al cual Grandin quería titular *El punto de vista de una vaca*, dado que, la manera que ella tuvo de arreglárselas con su autismo fue la manera de actuar en relación a una máquina que amontona a las reses en un rancho de su tía. Fue ese encuentro el que constituyó para ella, en un movimiento de hacerse comprimir, de hacerse apretar, lo que fue *su semejante*, su otro más maquínico [*machinique*] que humano.

A los 16 años, se va de vacaciones con su tía Ann en Arizona, quien tiene un rancho donde cría ganado. Durante su estancia Grandin observaba durante horas a las reses en la trampa para ganado, cómo los animales asustados y crispados, lograban tranquilizarse tras estar encerrados en la trampa para ganado, unas paredes que apretaban suavemente sus flancos.

Posterior a esa estadía en el rancho con su tía, relata que:

*“Se me ocurrió construir una máquina que se inspiraba en la trampa para ganado que yo había visto por primera vez en el rancho. Cuando yo miraba a los animales que entraban en la trampa para hacerse vacunar, me daba cuenta de que algunos se sosegaban cuando estaban comprimidos por los paneles. **Me imagino que fue la primera vez que establecí el vínculo entre esas vacas y yo misma**, porque unos días más tarde, tras una gran crisis de pánico, entré a la trampa de contención”.* (Ibíd, Marzo 2005, pág. 36)

De esta manera, el “hacerse apretar” por esta máquina, aparece en ese momento puesto en escena el lugar de otro, es decir, a partir de ese apretar que causa dolor, constituye una imagen que le permite reconocer y apropiarse de su propio cuerpo, a partir de ese contacto con el otro máquina, le permite constituir en su pensamiento la imagen de su propio cuerpo, haciendo

desaparecer la angustia; la máquina le da ese sostenimiento que no había encontrado y que la hacía entrar inexplicablemente en angustia. Descubriendo así, una máquina con un efecto tranquilizador sobre los cuerpos angustiados.

A la importancia de esta máquina agregaría además la importancia del lugar en el que está, en el rancho de su tía Ann quien representa un personaje muy importante para Temple, no es sólo la máquina sino el trabajo y el apego que la tía tiene con su ganado, cómo los conduce hacia ese lugar y el trato que tiene hacia ellos, el observar cómo contenía al animal a través de la máquina e imaginándose Temple en ese lugar, en el de la vaca angustiada que encuentra lugar y se tranquiliza al sentir el apretar, el contacto de la maquina que opera su tía. Pensando así en esa máquina como sustitución de la tía, ese otro con el que entra en contacto y le tranquiliza.

El descubrimiento de Grandin a partir de experimentar el someter su cuerpo a esa máquina, le permitió comenzar a salir del autismo y a construir una 'máquina de dar abrazos' (similar a la máquina de apretar animales), que desde hace mucho tiempo se propone como parte del tratamiento de los niños diagnosticados como autista; y se propone como una manera de lograr que el niño con autismo pueda permitir el contacto y sentirse tranquilo.

Cabe señalar que, en el niño con autismo la más mínima señal de relación Frances (Tustin, 1992)* *“les precipita en una incomunicable vivencia de amenaza de aniquilación corporal, de terror y de dejar existir”*. Viven la separación como un desgarrar, un quebrantamiento o una caída sin fin por el espacio.

Daniel Sibertin-Blanc menciona que para las dificultades localizadas en el niño autista para la actitud agresiva y problemas de relación, contraria a la concepción médica de un síndrome generado por un error genético, el psicoanálisis propone que dichas dificultades son causadas por una actitud defensiva, de sentirse amenazado y destruido cuando el otro se va. (Sibertin-

* Citado por: Daniel (Sibertin-Blanc, 2006, pág. 791)

Blanc, 2006) El niño existe en tanto hay una mirada que sea el garante de su presencia, si la mirada se va, él deja de existir, pues no ha logrado constituir que tiene existencia propia independiente al otro, así la mirada da presencia y estructura.

A continuación, una viñeta clínica abordada desde ambas posturas, medicina y psicoanálisis.

Se trata de Dulce Milagros de 1 año y 8 meses de edad, es llevada por su madre de nombre María Concepción y su padre Jesús, pues refieren que: *¡Milagros presenta dificultades para socializar, se aísla y presenta retraso en el lenguaje. Ha recibido anteriormente, atención médica y le diagnosticaron autismo!* Solicitan que se realice valoración psicológica para corroborar dicho diagnóstico y se les proporcionen estrategias para trabajar con su hija.

En la entrevista inicial, relatan que:

*Concepción y Jesús se conocieron y comenzaron a vivir en unión libre desde los 16 años; un año después se embaraza, pero **su cuerpo rechaza el embarazo** además de presentar problemas renales, causando así un **aborto espontáneo** y dificultades para embarazarse posteriormente.*

*Concepción se siente muy agobiada por no poder embarazarse, **se siente incompleta y en deuda con su esposo** por no poder darle un hijo.*

Ante la dificultad de embarazarse una conocida del pueblo le ofrece regalarle al bebé que espera pues no hay quién la apoye. Jesús y Concepción deciden aceptar la propuesta y se llevan a la señora embarazada a su casa y se hacen cargo de ella durante el embarazo. No obstante, Concepción y Jesús

deciden simular un embarazo, pues no quieren que los demás se enteren de dicha negociación y así, presentar a ese bebé como hijo propio. Posterior al parto se fajaba simulando que le había sido realizada una cesárea y así continuar aparentando a los demás que ese bebé a la que llamaron Schoenstatt, era su hija.

*Ante la llegada de Schoenstatt, el estado de ánimo de los padres mejora, pues **por fin tienen una hija**. Tiempo después, **Concepción logra embarazarse un par de ocasiones más, el primero concluye en un aborto espontáneo a los 6 meses de gestación y el segundo bebé, nace y a los pocos días de nacido muere por insuficiencia respiratoria y diversas complicaciones**. Ante la pérdida de ambos hijos, **ella siente 'enloquecer'**. Entra en una depresión, se desespera, llora y grita. Se aísla de sus familiares hasta que un día **empieza a destruir las cosas que tenían en casa, rompe con los puños los vidrios de las ventanas y se corta las venas, quiere morirse por no poder darle un hijo a su esposo**.*

*Es atendida en un hospital por las heridas causadas, pero su depresión continúa. **En los años siguientes, recuerda constantemente a esos hijos (no nacidos) perdidos, los visita en su tumba, platica con ellos, etc**. Su esposo se mantiene cerca de ella, comprensivo y paciente, intentando sacar adelante a su esposa.*

*Cuando (aparentemente) parecían haberse resignado a tener solo a Schoenstatt, Concepción se embaraza nuevamente, la noticia es sorpresiva **hay emoción pero sobretodo mucho miedo de que nuevamente este bebé muera en la gestación o recién nacido**. El embarazo transcurre 'normal', a pesar de ser un embarazo de alto riesgo.*

Nace Dulce Milagros por cesárea a las 37 semanas de gestación. A los 15 días de nacida Milagros convulsiona, los padres la llevan con un neurólogo y le realizan diversos estudios, así el análisis médico mostró lo siguiente:

- EEG a los 6, 8, 10 y 12 meses de nacida.
- PEATC (Potenciales Evocados Auditivos de Tronco Cerebral) y EOAT: umbrales en ambos oídos compatibles con audición normal.
- BAYLEY: El último se aplicó a los 12 meses de nacida. Escala Mental (85) MDI /93 normal, edad de desarrollo 11 meses, Escala Motriz (63) PDI / /93 normal, edad de desarrollo 11 meses, EC (133) normal, escala de lenguaje 8 meses.
- Resonancia Magnética

En base a los estudios realizados, detectaron anormalidad en la actividad cerebral y debido a las convulsiones presentó como consecuencias: daño cerebral que causó un síndrome, autismo.

Asistió a estimulación temprana, logrando gatear y caminar al cumplir 1 año y 2 meses.

*Concepción y Jesús han observado que **Milagros establece poco contacto visual**, solo se comunica a partir de señas y balbuceos, a veces notan que **se esconde en un rincón y ahí juega con una muñeca o trapos**, pocas veces juega con su hermana.*

Respecto a antecedentes familiares, tiene un primo de 8 años, diagnosticado con autismo, se aísla y no habla.

*Agregan que, la relación familiar es buena aunque **no deja de estar presente el recuerdo de esos hijos ausentes y el***

temor de que ha Milagros le pase algo grave en cuestiones de salud y muera como sus otros hijos, por lo que la sobreprotegen mucho. A veces les es difícil creer que tienen una hija, por aquellos que no se han logrado.

Hay varios aspectos que me parece importantes retomar respecto a la historia que constituye a Dulce Milagros:

1) El nombre que porta cada integrante de esta familia: Jesús (el nombre de Dios, del creador), Concepción (la que concibe), Schoenstatt (movimiento religioso) y Dulce Milagros [en palabras de su madre "*el que Dulce Milagros se haya logrado (o se haya salvado de esa madre que aniquila), ha sido un milagro*"].

2) Lo que representa para estos padres el no poder tener un hijo, la incompletud y el pretender ocultar esto, a través de simular un embarazo.

3) ¿A quién pretender engañar? A los demás o a sí mismos, para ocultar su falta, la ausencia de algo.

4) La culpa.

5) La escena que repite una y otra vez Milagros, se esconde en un rincón y ahí juega con una muñeca o trapos. La madre que oculta que se esconde para jugar a que tiene una hija (una muñeca).

En fin, son varios aspectos interesantes a señalar y analizar en este caso, sin embargo, pretendo centrarme en la importancia que la historia del sujeto tiene en relación a su síntoma, el autismo.

La historia familiar que precede a Dulce Milagros parece determinar **el lugar que se le da, el de la ausencia. Es una niña ausente, una niña en la que su presencia hace recordar a su madre la ausencia de sus otros hijos,**

como si esta niña no tuviera una existencia propia sino a través de los ausentes.

Además, hay que reconocer que si bien, algo se detecta en cuestión orgánica eso no determina el lugar que ocupa en su propia historia, el de la ausencia.

El autismo, es un padecimiento que no sólo ocupa a la ciencia médica, pero es a la que más se recurre, se debe a esta cultura que no quiere saber del síntoma, por ser una verdad incómoda y dolorosa. Los padres prefieren medicarlo que cuestionarse y hablar de lo que suscita en ellos la presencia y el padecimiento de su hijo. El psicoanálisis propone un planteamiento mucho más amplio para el abordaje de estos casos, pero es menos aceptado socialmente, pues para los padres es más cómodo culpar a la genética, al funcionamiento cerebral, etc., que tener que hablar de su propia historia y reconocer su falta, esta propuesta atenta contra el ideal social de sujeto 'completo'.

Como mencione anteriormente, no se puede negar que existen casos en los que se presentan factores orgánicos, pero no siempre son determinantes para desencadenar ciertos padecimientos, como es el caso de Dulce Milagros, si bien, su condición había sido afectada por cuestiones neurológicas su estado de 'aparente' autismo parecía determinado sobre todo, por la historia que le precedía, estar con unos padres a quienes les era difícil creer *'que por fin tenían una hija'* y que además les recordaba constantemente la pérdida y la ausencia de sus otros hijos.

