

## FIN DE ANÁLISIS EN NIÑOS

Gabriel Donzino\*

**F**reud en “Análisis terminable e interminable” (1937) escribe: [...] “*Primero hay que ponerse de acuerdo sobre lo que se mienta con el multívoco giro “final o término de un análisis”. En la práctica es fácil decirlo. El análisis ha terminado cuando analista y paciente ya no se encuentran en la sesión de trabajo analítico. Y esto ocurrirá cuando estén aproximadamente cumplidas dos condiciones: la primera, que el paciente ya no padezca a causa de sus síntomas y haya superado sus angustias así como sus inhibiciones, y la segunda, que el analista juzgue haber hecho conciente en el enfermo tanto de lo reprimido, esclarecido tanto de lo incomprensible, eliminado tanto de la resistencia interior, que ya no quepa temer que se repitan los procesos patológicos en cuestión. Y si se está impedido de alcanzar esta meta por dificultades externas, mejor se hablará de un análisis imperfecto {unvollständig} que de uno no terminado {unvollendet}*”. (Pág. 222).

En los análisis con niños, ¿cómo se producen esa “conclusión” y las dos condiciones planteadas? Enumero algunas formas posibles y frecuentes de terminar:

- \* Desertan en un momento determinado,
- \* Los padres proponen terminar el análisis,
- \* Proponemos finalizar (por causas personales),
- \* El final es acordado con el niño y sus padres,
- \* La finalización está pautada de antemano por los Servicios de Salud, (hospitalarios, obra social o sistemas prepagos de salud).

¿Los analistas de niños, en qué pensamos cuando creemos que un tratamiento debería concluir? ¿Desde qué criterios lo establecemos, desde qué

---

\* Psicólogo Psicoanalista. Profesor Titular de la Carrera de Especialización en Psicoanálisis con Niños y Adolescentes de UCES (en convenio con APBA). Director del Laboratorio Uces sobre Problemáticas Actuales en la Adolescencia (LUPAA).

indicadores? ¿Coincide con algún fin (como objetivo)...? ¿Qué sentimos para empezar a pensar en el final? ¿El fin de análisis es un “alta”? ¿Contamos con elementos técnicos para dilucidar el momento de terminar...? ¿Serán las dos mismas condiciones planteadas por Freud las que justifiquen la finalización de un tratamiento?

Si tomamos en cuenta que el análisis de un niño se inicia -en general- por la demanda de otros, la decisión de su final no le competirá sólo al niño. Todo ello implica interrogarnos si al reflexionar sobre el fin de análisis infantil no debemos considerar los variados aspectos que lo conforman: el niño, sus padres, ambos..., las instituciones y al propio analista.

Observemos también que la palabra fin -además de la significación de final- tiene otras resonancias semánticas tales como finalidad u objetivo.

Fin de análisis, “multívoco giro”... Son varios entonces los aspectos que convergen en la cuestión pero éstos no son en sí mismos el tema del fin de análisis.

Al intentar sistematizar desde dónde iniciar esta presentación se me hizo presente que la figura geométrica que se prestaba al desarrollo de este tema tan amplio, era la de un prisma.

La topología de un prisma supone una serie de caras articuladas, con ángulos y vértices en común, superficies que sólo en su conjunto conforman un prisma; separadas son otra forma geométrica. Es decir, que el tema del fin de análisis sería el resultante de un conjunto de otros temas o aspectos -las caras del prisma- articulados entre sí.

Presentado de este modo, las caras prismáticas en contigüidad y continuidad, representarían un aspecto o tema interconectado con el otro. Podríamos iniciar el estudio del fin de análisis en niños por cualquiera de estas caras.

A modo de rápido inventario, algunos de estos aspectos o temas abarcarían desde los diversos encuadres teóricos sobre el fin de análisis, hasta consideraciones clínicas y éticas: distinciones entre fin como final y fin como finalidad u objetivo; la relación entre comienzo y final y la articulación entre finalidad y comienzo. La transferencia o la teoría sobre la transferencia en juego se impone como otro aspecto ineludible así como la consideración de la teoría sobre la constitución subjetiva que se sostenga y la psicopatología en la infancia.

## Aspectos teóricos

No es abundante la bibliografía específica sobre el fin de análisis con niños.

Los diferentes marcos teóricos delimitan tanto su teoría del enfermar como del curar. En este sentido, los criterios sobre el fin de análisis difieren entre los analistas como difieren en su concepción sobre el objetivo del análisis.

Para Freud (1937) el análisis estaría terminado cuando se hubieran llenado las lagunas mnémicas, desaparecido los síntomas, inhibiciones y rasgos de carácter.

Klein (1950), considera que el análisis debería concluir cuando las ansiedades primarias persecutoria y depresiva hayan sido elaboradas. Dolto (1985) plantea en cambio, que es momento de finalizar cuando el niño puede hablar de la muerte del analista; y recomienda acabar cuando se acerca la pubertad<sup>1</sup>. Agrega que: [...] *“Un tratamiento no finaliza porque los síntomas más molestos hayan desaparecido. Termina cuando la relación emocional paciente-terapeuta (la transferencia) hizo revivir la situación emocional del sujeto con su medio en el momento en que tuvieron lugar las experiencias traumáticas más arcaicas.”* (1987, pág. 119).

Winnicott no se expresa sobre el tema específicamente, pero encontramos disperso en sus escritos que no interesa tanto el final del análisis, como la posibilidad de que el analista haya adaptado su técnica analítica a las necesidades del paciente. Lo devenido en ese proceso indicará el momento de su fin.

Además agrega: [...] *“Huelga decir que es siempre necesario pensar en términos del caso y diagnosis individuales, pero puedo decirles algo que es significativo de manera general: en el análisis de niños pequeños el analista*

---

<sup>1</sup> Dolto en *Seminario 1* nos revela ciertos “trucos” para ello que revelan un equilibrio del niño: el dibujo de una bicicleta por parte de un varón o la explicación de la confección de un vestido o de una receta de cocina de la que resulte algo lucible o comestible por parte de una niña. La justificación teórica dada por Dolto supone que ello da cuenta de que [...] *“El día en que la representación de esta bicicleta esté de veras controlada