Ahora bien, **evidentemente los padres no son conscientes de esta parte de la historia y de la influencia que tiene en el padecimiento de su hija, así que cuando me refiero a que la cultura en la que estamos inmersos no quiere saber sobre este costado del síntoma por resultar una verdad incómoda, no significa que el sujeto o los padres se percaten de esta parte de la historia y decidan conscientemente no saber de esto, sino que justamente por eso se configuro el síntoma porque no se sabe ni se reconoce esa verdad que queda obturada, y el psicoanálisis pretende que**

se le dé un lugar que se reconozca ese trozo de historia que parece no estar pero se oculta en el síntoma, sin embargo, me parece que la época posmoderna difunde la idea de que el sujeto solo está constituido de un cuerpo biológico al que hay que manipular y transformar para alcanzar el ideal social que el mercado dicta, en el caso del autismo, parece solo resaltar el aspecto biológico y a través de la medicación el sujeto logre sobrevivir, pero ¿cómo lograr que el niño sostenga ese cuerpo carnal sin una imagen que le dé una verdadera existencia?, ¿cómo sostenerse, ante el no reconocimiento de los padres?

La cultura parece no dar lugar ni un peso a la historia del sujeto, solo se trata de un cuerpo que funciona biológicamente y esta concepción me parece que es la que conduce cada vez más a este retorno a la medicina, al concebir que todo parte de lo orgánico y se soluciona con la medicación, pero ¿dónde queda la historia de este sujeto, el deseo de sus padres y su propio deseo?

Otro de los síntomas actuales que con mayor frecuencia se diagnostica a los niños es el TDA-H (Trastorno de Déficit de Atención con o sin Hiperactividad), el cual ha sido abordado también desde diversas posturas, la medicina y el psicoanálisis.

3.3.2 El TDA-H: el síntoma de hoy en los niños

Ante la creciente demanda de trabajo psicológico con niños, abundan los problemas de enfermedad mental que se están presentando como: TDA-H, hiperactividad, depresión, autismo, etc. Padecimientos que tienen como origen alguna alteración neurológica, que se observa mediante la conducta y como tratamiento se aplica la medicación y el manejo conductual, ¿en base a qué? Basado en las conductas socialmente aceptadas. De esta manera, comenzamos a dar cuenta del trabajo que se realiza en equipo entre la medicina y el contexto social, teniendo como objetivo controlar y guiar la conducta del sujeto a la norma establecida. ¿El TDA-H la nueva locura?

El Trastorno de Déficit de Atención con o sin hiperactividad (TDA-H) se ha convertido según Alberto (Sladogna, 2007) en *“un fantasma que provoca miedo y produce efectos en la subjetividad”*, si bien, es un padecimiento que surgió desde los años 50's, en la época actual, exceden los diagnósticos y tratamientos para dicho trastorno, como si se tratara de una pandemia que atenta contra la salud mental de los niños. Un fantasma que ronda por todos lados y etiqueta a los niños con un TDA-H. En las escuelas, instituciones de salud, centros psicopedagógicos y hasta en la calle, se escucha hablar del TDA-H como el síntoma de hoy en los niños; padres, maestros y especialistas, muestran su malestar y dificultad de trabajar con niños que se encuentran “fuera de la norma social”, que no obedecen al “ideal social de niño”.

Por su parte, Thomas (Szasz, 1996) considera que la Enfermedad Mental se ha convertido en *“un término que utilizamos para describir las conductas que no nos gustan, las que rechazamos”*. El TDA-H el síntoma de hoy, se ha convertido en la regla para medir y validar si un niño es “normal” o “anormal”, un recurso más para controlar la conducta y la vida del sujeto en sociedad.

Un grupo de expertos nacionales para el estudio del TDA-H y miembros del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, definen dicho trastorno de la siguiente manera: (DE LA PEÑA, GÓMEZ, & PALACIOS, 2007, pág. 4) *“no es sólo el déficit de atención y la hiperactividad de un momento o la incapacidad de hacer los deberes de cada día, sino un deterioro constante de cómo se dirige su vida y conducta”*. Entonces ¿la incapacidad de una persona para dirigir su vida y su conducta, es la consecuencia de padecer dicho trastorno?

Como podemos notar, la conducta o la capacidad para que cada sujeto dirija su vida son evaluadas dentro de los terrenos de lo ‘normal’ o ‘anormal’; parámetros establecidos por la medicina pero también por el contexto social. Además de esto, parece ser que el campo de especialistas para diagnosticar enfermedades como la anterior, ya no se reduce al médico, psiquiatra o psicólogo, ahora hasta los maestros o familiares, pueden realizar dicho

diagnóstico en base a los cuestionarios difundidos por las instituciones de salud y las escolares. En efecto, cada vez es más frecuente que, un niño sea enviado a terapia por las escuelas. Al llegar el niño al consultorio, los padres ya despliegan un discurso en el que está incluido el diagnóstico y observación del maestro, utilizando incluso términos médicos.

El psiquiatra o neurólogo se dará a la tarea de realizar estudios para encontrar la alteración neurológica causante del síntoma, o bien, del problema conductual. Cabe subrayar que, para el diagnóstico del TDA-H **aún no hay evidencia científica que apoye su existencia**, pero finalmente proponen para la cura, primeramente, la medicación, y en algunos casos, apoyo psicológico para manejo conductual, y a través de ambos tratamientos aprenda las conductas aceptadas que debe tener y la manera ‘correcta’ para dirigir su vida, tomando como fundamento, lo establecido por el contexto social como ‘normal’. Y de esta manera, definiendo el trabajo psicológico como un asunto de reeducación.

El TDA-H, (Barkley, 2006, pág. 35) *“es un trastorno del desarrollo del auto control. [...] Un auténtico trastorno, un verdadero problema y, a menudo, es un obstáculo. [...] Una discapacidad como puede ser la ceguera, la sordera, la parálisis cerebral o cualquier otra discapacidad física”*. Definición que muestra la manera en que el control sobre el sujeto se convierte en una tarea compartida entre la medicina, la educación y el contexto social, asimismo, delimitando el ideal social de niño.

En el caso del TDA-H en la actualidad nos encontramos ante la propuesta de un ideal social en el que “niño tranquilo con decisiones razonadas” es sinónimo de “niño sano”, se busca formar niños “quietos”, “pasivos”, “atentos” y “sentados”. Los inquietos están “fuera de la norma”, son niños “enfermos” que no obedecen al modelo político actual por ello son la piedrita en el zapato, se han convertido en el síntoma social que incomoda y al que se pretende eliminar (acallar) a través de la medicación, para apaciguar la angustia de los padres y evadir los cuestionamientos o verdades que lanza a la cara –a través de su conducta- respecto a la falla en lo social, y evidentemente,

en lo familiar. Los niños se convierten en portadores de la locura social y familiar.

Por su parte, los padres parecen perder su papel de autoridad, cuando son las escuelas las que deciden y los condicionan para que su hijo sea derivado a una institución donde reciba tratamiento psicológico e incluso, sea medicado. La Secretaría de Educación no autoriza que los maestros suministren al niño la dosis que le corresponde tomar al medio día, son los padres quienes deben acudir a la escuela para dárselos; aunque finalmente, son los maestros quienes indican si el medicamento funciona o no, hasta el punto de amedrentarlos con la expulsión si no continúan con la medicación; modelo al que la mayoría de las escuelas se sujetan.

¿Pero cuál es el ideal social de niño 'normal'?

Pues existen padres que refieren que: *'nuestro hijo no se queda quieto ni un minuto', 'no sabemos ya cómo frenarlo', 'se aburre rápidamente y nada lo entretiene demasiado, y pasa de una cosa a otra moviéndose sin parar', 'ya no tenemos forma de detener su inquietud y por momentos es agotador'*. Otros padres dicen: *'nuestro hijo es muy distraído, pierde sus cosas y parece no importarle', 'parece prestar atención a otras cosas mientras le estamos hablando', 'es desatento, no concluye las actividades que realiza', etc.*

No queda claro, a qué es lo que se le llama normalidad, por un lado un niño con excesivo movimiento y por otro lado, un niño pasivo y desatento. En todo caso, me parece que sería importante pensar en el vínculo posible entre la inquietud en los niños de hoy y la relación con los tiempos inquietantes que actualmente se viven, en los que el mercado presenta gran variedad de productos que parecen bombardear la atención del sujeto y amedrentar su capacidad de decisión, qué producto elegir cuando existen una gran variedad de marcas que prometen algo mejor.

Si bien, la ciencia médica ha hecho importantes aportes para poder entender qué es eso del TDA-H, en la práctica no siempre resulta una opción del todo efectiva, dado que existen padres que asisten al consultorio en

búsqueda de otra opción para atender y entender lo que sucede en su hijo, por lo que el psicoanálisis se ha puesto en movimiento, en marcha para cuestionar e intentar dar respuesta a lo que acontece en estos niños con excesivo movimiento e inatención.

Ariel (Pernicone, 2005) , justamente muestra la lectura o bien el aporte que el psicoanálisis hace a este síntoma de hoy, el TDA-H. *“Gran parte de la organización psicomotriz y sus posibles fallos se asocia de alguna forma en relación a como se ha jugado en cada sujeto los avatares de la constitución de la imagen del cuerpo y su apropiación”*. De esto deriva la posibilidad de comprender las consultas que se presentan ligadas al TDA-H en el manejo de la motricidad en sus vínculos con la constitución de lo espacial, así mismo revela la compleja trama que supone lograr constituir un cuerpo como propio y tener un dominio motriz subjetivado.

En el decir de (Lacan, 1958, pág. 232) Sesión del 05 de febrero *“el estadio del espejo, a saber el encuentro del sujeto con algo que es propiamente una realidad, y al mismo tiempo que no lo es, a saber una imagen virtual que juega un papel completamente decisivo en cierta cristalización del sujeto”*, es decir, la imagen del cuerpo se conquista como algo que a la vez existe y no existe, con respecto a lo cual el niño sitúa sus propios movimientos y la imagen de quienes lo acompañan frente al espejo.

De esta manera, Ariel Pernicone explica que el movimiento corporal se conquista bajo la forma virtual, en el espejo está la imagen pero también está el Otro que sostiene al niño con su palabra. Esa imagen del cuerpo no se constituye sin el sostén simbólico que representa la madre, su mirada y su voz, diciéndole al niño *“ése eres tú”* y deseando algo allí. Es así que los movimientos del cuerpo de un niño desde que nace se relacionan estrechamente con la dialéctica del deseo, dado que, es el Otro quien al inscribir y significar con sus palabras da la letra que configura a la imagen del cuerpo y el movimiento de un sujeto; ya no se trata solo de un cuerpo carnal, sino que a través del decir del Otro y el devolver una imagen constituida, dota

de una imagen a ese cuerpo y con ello, este sujeto es reconocido, convirtiéndose en un ser atravesado por el lenguaje, por el simbólico.

El movimiento del cuerpo tiene sus primeros anclajes en estos anudamientos simbólicos que los padres con su decir y su deseo aportan con la palabra, incluso antes de nacer. Si bien, inicialmente un bebé es un ser inválido y en consecuencia extremadamente dependiente del otro para sobrevivir, posteriormente el sujeto buscará también los movimientos de separación. Poco a poco el niño comienza a tomar conciencia de que los movimientos que él realiza frente al espejo son propios, se da cuenta que al moverse logra producir cambios en la imagen refleja, así a partir del juego va obteniendo un manejo de su cuerpo adquirido ahora como propio y diferenciado.

No obstante, éste autor también menciona que para constituir la imagen del cuerpo y su apropiación, está atravesado por el narcisismo de la madre. En los tiempos primarios del narcisismo la madre ha investido libidinalmente a su bebé, en sus brazos al amamantarlo, mecerlo, con su mirada y sus palabras deseantes ha producido la erogenización de su cuerpo y se ha constituido, en esa estrecha vinculación narcisista con la madre, en su objetalización. En este sentido es posible suponer que la posibilidad del dominio de la acción motriz, marcará uno de los puntos de apoyo que determinan la salida del encierro narcisista con lo materno y que sólo será factible, sólo si se ha constituido un 'más allá de la madre', testimonio de la eficacia de la intervención paterna.

En el niño comienza su deseo de investigar, explorador del mundo, se aleja del campo visual de la madre, se aventura a curiosear los lugares más desconocidos y riesgosos de su casa. En gran parte de su infancia el niño dedicará grandes momentos de energía al dominio placentero de su cuerpo: correr, trepar, saltar y probar destrezas. Así, ir hacia allá, supondrá no permanecer acá y en este sentido implicará necesariamente, faltar, desconectarse de algún otro lugar.

Cuando el niño comienza a caminar, este movimiento constituye una forma de desprendimiento de lo materno y al alejarse y separarse, el niño cae del dominio fálico de la madre: al caer la pregunta que se pondrá en juego es (tal como lo enuncia Lacan en el Seminario 11) “¿puedes perderme?”, y es respecto del deseo de la madre donde quizás se jugará la posibilidad de la apropiación del cuerpo, la posibilidad del despliegue pleno de toda la actividad psicomotriz y la posibilidad de alcanzar y conquistar un sentimiento de libertad y autonomía en sus movimientos para todo sujeto.

Evidentemente, se reconoce la incidencia del campo de lo pulsional en el movimiento hiperactivo de los niños, ya que, lo pulsional implica un empuje interno que busca descarga y satisfacción. Hay niños que en su actividad motriz intensa, encuentran en todo su esplendor el goce de la descarga que lo muscular aporta, un placer sexual extraordinario que no encuentra límite ni coto en el exterior. Junto a esto y asociado allí, encontramos algunos de los fenómenos del acting out en la infancia: niños que se trepan peligrosamente por los techos o que se golpean y se lastiman su cuerpo en forma reiterada, buscando o encontrando sólo en eso un límite o un tope a su accionar, límite del cual todo el tiempo en apariencia parecen renegar o rechazar formas fallidas de la intervención paterna. Ley que por estar vacante será llamada en tal movimiento desafiante que intenta desesperado a una función paterna convocar.

Como anteriormente se mencionó, no se trata de competir un lugar de predominio sino de aportar desde el psicoanálisis, una lectura distinta a ciertas manifestaciones, pues en la mayoría de los casos los niños que recurren a disciplinas de la salud mental como la psicología y el psicoanálisis, es porque ya recurrieron al abordaje médico y la medicación, pero no se lograron resultados.

Mientras la medicina define al TDA-H como un trastorno del desarrollo del autocontrol o una discapacidad y propone como tratamiento la medicación y la reeducación, el psicoanálisis concibe a este padecimiento como un atoramiento o una detención en la que el niño si bien ha logrado acceder a la

subjetivación, en ésta existe una posición subjetiva que lo conduce al TDA-H. Asimismo, las acciones implicadas en este padecimiento: hiperactividad, conducta desafiante e impulsividad, nos muestran que el niño está intentando separar y diferenciar su cuerpo a partir de ese lastimar constante de su cuerpo, pues solo así logra interiorizar un límite en su accionar, ante la no intervención de la función paterna.

La mayor queja de los padres y maestros es que son niños inquietos y torpes, constantemente se caen y son bruscos al relacionarse o buscar contacto físico, sin embargo, dichas acciones parecen develar la necesidad de relacionarse con objetos reales para trazar la frontera entre su cuerpo y los objetos.

Se ha dado una ruptura de saber de los padres en relación a sus hijos y es esto lo que los conduce a un pedido de ayuda, pues el síntoma aparece como un enigma al que los padres no entienden y no saben cómo responder, es así que se dirigen a un especialista a quien le suponen un saber, respecto a lo que le pasa a su hijo.

Ahora bien, la popularidad de una u otra disciplina entre la sociedad también depende de los aspectos culturales y de época que definen los criterios para establecer el ideal de lo normal y lo patológico, en el campo de los niños.

Actualmente, con el dominio del *biopoder*, la educación ha quedado a resguardo del Estado y el campo de la salud mental está signado por el colapso del llamado Estado de bienestar. Elida (Ganoza, 2003) "*No es ya el Estado quien garantiza el bienestar general, redistribuyendo bajo la forma de servicios una parte del excedente social; ahora el acceso a los servicios depende de modo creciente de la capacidad adquisitiva del individuo*", este abandono de atención social ha dejado el campo abierto a la empresa privada y a la sociedad civil y con ello, el niño se ha convertido en el mercado más prometedor y fructífero para el mercado de la ciencia, la tecnología y la farmacéutica.

Basta escuchar a los padres decir que la mayor inversión económica en un hijo es en su educación, buscan la escuela que ofrezca más servicios: trilingüe, computación, danza, deportes, asertividad, etc., herramientas que hagan de su hijo una persona competitiva en el mercado. La mirada y la relación con los hijos se han modificado, el niño tiende a ser convertido en un objeto más del mercado; los padres han delegado la educación de su hijo y la autoridad a las instituciones educativas y a los especialistas psi, y paradójicamente, aunque se etiqueta a niños con Déficit de Atención lo que más demandan estos niños es atención.

Raquel (Ribeiro, 2005) en “Prácticas de crianza contemporáneas ¿subjetivantes?” señala que *“el sistema biopolítico trata de romper las relaciones interhumanas, imponiendo en su lugar al conocimiento científico como el único poseedor de la verdad sobre la correcta crianza y por ende, orillando a los padres a comprar ese saber”*.

Los instintos, los mitos y la individualidad de cada niño y de cada padre, han sido removidos por un saber que se vende, a partir de numerosos productos de moda que enseñan cómo ser los mejores padres, y entonces las mercancías (libros, revistas, educadores, psicólogos, etc.) se convierten en los mediadores en la relación padres e hijos.

Incluso me parece que el síntoma mismo se convierte en mediador de dicha relación, pues es a partir de la queja de los padres que se vuelve la mirada a lo que sucede en su hijo, pero no encuentran respuesta, pues en realidad sólo observan lo que sucede en su hijo pero no saben por qué sucede, así que recurren al saber médico, al saber psicológico para poder comprender aquello que le sucede a su hijo y para poder solucionarlo encuentran como vía más rápida y cómoda la medicación, siendo los padres y el médico quienes deciden sobre el cuerpo del otro, el del niño, recetando los medicamentos de moda para combatir ese mal llamado TDA-H. Parece no darse lugar al cuestionamiento sobre el accionar de los padres pues ¿cuánto de esa hiperactividad de muchos de los niños que llegan hoy a los consultorios, se

constituye como una respuesta refleja al mundo en constante movimiento de sus padres?

Indudablemente, existe el interés por parte de las disciplinas psi (psiquiatría, psicología, psicoanálisis, etc.), por indagar el origen pero sobre todo la cura para los síntomas en el niño, no obstante, se hace un trabajo psicoterapéutico pero cada vez con mayor frecuencia determinado por la medicación, dirigiendo el trabajo a los terrenos de la reeducación, atendiendo la demanda de los padres y de las instituciones. Contradictoriamente se trata de una sociedad dinámica y veloz que requiere niños pasivos.

Los padres parecen olvidar cómo ser padres, pero sobretodo olvidan que los niños, son niños, que juegan y exploran su mundo a partir de la constitución de la imagen de su propio cuerpo, a veces parecen esperar de sus hijos, que a pesar de su corta edad, sean adultos y actúen como tal –incluso que tomen decisiones ‘adultas’-, para hacer así más fácil su introducción a su mundo adulto.

En mi práctica clínica me ha tocado trabajar con dos pacientes que reciben tratamiento en el área de nutrición, 1 de estos casos por obesidad y desnutrición y el otro por desnutrición, en ambos casos los padres refieren que el problema de salud que presentan sus hijos se debe a que éstos mismos no comen los alimentos adecuados, ya que, a la hora de la comida son los hijos quienes deciden qué es lo que quieren comer y de no prepararles lo que piden entonces no comen, de tal suerte que, los padres para no batallar por eso les preguntan que quieren de comer y eso les preparan. Parecen invertirse los papeles, en algunos aspectos, son los hijos que deciden a pesar de que el saber sobre algo tan importante como la alimentación debería de estar del lado de los padres.

Dicho mensaje parece captar y difundir los medios de comunicación, hace algunos días veía por la televisión un anuncio comercial de la marca automotriz Chevrolet, la imagen de un padre con su hijo en la búsqueda de un vehículo, colocan al hijo como el portador del saber, el niño pregunta a su

padre si el nuevo Aveo está equipado, cuenta con aire acondicionado, bolsas de aire, etc., el padre responde afirmativamente a cada una de las preguntas, así que al final el hijo dice ¡entonces sí, cómpralo!. ¿Cuál es el mensaje?

El niño se ha convertido en un adulto, que posee un saber que lo coloca incluso, por encima del saber y la decisión de los padres.

Algunas disciplinas psi partían de la concepción del síntoma como un enigma, colocándolo fuera de los terrenos de ‘normal’ o ‘patológico’ e implementado para su tratamiento la apertura de un espacio de escucha e interrogación, pero en la actualidad pareciera que algunas prácticas psicoterapéuticas se dirigen a un retorno al síntoma desde la concepción que de él tiene la medicina, al suprimir el lugar de escucha y dar entrada al lugar de la cura vía la medicación, ignorando las severas consecuencias que esto podría provocar en el propio sujeto al que se receta.

Actualmente, en los consultorios se escucha diagnosticar, con gran incidencia y mal valorado, el TDA-H como síntoma que explica los ‘problemas’ conductuales en los niños, el tratamiento consiste en formarlo en la industria Ritalín. Pero ¿qué es el Ritalín?

3.4 Ritalín: Una pócima mágica que “cura” y violenta

Ritalín es el nombre comercial del metilfenidato, la Agencia Antidroga Estadounidense lo tiene clasificado como droga del grupo II, que incluye morfina, opio y cocaína. Se suministra a niños diagnosticados con TDA-H pues actúa sobre el sistema nervioso central.

La pócima mágica que hechiza y hace ‘niños buenos’, niños ‘normales’, bien portados e intelectualmente competitivos.

Steve (Connor, 2005) diría que se trata de una droga de nueva generación que actúa como ‘cosmético’ para el cerebro, produce niños quietos

(menos impulsivos), mejora la memoria y la concentración para tomar mejores decisiones. Pero ¿qué hay de las reacciones adversas?

Las reacciones adversas pueden ser: Juan (Soto, 2001) "*nerviosismo, insomnio, urticaria, fiebre, dermatitis, eritema multiforme con hallazgos histopatológicos, anorexia, náuseas, vértigo, palpitaciones, dolor de cabeza, taquicardias, arritmia cardíaca, dolor abdominal e incluso han sido reportados (raramente), casos de síndrome de Tourette y psicosis tóxica*". El diagnóstico de TDA-H acarrea un tratamiento con una droga de potencialidad adictiva; en muchos de los casos, se desconocen las secuelas de los tratamientos a los que son sometidos los niños y pueden ser irreversibles al causar lesiones cerebrales.

En México y en otros países se ha observado la aparición e intensificación de actitudes violentas y suicidas en pacientes que llevan o han llevado tratamientos con medicamentos psiquiátricos tales como: tranquilizantes, antidepresivos, sedantes y ritalín. Asimismo, en 1995 un estudio médico danés informó que los síntomas de retiro de las drogas psicotrópicas que causan dependencia son: Cambios emocionales: miedo, terror, pánico, temor a volverse loco, pérdida de la auto confianza, inquietud, irritabilidad, agresión, impulso por destruir y, en los peores casos, impulso por matar. Algunos psiquiátricos intentan culpar de la violencia a la "enfermedad mental", sin embargo, es evidente que existen casos en los que diversos comportamientos delictivos si han derivado del consumo de dichos medicamentos.

El Comité de Ciudadanos en Defensa de los Derechos Humanos (CCHR), investiga los abusos de la psiquiatría desde 1969 y señala que el incremento de los crímenes violentos, el suicidio y los ataques armados de niños y adultos, han sido precedidos por un incremento en la prescripción de drogas psiquiátricas que alteran la mente, aunado al actual énfasis en el uso 'educativo' de tales drogas como cura para enfermedades psiquiátricas inventadas para controlar al hombre.

Citaré algunos ejemplos ((CCHR), 1998):

- 19 de febrero de 1996: *Timmy Becton, de 10 años; tomó como escudo humano a su sobrina de tres años y apuntó una escopeta contra un representante de la ley que acompañaba a un supervisor escolar, cuando se presentaron en su casa de Florida. Becton había sido llevado al psiquiatra en enero para curar su disgusto por la escuela, ahí le habían administrado una droga antidepresiva. Sus padres dijeron que cuando le incrementaron la dosis., Timmy empezó a sufrir violentos cambios en su estado de ánimo y se ponía 'verdaderamente enojado'...*

- 27 de septiembre de 1997: *Sam Manzie, adolescente de 16 años, de Jackson Township, Nueva Jersey, violó y estranguló a un niño de 11 años que realizaba ventas de puerta en puerta para la Asociación Local de Padres-Maestros. Manzie tomó luego una fotografía del niño muerto como "trofeo" y se ató con el cable del radioreloj alrededor del cuello. Manzie estaba bajo tratamiento psiquiátrico en esos momentos y recibía "medicación". Según informes Manzie le dijo a su madre: "No mataba a ese pobre niño, estaba matando (a mi doctor) porque no me escuchaba.*

Estos son algunos de los casos que permiten observar las causas secundarias provocadas por el consumo, retiro o modificación de dosis de medicamentos psiquiátricos. Aunque habrá que reconocer y estar advertidos, que existen casos en los que la violencia o comportamientos delictivos si pueden surgir de la enfermedad mental que se les haya diagnosticado agregando el contexto en el que surgen dichos actos.

En ambos casos la información es breve pero permite señalar algunos puntos que llaman mi atención; en el caso de Timmy se menciona que es llevado al psiquiatra para '*curar su disgusto por la escuela*' y el tratamiento

consiste en suministrar ¿‘una droga antidepresiva’? Habría que cuestionar al médico, ¿de qué estaba enfermo?, ¿cuáles son los elementos en los que se fundamenta para recetar un antidepresivo a un niño y así, “curar” y generar el gusto por la escuela? No conforme con eso, incrementan la dosis, ¿quién funge como autoridad para avalar el bueno o deficiente resultado del medicamento? Pues cada vez es más frecuente que los maestros y los padres, sean quienes indiquen al médico si está funcionando bien el medicamento o no para lograr que sea un niño ‘quieto’ y ‘estudioso’. El cuerpo del niño es violentado para suministrar dosis mayores o medicamentos más efectivos para fabricar un niño de acuerdo al ideal social.

Estamos inmersos en una sociedad en la que preguntarse sobre el síntoma incomoda y por tanto se evita, y éste es un caso que permite mostrar que ni maestros, padres o médicos se cuestionan respecto al síntoma que presenta al niño, sólo se trata de medicar y medir su efectividad. No hay un espacio de escucha para el niño y su cuerpo es tomado para la indagación médica, dosis mayores o menores, pero sin mirar ni escuchar los efectos que el medicamento causa en su cuerpo, y después dicen no entender por qué el niño está irritable, agresivo o enojado. Timmy apuntó con un arma contra un representante de la ley y un supervisor escolar, ¿por qué y contra quién habría de estar enojado Timmy? Se resalta el comportamiento violento pero lo primero que hace es tomar un escudo humano, a su prima; él busca defenderse, mientras los médicos usan como armas los medicamentos, los niños y jóvenes se valen de armas de fuego.

Respecto a Sam, podríamos pensarlo desde el significado del juego en el niño, a partir del cual representa situaciones de su vida diaria pero en un papel activo. Sam estrangula a un niño, luego toma como “trofeo” la fotografía del niño muerto. ¿Acaso muestra su realidad en la medida que, los médicos y padres violentan el cuerpo del otro y además, son casos que se publican y presentan como éxitos o fracasos de un tratamiento y su medicación? Finalmente, es sorprendente y reveladora la frase con la que se cierra este caso, *¡No mataba a ese pobre niño, estaba matando (a mi doctor) porque no me escuchaba!*

Justamente esto es lo que intento mostrar a partir de dichos ejemplos y de esta tesis, estar advertidos de los riesgos que se corren cuando en las disciplinas psi se continúa con la idea de un método de tratamiento para el trabajo clínico con niños que se basa en suprimir el síntoma, de medicar y violentar un cuerpo por los efectos directos y los secundarios que desencadena la prescripción de drogas psiquiátricas, además de las desastrosas consecuencias de no escuchar a ese paciente que está frente a ti y que lanza a través de su síntoma, una pregunta o evidencia, su situación.

En efecto, el traslado del término de síntoma de la medicina al psicoanálisis ha tenido sus costos, me parece que a pesar de que las disciplinas psi y el psicoanálisis han aportado una nueva y diferente concepción de síntoma, la medicina parece haber dejado una marca indeleble en el término, dado que, en muchos de los consultorios clínicos dedicados al cuidado de la salud mental se sigue pensando al síntoma como sinónimo de enfermedad y la intervención o tratamiento se dirige a la medicación y a la reeducación, en consecuencia, hablar del retorno del síntoma a la medicina está estrechamente relacionado con la situación actual del uso de fármacos como parte de la cura en el trabajo psicológico con niños en la posmodernidad.

En el siguiente capítulo abordo este último punto y lo enlazo con el auge de la industria farmacéutica en la época posmoderna, así como también cuestiono si el psicoanálisis queda o no impactado por esta condición.

CAPÍTULO 4: EL RETORNO, UN ACERCAMIENTO A LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA

4.1 La felicidad empacada en un comprimido, suprime al síntoma

Páginas atrás empezamos a vislumbrar la relación del medicamento y sus efectos en la vida cotidiana, en las personas que son sometidas a la ingesta de éstos. En este apartado lo que pretendo, ya no es solamente mencionar alguno de los efectos negativos que tienen en las personas, sino plasmar ciertas coordenadas del auge de la ciencia farmacológica en estos casos.

El momento histórico que vivimos, podría decirse, que es un período de auge para la farmacología, situación que es difundida por los medios masivos de comunicación, y sobre todo por las investigaciones neurológicas y farmacológicas quienes se encargan de darle propaganda a la utilización de medicamentos, otorgándole un poder absoluto de eficacia y sanidad.

Pero la realidad es otra, y la experiencia nos demuestra, que al menos en lo que respecta a la clínica, los avances y descubrimientos farmacológicos no han podido dar respuesta a todo el problema, de por ejemplo el TDA-H. Pese a esto, encontramos que en ciertos segmentos de la medicina, se sigue depositando, en los avances farmacológicos, un sentimiento de esperanza hacia la cura.

Con la aparición de inventos como la penicilina, el microscopio, los trasplantes, la genética, la estética, etc., se crea la fantasía a nivel colectivo que todo se soluciona con una pastilla hasta alcanzar la eterna felicidad. El sujeto actual, ante la insistencia de alcanzarla, intenta cerrar la puerta al sufrimiento, *¡ya no está permitido sufrir!* Los medicamentos prometen la magia de solucionar los problemas, aliviar el dolor y ‘sanar’ el cuerpo. Sonia (Colmegna, 2007) *“El poder de los medicamentos del espíritu es el síntoma de*

una modernidad que tiende a abolir en el hombre no sólo su deseo de libertad, sino también la idea misma de enfrentar la adversidad”, muchos sujetos prefieren medicarse o ser medicados antes que hablar de sus sufrimientos, preocupaciones o deseos.

Inclusive, existe un medicamento llamado “La Píldora de la Eterna Felicidad”, la cual incrementa el nivel de hormona del crecimiento del organismo de manera natural con una fórmula única y original. Secretagogue 3X3 en forma de rocío y el Secretagogue K-28 en forma de polvo efervescente. Medicamento que promete retroceder el reloj biológico, cura el envejecimiento prematuro y da resultados a corto plazo.

“Existe una combinación de nutrientes / aminoácidos completamente naturales que tienen la particularidad de restablecer la liberación espontánea de hormona del crecimiento en nuestro organismo, y con ello recuperar en gran medida muchas de nuestras funciones metabólicas y orgánicas que quizá se encuentran un tanto deterioradas, y como resultado - provocando casi de inmediato una deliciosa sensación de salud y bienestar general que no tiene precio ni comparación”. (Borbón, 2008)

La industria farmacéutica y los medios de comunicación, difunden la idea de alcanzar el bienestar con el medicamento, su consumo para eliminar la enfermedad o para optimizar la salud. La magia de las pastillas “una pastilla lo hará sonreír” pues la ciencia de la felicidad llegó y adoptó varios nombres y marcas. La felicidad empacada en un humilde comprimido, en una tableta, en cápsulas de todos los colores posibles. La humanidad ahora vive inmersa en una nueva religión, la adoración eterna de la alegría y de los especialistas de la medicina estética y la industria farmacéutica, quienes convierten la miseria en júbilo, la ignorancia en sonrisas, en carcajadas, en risas prefabricadas.

Como muestra, tomaré algunos anuncios comerciales de algunos de los tantos medicamentos que prometen el bienestar, suprimiendo síntomas.

- VIAGRA: medicamento recetado para la impotencia sexual, con el slogan **¡para aquellos que quieren pero no pueden!**

- M FORCE: **¡no es para los que no pueden sino para los que quieren más!** , *¡M force, lo toman los hombres lo disfrutan las mujeres!* (Genoma-Labs, M-Force, 2009)

- DALAY: *¿Duermes tus 8 horas diarias? Irritabilidad, tensión nerviosa, estrés...*
*Dalay Medicamento de origen natural que desde la primera toma te ayuda a incrementar la calidad y cantidad de horas de sueño, bajando tu nivel de estrés, irritabilidad y tensión nerviosa. **Con Dalay, duermes bien, vives bien.*** (Genoma-Labs, Dalay, 2009)

- METABOLTONICS: *¡Soy nutrióloga, mis pacientes bajan de peso porque mi sistema se basa en una dieta balanceada y a todos les recomiendo que se apoyen con Metaboltonics. Sus ingredientes son de origen natural y hacen principalmente 3 funciones: ayuda a sentir saciedad, acelerar el metabolismo y a desechar las grasas. **Para bajar de peso y medidas no hay secretos hay que cuidar la alimentación, pero hoy, hay medicamentos que nos hacen el proceso más fácil y más ligero. Metaboltonics!*** (Genoma-Labs, Metaboltonics, 2009)

- BIOELECTRO: **¡A mí me dan frecuentemente dolores de cabeza, a veces migrañas. Conozco perfectamente las opciones de medicamento que puedo tomar, soy neurólogo, lo que yo tomo para aliviarlo rápidamente, es Bioelectro. Sus componentes constituyen una formula indicada para aliviar intensos dolores de cabeza, hasta migrañas. Bioelectro el especialista en migraña!** (Genoma-Labs, Bioelectro, 2009)

Los medicamentos se han convertido en los impulsores para alcanzar el bienestar prometido, no hay cuestionamientos sobre aquello que lo causa, únicamente se busca suprimir el síntoma y con ello, obtener el bienestar. La

fuerza de la publicidad para aumentar las ventas y difundir la idea de la eterna felicidad, se transmite a través del slogan que da identidad al producto, y con populares imágenes o situaciones que muestran la necesidad y la efectividad del medicamento.

Análisis de los anuncios:

DALAY: Muestra una madre cansada del trabajo y molesta porque su hijo no entiende cómo debe realizar la tarea escolar. Al ingerir el medicamento “su dolor de cabeza desaparece” y ahora se muestra relajada y paciente para hacer la tarea con su hijo, sin cuestionar sobre la dificultad de la madre para hacerse cargo de su hijo y la evidencia de un padre ausente. Además, brinda esa visión mágica de que con una pastilla se resuelve ‘todo’ su malestar, solución que incluso el niño agradece al tener ahora, una madre paciente y comprensiva que convive con su hijo después de un largo día de trabajo y estrés.

METABOLTONICS: Un especialista de la salud –una nutrióloga-, recomienda Metaboltonics a una persona con problemas de obesidad, el método para bajar de peso de manera rápida y eficaz con el uso de este medicamento, sin cuestionar sus hábitos alimenticios o los motivos por los que come vorazmente, o inclusive si tiene algún desorden metabólico que dé cuenta de esta dificultad. El consumo de los medicamentos ofrece colocar al sujeto en ese estereotipo de *‘perfección y felicidad’*, luchando incluso contra la propia naturaleza.

Sin duda, la industria farmacéutica y la ciencia trabajan en equipo, brindando la visión de alcanzar y mantener la felicidad de manera fácil y rápida, ‘liberando’ al sujeto de sus sufrimientos eliminando síntomas y con ello historias, podría decir, operando una máquina que borra momentáneamente los recuerdos de la mente y así olvidar los sufrimientos sin enfrentar la adversidad.

Asimismo, la conducta se ha convertido en el reciente punto de interés para la ciencia y la industria farmacéutica, sin poder delimitar quien impulsa a quien -la ciencia a la farmacéutica o viceversa-, no obstante, la conducta ha

sido colocada en los terrenos de la biología; causas fisiológicas y neurológicas provocan deterioro en la conducta de los niños, provocando niños ‘desviados’ (de la norma social aceptada), comúnmente llamados “niños problema” diagnosticados con TDA-H, autismo, entre otros trastornos. El método terapéutico para su solución es la medicación, aunque considero que el abuso de los psicofármacos, se ha venido dando como un recurso para poder controlar al niño, tanto por razones sociales como por el impulso económico, y no precisamente por razones médicas.

Según Thomas (Armstrong, 1999) a principios de los 60’s muchos padres y madres se organizaron políticamente para lograr que se declarara que sus hijos con bajo rendimiento escolar tenían un “problema” que debía ser reconocido por las autoridades médicas, legislativas y sistemas educativos.

En esa misma época, se “descubrió” el TDA-H en Estados Unidos, época en la que se notó en crisis su institución más sagrada: la familia. Los niños vieron desafiada la autoridad una y otra vez. Es también a partir de esos años que se empieza a utilizar el término hiperquinesia, ahora hiperactividad, para etiquetar ese problema como “enfermedad” física y descartarlo como fenómeno social. Es así que se ha naturalizado, como “trastorno neurológico”, convirtiéndose el paradigma del determinismo biológico en la única forma de mirar el fenómeno.

(Ibíd, 1999) El TDA-H es un concepto construido que cobró legitimidad en la investigación psicológica de los Estados Unidos y Canadá, debido al cambio de prioridades en las investigaciones. El estudio de la mente, el cognitivismo, tuvo gran auge a fines de los 70’s en las investigaciones psicológicas de las universidades, dejando atrás el estudio de la conducta manifiesta. Los financiamientos comenzaron a destinarse a estudiar componentes cognitivos como la percepción, la memoria y la atención, así como la falta de atención para atenderlos.

Asimismo, considera dicho trastorno como un fenómeno con vida propia, es pensamiento de la sociedad, como lo son todas las cosas, objetos y sujetos,

situaciones, devenires y trastornos. Y sin pensar que se trata de conspiración alguna, es fácil mirar algunos otros efectos de la aparición del TDA-H, como aquellos psicólogos que reciben subsidios para nuevos estudios, psiquiatras con más clientes, padres y madres que ahora saben que sus hijos no son “malcriados” sino que están trastornados, y empresas farmacéuticas que amplían cada año su mercado. Son las formas de una sociedad.

La sociedad necesitó inventar una cosa llamada “Trastorno de Déficit de Atención”, a fin de preservar ciertos valores tradicionales, que al parecer, han estado desmoronándose: la falta de autoridad de los padres y la escasa efectividad de los recientes métodos educativos para apresurar y ampliar los conocimientos que los niños deben poseer, para ser competencia en el mercado.

Los estudios de Hannah (Arendt, 1972)* sobre los Estados Unidos, ya habían previsto las consecuencias devastadoras que tendría para la educación de los niños el aceptar sin condiciones ni examen crítico las teorías pedagógicas “modernas” que cuestionaban toda forma de autoridad, la cual corresponde a una necesidad, la de introducir en un mundo preestablecido a los recién llegados por nacimiento. Hay un hilo generacional que debe atribuir autoridad para darle su lugar a cada generación. Sin embargo, a este respecto Dany-Robert Dufour menciona que estamos ante una verdadera negación generacional que no ha sido sin consecuencias, aseveración que abordaré en el apartado 4.3 de este mismo capítulo.

En efecto, el TDA-H es una enfermedad inventada como dispositivo de control social, o una estrategia más de grandes laboratorios farmacéuticos que tratan de conseguir un mayor mercado para los productos como el ritalín que es recetado a diestra y siniestra, ya sin previo diagnóstico u observación, dejando de lado otras formas de tratamiento más efectivas: *“hay que tener en cuenta que un niño tratado con medicación es un cliente a largo plazo para el médico privado y para el laboratorio farmacéutico”; sin embargo, un niño*

* Citado por: Dany-Robert (Dufour, 2007, pág. 155)

*entrenado en focalización de atención, flexibilidad, autocontrol de comportamiento y habilidades sociales, es un niño 'nuevo' y adaptado para siempre, tras un período de tratamiento de algunos meses". (García Pérez, Magaz Lago, & Albor-Cohs, 2001)**

La tendencia de medicar de inmediato a los niños es síntoma de una sociedad que genera problemas y no quiere responsabilizarse de ellos, o que quienes padecen el trastorno son depositarios de una sociedad que vive cada vez más de prisa.

El niño es llevado al consultorio por sus padres angustiados, desesperados y enloquecidos ante la inquietud de su hijo, *¡no puede estar quieto!* Demandan al médico que haga algo o le dé algo para que se tranquilice, de lo contrario será expulsado de la escuela.

El médico o el terapeuta, extiende de inmediato la orden para los estudios neurológicos para encontrar las causas del actuar 'implacable' del niño. Los padres depositan en manos del especialista, su angustia, pero incluso, el propio cuerpo de su hijo para la investigación científica de sus males.

Los estudios neurológicos, son el apoyo tangible para mostrar que algo no marcha o marcha mal en el cerebro del niño: elevada o disminuida actividad cerebral, poca o mucha producción de sustancias necesarias para el buen funcionamiento neuronal, etc. Tiene en sus manos la evidencia y 'el saber' de aquello que provoca el mal funcionar del niño, ahora entiende y explica a los padres qué pieza falla y habrá que reparar a partir de la medicación.

Elida (Ganoza, 2003) comenta al respecto: *"el fármaco representa, en realidad, una fortificación, un parapeto en primer lugar para el propio psiquiatra, ofrecido por la ciencia como defensa contra la angustia que produce la confrontación con la locura"*. Hay que reconocer que la locura no es un cómodo

* Citado por: Eduardo (Robledo, 2006)

invitado al consultorio de los “especialistas” psi, por ejemplo, los niños diagnosticados con TDA-H, enfrentan tanto a padres y a médicos con un *no saber qué hacer para solucionarlo*, asunto que precede y muchas veces aniquila el cuestionamiento *¿por qué pasa esto?*

Si bien, el psicoanálisis abrió la gran perspectiva de considerar al síntoma como un enigma y delimitando el trabajo del analista dirigido a cuestionar el síntoma y con ello dar valor y escuchar la palabra del paciente, no obstante, en las instituciones de salud mental y en el trabajo psicológico con niños muchas veces *“se pone en evidencia la relación con el fármaco, al que se retorna en tanto que continúa siendo en última instancia para el familiar, el elemento más seguro para conjurar la angustia”* (Ídem, 2003). De esta manera, el fármaco se postula como la respuesta más segura para la enfermedad mental, pues aunque se da una escucha analítica, no se cierra la puerta a los medicamentos. El fármaco no para curar, sino para disminuir la angustia del especialista y la de los padres, y poder controlar la conducta y (peor aún) el cuerpo del niño.

En esta época posmoderna, el niño –su cuerpo y su mente- se han convertido en un objeto más para el mercado, no sólo para portar la ropa o la tecnología actual, sino también en el mercado del trabajo psicológico y de la industria farmacéutica, se ha dado pie al auge, permitiendo medicar para que sea más fácil controlarlo.

4.2 El poder absoluto de la industria farmacéutica sobre el síntoma

Hablar del síntoma en el niño, no se reduce a los terrenos de lo ‘normal’ o patológico, desde lo social o la ciencia, el síntoma funda la posición de un cuerpo en la relación con el otro.

Francisco (González Crussí, 2009) señala que siempre que aqueja el dolor, la enfermedad o la muerte nacen ritos y operaciones simbólicas cuya finalidad es deshacerse de la desgracia, expulsar el mal, fijarlo en un objeto, ya

sea en un ente inanimado, o en animales, o en el grupo humano, recurriendo al viejo mecanismo de producción del “chivo expiatorio”.

Los maestros hacen responsables a los niños con ‘problemas’ de conducta del bajo aprovechamiento escolar y desorden grupal, no obstante, lo que evidencian es la deficiencia de sus métodos pedagógicos y la incapacidad de trabajar con un grupo de niños que en las escuelas públicas alcanza hasta los 50 alumnos; los padres y los médicos buscan evidencias orgánicas que justifique el ‘mal’ comportamiento del niño sin querer ver y enfrentar, su propia dificultad de hacerse cargo de un hijo, sin querer reconocer que algunos síntomas parten de lo psicológico.

Un niño es llevado al consultorio por otros (sus padres), quienes enuncian su queja respecto a esa ‘bola de carne’ llamada niño, externan la necesidad de que sea moldeado (reeducado) de acuerdo al ideal familiar o social, ¿o acaso, es el niño quién decide si se va o se queda, si toma tal o cual tratamiento?

Evidentemente no, el niño es un cuerpo en el que recaen juicios y sanciones de cómo es mirado por los otros. Un cuerpo que es antecedido y presentado por el discurso familiar, escolar y social, y sobre todo, un cuerpo sobre el que deciden los otros y la ley lo avala, el aplicar cualquier tratamiento farmacológico, sin olvidar que, también es el cuerpo que sufre los efectos y consecuencias de la medicación.

La Asociación Americana de Médicos Cirujanos (AAPS), dijo que “*es fundamental establecer el derecho de los padres a decidir qué tratamiento médico es apropiado para sus niños*” (Lenzer & Ron, 2006), incluso aquí en México el periódico “*La Jornada*” con fecha del 5 de septiembre de 2006, advierte de la existencia de un proyecto de Ley presentado en la Cámara de Diputados, acerca del tratamiento del TDA-H. Este proyecto de Ley propone que la información científica sobre este trastorno y las unidades médicas de atención estén al alcance de los padres de familia, para que con el apoyo de los especialistas puedan tomar una mejor decisión sobre el tratamiento que

deben seguir sus hijos. La cuestión es entonces qué tratamiento psicoterapéutico o farmacológico reduce lo antes posible los síntomas, con el menor costo y la menor pérdida de productividad.

En la posmodernidad son los especialistas y los padres los encargados de decidir y actuar sobre el cuerpo del niño, y aunque éste último, es el que sufre los efectos y secuelas de los medicamentos, la libertad del niño de decidir sobre su propio cuerpo ha sido anulada. Se trata de un cuerpo violado y ultrajado por los otros (padres, maestros, vecinos, Estado, especialistas e industria farmacológica), acto que no es sin consecuencias.

Los padres dicen aceptar la prescripción farmacológica por confianza en el médico y ante la amenaza de los maestros y directivos de expulsar el niño de la escuela. La ciencia médica, en correspondencia con la ciencia mental, requiere hoy niños "pasivos", "atentos", "quietos" y "sentados" formados en la industria ritalín.

Pero aun falta mencionar un aspecto más que nos permite dar cuenta del poder absoluto de la industria farmacéutica sobre la salud del sujeto, y por ende, contribuye a este momento de retorno del síntoma a la medicina en las disciplinas psi.

La industria farmacéutica ha hecho del TDA-H, un síntoma de consumo. Se crean nuevos síntomas y así coexiste la industria, es decir, crean, desarrollan y promueven el diagnóstico en un esfuerzo por aumentar las ventas de su producto, de esta manera, 'se venden síntomas y también su remedio', todo en un mismo paquete.

El síntoma del TDA-H y su tratamiento médico, parece haber sido creado a la par, así como, ha pasado con la invención del virus y antivirus en la red. Un buen día, a un ocioso se le ocurrió crear un virus cibernético y distribuirlo a través de la red para atacar el sistema operativo de las computadoras de otros, condenándolas casi a la destrucción, digo casi porque a la par creo el poderoso antivirus que cura a la máquina. La creación y distribución del virus condujo:

- 1) adquisición de una nueva computadora, pues la anterior había sido infectada; y,
- 2) ventas estratosféricas del antivirus para curar la enfermedad y rescatar su máquina. Tanto la primera como la segunda opción impulsaron el crecimiento del mercado, aumentando sus ventas. En la actualidad cada año se producen cientos de virus que son distribuidos por la red, lo que ha producido un mercado competitivo para la venta de los antivirus.

Por lo tanto, habrá que estar advertidos y tener mucho cuidado ante el mal diagnóstico sobre el TDA-H y el abuso en la prescripción de medicamentos. No se trata de impulsar el mercado de la industria farmacéutica, ni de promover el ideal social de la posmodernidad sino de manifestar las consecuencias cuando se decide sobre el cuerpo ajeno, olvidándose de las secuelas irreversibles que se pueden provocar física y psicológicamente.

Un hecho que permite observar ampliamente el dominio de la industria farmacéutica aunado a la idea colectiva de la magia de la pastilla, ocurrió en 2009 ante el temor de una nueva pandemia, se activó la alerta sanitaria a causa de la aparición de casos contagiados con el virus AH1N1.

A principios del segundo trimestre del 2009, comenzó la invasión de spots publicitarios dónde se alertaba a nivel mundial de una posible pandemia causada por un virus, inicialmente llamado, "*influenza porcina*" y finalmente, "*virus AH1N1*". Los síntomas principales eran similares a los de un resfriado o infecciones respiratorias graves, por lo que dicha transmisión publicitaria insistía en difundir y despertar la preocupación del sujeto sobre el cuidado de su salud y en caso de síntomas de resfriado, *no auto medicarse*, lema que se convirtió en una lucha cultural, ¿cómo combatir la auto medicación cuando la industria farmacéutica dota al sujeto del saber médico?

En tan sólo 30 segundos que dura un spot, describe síntomas, dosis y resultados de cierto medicamento, incluso dicha información es presentada por un médico, entonces, a nivel social elimina la necesidad de ir con un

especialista y se piensa, *¡si el médico de la tele lo recomienda, es porque funciona. Además no necesito receta médica para comprarlo, voy a la farmacia o lo pido por teléfono!*

La compra de medicamentos sin receta médica está al alcance de todos, además si hay alguna duda de la dosis o efectos secundarios, la cajita lo describe detalladamente, incluso, brinda información de qué hacer en caso de intoxicación. Ahora cualquier sujeto, se cree especialista de la salud, ya no es necesario ir al médico, la industria farmacéutica resuelve problemas.

Dicha situación fue el primordial problema al que el sector salud tuvo que enfrentar, el sujeto a la primer señal de enfermedad respiratoria se auto medica, los efectos del medicamento disfrazaban los síntomas (los aminoraba o eliminaba), y al poco tiempo morían, al no recibir el tratamiento y aislamiento adecuado para controlar el virus.

Si bien, el avance médico y los medicamentos parecen contribuir a mejorar la salud de algunos sujetos, es necesario hacer hincapié en el hecho de que de manera masiva y sin matiz, se da la difusión de estos medicamentos, suponiendo que todos padecen síntomas por la misma causa, perdiendo de vista la posibilidad de considerar la singularidad del sujeto y que puede haber otros hechos que pueden estar provocando dichos síntomas.

Al ser medicado no significa que el problema que lo causa haya sido solucionado, ni siquiera enfrentado, únicamente es disfrazado intentando mostrar que *¡no pasa nada!* Al consumir el medicamento se crea la fantasía de estar 'sano', ocultando la realidad de este sujeto e ignorando las consecuencias que ello puede desencadenar.

¿Cuántos síntomas son medicados para evitar la incomodidad de dar cuenta y hacerse cargo de aquello que lo ocasiona?

El medicamento disfraza síntomas dotando con una sonrisa fabricada y la creencia de la eterna felicidad. Y si las ventas están bajas, se promueven las

promociones, los medicamentos *simi*-lares y hasta la hora feliz, la cual consiste en descuentos en determinadas horas del día.

La auto medicación en México se convirtió en una de las mayores emergencias, el uso y abuso de los medicamentos para eliminar síntomas pero también con la misión de resolver vidas, paradójicamente, entre más se preocupan por la salud menos se ocupan, es decir, entre más se preocupa el sujeto por prevenir y ‘curar’ síntomas a través del abuso de la auto medicación, menos se recurre a especialistas para saber y cuestionar sobre su síntoma.

Busca cerrar los espacios de pregunta sobre el dolor, callar cualquier malestar y alcanzar el bienestar, sin advertir las implicaciones que podría acarrear para el sujeto. *“el mexicano cree que aprovechar los avances de la ciencia supone emplearse a sí mismo como conejillo de indias [...] y en el caso de los niños es peor, pues se parte del principio que conviene cambiarles la sangre por antibióticos a la brevedad posible”* (Chimal, Fadanelli, & Sheridan, Junio 2009, pág. 32).

Indudablemente, parece ser que dicha industria comienza a vislumbrar las consecuencias de conferir un saber a la mano del sujeto, (Ibíd, Junio 2009, pág. 37) citan que Émile Cioran acusó *“a las sociedades modernas de morir a causa de sus remedios y no de sus enfermedades”*, en efecto, las desgracias públicas muestran la miseria y las virtudes de una comunidad, pero sobre todo la sustancia de su imaginación, en México, se observa la idea colectiva de la magia de la pastilla ante la promesa del bienestar. El progreso humano se compara con el trabajo ciego y sordo de mineros que cavan sus túneles bajo la tierra, donde a veces ellos mismos provocan los accidentes que les traen desolación y muerte. Los avances científicos y tecnológicos, en vez de conducir al desarrollo humano dirigen a la destrucción: ante el desgaste de las relaciones familiares y sociales para un mejor control social, las ventas estratosféricas de medicamentos que ante el abuso en el consumo deteriora la salud, el cambio que el ser humano ha producido en el ambiente.

Gerardo (Réquiz, 2003) menciona que el sujeto cava su propia tumba al transitar por rutas peligrosas, en busca de soluciones rápidas, eficaces y sin dolor, mostrándose ciegos ante los peligros que a la larga desencadenan. *“Vivimos en un mundo que no quiere saber nada de la causalidad inconsciente, de la falta radical que Freud llamó castración y forma el núcleo de nuestra ‘normalidad’”*.

Finalmente, este momento de retorno del síntoma a la medicina parece estar fundamentado en tres ejes: 1) Los avances científicos que impulsan a los emporios farmacéuticos; 2) Los ideales sociales en esta época posmoderna; y, 3) el origen mismo del uso de la palabra síntoma en el psicoanálisis.

Dany-Robert (Dufour, 2007, págs. 156-157) menciona que estamos ante una verdadera negación generacional, una generación ya no se ocupa de la educación de la siguiente, para eso está la escuela. Al haber desaparecido el motivo generacional, ya no hay más disciplina, por lo tanto, no hay más educación. Esta negación se ha convertido en uno de los dogmas característicos de la época posmoderna. La opinión del común de la gente, lo respalda con padres que ya no saben ser padres; *“la opinión erudita, con sus pedagogos y sus psicólogos que, al construir el objeto teórico ‘niño’ como entidad específica aislada, han contribuido a justificar esa negación generacional”*. Al crear leyes y derechos para proteger a los niños, se les ha convertido en sujetos intocables por la autoridad, en consecuencia, promueven la indistinción generacional.

Como consecuencia de este corte de la transmisión, es que el sujeto posmoderno se presenta como inengendrado, en el sentido en que se ve en la posición de ya no deberle nada a la generación anterior; e incluso es como si todo le fuera debido a él, puesto que se le ha traído sin preguntarle su opinión.

Los padres ya no educan, esperan que lo haga la escuela y le delegan la responsabilidad, la escuela por su parte plantea que la educación inicial de los niños es responsabilidad de los padres, entre uno y otro ¿quién se ocupa de la educación?, ¿la televisión?

No obstante, puesto que ya no los educan, prefieren anestesiarlos. (Ídem, 2007) Ahora en lugar de entender o de intentar escuchar lo que los niños diagnosticados como 'inquietos' o 'hiperactivos' intentan decir o mostrar a través de su síntoma, hoy se les remite a instituciones para que los mediquen cada vez a edades más tempranas con la pócima mágica etiquetada por la industria farmacéutica como ritalín, esta droga (semejante a las anfetaminas), tiene un poder calmante en los niños inquietos, opera estimulando la vigilancia, pero provoca también efectos adictivos como la cocaína o los opiáceos. Se ha sustituido a la antigua camisa de fuerza por el fármaco, una camisa de fuerza química empleada en gran escala y en el largo plazo.

Por su parte, las instituciones exigen dar cuenta del éxito terapéutico y de los fracasos en las estadísticas de la población atendida y en la creación de programas de prevención donde puedan prevenir y atender factores de riesgo. Los maestros y padres presionan incesantemente porque no aceptan las diferencias de modalidad entre los niños y pretenden tener siempre grupos homogéneos y niños tranquilos y estudiosos.

Ante esta cada vez más creciente exigencia social e institucional, así como el auge de la industria farmacéutica ¿qué postura deberá tomar el psicoanálisis?

La responsabilidad del analista en la institución de asistencia mental es tomar al sujeto no como un signo de alguna disfunción sino como portador de una singularidad dada por su síntoma, de esta manera "*la originalidad del psicoanálisis consiste en ver un sujeto donde otros ven disfunción o anormalidad*" (Réquíz, 2003). Es decir, el devolver su condición de persona a esos padres que llevan a sus hijos y que recurren al consultorio en búsqueda de ese saber que desconocen en relación a su hijo, quitarles esa identidad de objeto o cosa que se cuenta para elevar o disminuir las estadísticas.

Estar advertidos que el lugar en el que los padres colocan al analista, es el de juez, por ende, los efectos en la subjetividad y en el cuerpo del paciente cuando se da un diagnóstico y con ello se coloca una etiqueta.

Élida (Ganoza, 2003) comenta que “*el psicoanalista aparece en cierto modo en la posición de agente para hacer valer la particularidad del sujeto*”. Por lo tanto, la intervención analítica es posible, sobre una estrategia que habrá que definirse caso por caso, luego de haberles reconocido un lugar a los familiares como sujetos que poseen un saber sobre el hijo o la pareja, para que consientan el dispositivo analítico y nos reconozcan como *partenaires* válidos del psicótico y del síntoma a producir.

Finalmente, considero que el psicoanálisis no está para apoyar o marchar a la par del modelo económico y social que impera, sino justamente para poder hacer frente a esas exigencias que el sistema plantea al sujeto, en su relación con los otros y consigo mismo.

CONCLUSIONES FINALES

Este trabajo de tesis surge de mi encuentro con la clínica, dudas, aciertos y desaciertos, al observar y estudiar el contexto que forma parte de la historia de cada uno de aquellos que llegan y tocan a la puerta con un pedido de ayuda.

La formación teórica es la guía, sin embargo, en ese encuentro con la práctica clínica me cuestiona y me enseña un poco más del complejo contexto en el que nos encontramos, en el cual a veces mi postura psicoanalítica pareciera flaquear. No obstante, este trabajo envuelve y conduce a seguir sosteniendo dicha postura aunque tomando nota de algunas advertencias.

El síntoma abarca mucho más que un término o una definición, hablar de síntoma implica abordarlo desde diversos ejes: 1) El origen del uso de la palabra síntoma; 2) los ideales sociales que imperan en esta época posmoderna; y, 3) el gran auge de la industria farmacéutica. Así mismo, dichos ejes me permiten fundamentar el tema principal de esta tesis: el síntoma en el niño ¿un retorno a la medicina?

1) El origen del uso de la palabra síntoma porque es un término que inicialmente concibe la medicina y lo relaciona con diversos conceptos: enfermedad, análisis clínicos, cura, patológico, etc., con una visión organicista del daño llamado síntoma. Cuando alguien presenta un síntoma es porque está enfermo, algo no está funcionando bien así que hay que curarlo. Ineludiblemente, hay que reconocer que el trabajo del médico es una lucha contra el síntoma, contra la enfermedad, para cumplir su misión: preservar la salud.

Posteriormente, el término síntoma es adoptado por Freud y lo traslada a otro campo que él instaura, el psicoanálisis. El síntoma incursiona en otro

campo pero además se le dota de una concepción totalmente diferente, incluso contraria a la de sus orígenes, el síntoma como una salida de salud momentánea que permite tramitar ciertos conflictos, no porque los resuelva sino porque los hace más soportables. El síntoma es portador de un saber oculto en relación a un conflicto psíquico que se presenta en el cuerpo, asimismo, en el síntoma un trozo de historia del propio sujeto queda obturado. Por lo tanto, el trabajo del analista está dirigido a cuestionar en lugar de qué está ese síntoma, cuál es el saber que porta pero oculta.

En efecto, dicho traslado ha tenido sus costos, la medicina ha dejado una marca endeble en el término síntoma, por lo que ha sido difícil eliminar o aislar de los orígenes de la clínica, la idea del síntoma como sinónimo de enfermedad.

Planteo un retorno a la medicina, dado que, a pesar de que el psicoanálisis postuló una concepción diferente de síntoma, las disciplinas psi retornan a la concepción médica, cuando el trabajo del especialista se dirige a suprimir el síntoma y reeducar al niño, no dando un lugar de escucha o de interrogación al síntoma.

2) Los ideales sociales que imperan en esta época posmoderna. En particular cuando se habla de síntoma en el niño, es un asunto que se encuentra trastocado por el discurso social, ya que, es un referente que se ha dado a la tarea de definir lo 'normal' y lo 'patológico', a partir de ahí dotan de etiquetas a las personas.

Aunque se habla de síntoma y pareciera ser un asunto individual y privado que sólo ocupa a quien lo padece, muchas veces el contexto social lo coloca en el terreno público. Cuando se habla de síntoma en el niño, se reconoce que hay una relación muy estrecha con los conflictos individuales que parten de la demanda social.

Se pone en juego la concepción social que se tiene de síntoma, de la enfermedad y del niño, se establecen ideales y conductas que todo niño debe tener 'niño quieto', 'obediente', 'reflexivo', 'un adulto chiquito'. Cuando un niño es llevado al consultorio, parte de diversas demandas: social, escolar y familiar, dirigidas a suprimir el síntoma como sinónimo de enfermedad.

En consecuencia, me parece que en las disciplinas psi comienza a darse un retorno a la medicina, en tanto, se intenta responder a esas demandas que solicitan suprimir eso que incomoda y moldear al niño de acuerdo al ideal social que impera. No obstante, eso que muestra el síntoma no es signo de enfermedad sino que pone en evidencia que los padres ya no saben ser padres, que hay una gran dificultad para hacerse cargo de sus hijos aunado a la desconfianza de sus propios instintos como padres para mirar y escuchar a su hijo, así como también pone en evidencia que la aparente vanguardia en los métodos pedagógicos y los maestros no coincide con el propio desarrollo del niño, el que intentan acelerar para que el niño esté dentro del terreno competitivo en el que no hay espacio para las diferencias.

En la posmodernidad se pretende constituir sujetos con las mismas características, competitivos y que no cuestionen el sistema; que operen para sostener este modelo económico que impera, el consumismo. Lo que ocupa las mentes es poseer el videojuego que está a la vanguardia, el celular o la computadora más moderna, la ropa más cara, el coche más lujoso, es decir, el dar más peso a los productos que lo que se pueda suscitar al encuentro con un otro.

Se está dando un retorno a la medicina porque surge de la ideología posmoderna de constituir un sujeto deshistorizado, desde el sesgo que abordo este término tiene que ver con suprimir el síntoma. La concepción psicoanalítica, plantea que en el síntoma un trozo de historia del sujeto ha quedado obturado y el trabajo del analista consiste justamente en cuestionar el síntoma y restituir esa historia, pero si hablamos de que el sujeto y el contexto

social con mayor frecuencia lo que pide es suprimir el síntoma, al llevar a cabo esta acción no solo queda “suprimido el síntoma” sino también ese trozo de historia, es decir, deshistorizar quitando esa parte de historia del sujeto cuando se suprime el síntoma.

3) El gran auge de la industria farmacéutica parece también contribuir a este retorno a la medicina, ya que forma parte de este modelo económico liderado por el consumismo y por la incesante búsqueda de la eterna felicidad empacada en un comprimido. La industria farmacéutica crea síntomas de consumo y su cura, con la finalidad de aumentar y mantener las ventas de sus productos, no obstante, el abuso en el diagnóstico de síntomas actuales y el consumo avasallador de psicofármacos, se ha convertido en un recurso para poder controlar al niño, no precisamente por razones médicas, sino por razones sociales y el impulso económico.

Retorno a la medicina, porque el método más efectivo para el contexto y la economía es suprimir el síntoma a través de la medicación.

Finalmente, considero fundamental resaltar y concluir esta tesis comentando que estos ejes que considero que contribuyen a este retorno a la medicina en la concepción de síntoma en el niño, pareciera presentar un panorama complicado para el psicoanálisis, puesto que, parece no coincidir con los ideales que imperan en la época, el contexto social y el auge de la industria farmacéutica. Sin embargo, justamente el psicoanálisis de lo que se ocupa es de dotar al sujeto de herramientas para hacer frente a las exigencias del sistema, en su relación con los otros y consigo mismo.

LITERATURA CITADA

- AGUAD, Beatriz (Oct.-Dic. 1993). Rev. Psicología y Sociedad No. 20: Infancia y Psicoanálisis, Año 6. UAQ, México.
- ARENDR, Hannah (1972). Qu'est-ce que l'autorité?. Gallimard, París.
- ARIÈS, Philippe (1973) El niño y la vida familiar en el antiguo régimen. Taurus, México.
- ARMSTRONG, Thomas (1999). Estrategias en el aula. Paidós, Buenos Aires.
- BARKLEY, Russell. (2006). Niños Hiperactivos. Cómo comprender y atender sus necesidades especiales. Paidós, España.
- BERLINGUER, Giovanni (1994). La enfermedad. Riuniti, Italia.
- BORBÓN, Andrés (2008). La píldora de la eterna felicidad. <http://tecnoculto.com/2008/05/12/la-pldora-de-la-eterna-felicidad/>
- CENA, María Teresa (Mayo-2004). Revista Psicoanálisis: Ayer y Hoy, No.1. Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados. <http://www.elpsicoanalisis.org.ar/numero1/cena1.htm>, Buenos Aires.
- CHIMAL, Carlos; FADANELLI, Guillermo; SHERIDAN Guillermo (Junio 2009). Días de influenza. Revista Letras Libres, Año XI, No. 126. Vuelta S.A. de C.V., México.
- COLMEGNA, Sonia (2007). La búsqueda de la paz entre la palabra y la pastilla. www.convergenciafreudlacan.org/.../II_LA-BUSQUEDA-DE-LA-PAZ-ENTRE-LA-PALABRA-Y-LA-PASTILLA-doc-160.doc
- Comité de Ciudadanos en Defensa de los Derechos Humanos A. C. (CCHR) (1998). Las drogas psiquiátricas provocan violencia y muerte. <http://www.infomex.com.mx/texto2.htm>
- CONNOR, Steve (16/julio/2005). En los próximos 20 años se crearán 'cosméticos mentales', predicen científicos. Periódico The Independent, <http://www.jornada.unam.mx/2005/07/16/a05n1cie.php>, Londres.
- CLASTRES, Guy (1989). La envoltura formal del síntoma. Manantial, Argentina.

- DE BRANCION, Marie-Magdeleine (Octubre 1995). Revista Litoral No. 20 Su santidad el síntoma. École Lacanienne de Psychanalyse (Edelp), Buenos Aires.
- DE LA PEÑA, Francisco; GÓMEZ, Cecilia; PALACIOS, Lino; (2007). "Mi alumno es muy inquieto y distraído ¿Tendrá TDAH?". Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, México.
- DEL CASTILLO, Alberto (2006). Conceptos, imágenes y representaciones de la niñez en la ciudad de México (1880-1920). El Colegio de México, México.
- DI CIACCIA, Antonio (1989). La envoltura formal del síntoma. Manantial, Argentina.
- DINERSTEIN, Aída (1987). ¿Qué se juega en psicoanálisis de niños?. Lugar editorial, Buenos Aires.
- DUFOUR, Dany-Robert (2001). El arte de reducir cabezas. Sobre la servidumbre del hombre liberado en la era del capitalismo total. Paidós, Buenos Aires.
- FERRARI, Marité (Abril 2000). Dirección de la cura en el análisis de niños. FORT-DA Revista de Psicoanálisis con niños No. 1. <http://www.fort-da.org/fort-da1/direccion.htm>
- FOUCAULT, Michel (1966). El nacimiento de la clínica. Siglo XXI, Argentina.
- FOUCAULT, Michel (1976) Historia de la sexualidad, Tomo I. Siglo XXI, Argentina.
- FOUCAULT, Michel (1979). Enfermedad mental y personalidad. Paidós, Argentina.
- FREUD, Sigmund (2001). O.C. Tomo IV, X, XVI, XVIII, XIX, XX, XXII. Amorrortu, Buenos Aires.
- GANOZA, Elida (2003). El Psicoanálisis y la institución de salud mental. Las incidencias del Psicoanálisis en el campo de la Salud Mental. 1º Encuentro Americano - XIII Encuentro Internacional del Campo Freudiano, <http://ea.eol.org.ar/01/es/template.asp?programa/plenaria/egonza.html>
- GARCÍA PÉREZ, Manuel; MAGAZ LAGO Ángela, GRUPO ALBOR-COHS (2001). Soluciones posmodernas para un mal posmoderno. España, www.tda-h.com

- GENOMA LABS (2009):
 Bioelectro. <http://www.youtube.com/watch?v=4jwAAv0JAJQ#watch-main-area>
 Dalay. <http://www.youtube.com/watch?v=0Z17nqknnk8&feature=email>
 Metaboltonics. <http://www.youtube.com/watch?v=vP0mBdhamJ0#watch-main-area>
 M Force. <http://www.youtube.com/watch?v=wkc9UHH5xdE&feature=email>
- GONZÁLEZ CRUSSÍ, Francisco (2010). Revista Letras Libres Año XII, Número 134. Vuelta S.A. de C.V., México.
- GROSSO, Guillermo; MARTÍNEZ, Mariana (Octubre 2000). "El niño y el síntoma". FORT-DA Revista de Psicoanálisis con Niños, No. 2. <http://www.fort-da.org/fort-da2/sintoma.htm>
- LACAN, Jacques (2005). Seminario 2: El Yo en la teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica, Seminario 3: Las Psicosis, Seminario 5: Las formaciones del inconsciente, Seminario 7: La Ética del Psicoanálisis, Seminario 9: La identificación, Seminario 10: La Angustia, Seminario 22: R.S.I. (Versión interactiva), Seminario 23: El sinthome, Seminario inédito, Problèmes cruciaux pour la psychanalyse. Paidós, Buenos Aires.
- LACAN, Jacques (2006). Intervenciones y Textos 2. Manantial, Argentina.
- LAROUSSE (2006). Diccionario práctico. Larousse, México.
- LENZER, Jeanne; PAUL, Ron (2006). Mentiras y medios – Proyecto censurado 2006. http://www.projectcensored.org/censored_2006/index.htm#1
- MANNONI, Maud (1987). El niño, su "enfermedad" y los otros. Nueva visión, Buenos Aires.
- MICHÉA, Jean-Claude (1999). L'enseignement de l'ignorance. Castelnau, Climats.
- MILLER, Jacques-Alain (1989). La envoltura formal del síntoma. Manantial, Argentina.
- PERNICONE, Ariel (Septiembre 2005). Acerca del movimiento corporal en los niños, Vicisitudes de la excitación motriz: su estructuración subjetiva, fallas y síntomas asociados. FORT-DA Revista de Psicoanálisis con niños No. 8. <http://www.fort-da.org/fot-da8/pernicone.htm>
- PIECK, Cecilia (2007). Anorexia y Bulimia. La tiranía de la perfección. FUNDAP, México.

- PORGE, Erik (2000). Revista Litoral no. 10 La Transferencia. École Lacanienne de Psychanalyse, México.
- RAMOS, Inés Emilse (Diciembre 2001). Revista Artefacto no. 9. Edit. École Lacanienne de Psychanalyse, México.
- RÉQUIZ, Gerardo (2003). La institución de salud mental y el psicoanálisis. 1° Encuentro Americano - XIII Encuentro Internacional del Campo Freudiano. <http://ea.eol.org.ar/01/es/template.asp?programa/plenaria/grequiz.html>
- RIBEIRO, Raquel (2005). Una historización de los significados de la crianza. Revista de investigación y ciencia, año 1, No. 2. SAPERE, UAQ.
- RIBEIRO, Raquel (2005). Prácticas de crianza contemporáneas ¿subjektivantes?. Revista Carta Psicoanalítica. <http://www.cartapsi.org/revista/no7/ribeiro.htm>
- RIBEIRO, Raquel (2008). Efectos del conocimiento know how en la subjetivación contemporánea. Psicoperspectivas Vol. VII. Chile: Universidad Católica de Valparaíso. <http://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/viewFile/51/51>
- ROBLEDO, Héctor. Un trastorno posmoderno (psicología, sociedad y déficit de atención). Athenea Digital, 9. <http://antalya.uab.es/athenea/num9/Robledo.pdf>.
- RODULFO, Ricardo (2001). El niño y el significante. Paidós, Argentina.
- RODULFO, Ricardo (2004). El psicoanálisis de nuevo. Elementos para la deconstrucción del psicoanálisis tradicional. EUDEBA (UBA), Argentina.
- (Compilador) RODULFO, Ricardo (2006). Trastornos narcisistas no psicóticos. Estudios psicoanalíticos sobre problemáticas del cuerpo, el espacio y el aprendizaje en niños y adolescentes. Paidós, Buenos Aires.
- SAFOUAN, Moustapha (1988). Angustia, síntoma e inhibición. Nueva visión, Argentina.
- SAMPSON, Anthony (Noviembre 1992). Revista Artefacto No. 10. École Lacanienne de Psychanalyse, México.
- SIBERTIN-BLANC, Daniel (2006). Dirección de: GEISSMANN, Claudine y HOUZEL, Didier. El niño, sus padres y el psicoanalista. Síntesis, España.

- SLADOGNA, Alberto (15/ marzo/2007). Te Da Algo-con Hiperactividad; Te DA nada –sin hiperactividad. Periódico La Jornada, México. http://clinicadoctrina.blogspot.com/2007/03/te-da-algo-con-hipecactividad-te-da_15.html
- SOTO, Juan (02/abril/2001). Niños Ritalín. Periódico La Jornada, México. <http://www.jornada.unam.mx/2001/04/02/cien-ninos.html>
- SZASZ, Thomas (1996). Lo que ayer era pecado es hoy enfermedad mental. Revista Muy Interesante No. I, México. <http://www.mind-surf.net/drogas/psiquiatras.htm>
- THOMAS, Marie-Claude (Marzo 2005). Revista Me cayó el 20 No. 11 ¿Dónde están los niños?. École Lacanienne de Psychanalyse, México.
- TUSTIN, Frances. (1992). Autisme et protection. Seuil, París.
- UNIVERSIDAD DE SALAMANCA (2009). Diccionario médico-biológico, histórico y etimológico. <http://dicciomed.eusal.es/palabra/sintoma>
- VELÁZQUEZ, Julia (2005). Revista Psicología y Sociedad No. 3. UAQ, México.
- VINDRAS, Anne-Marie (2002). Erns Wagner ¡Ecce animal!: pastor, maestro, masacrador, dramaturgo. Colección libros de artefacto y Edelp, México-Argentina.
- WIKIPEDIA (2008). Autismo. <http://es.wikipedia.org/wiki/Autismo>
- WIKIPEDIA (2011). El médico. <http://es.wikipedia.org/wiki/Medico>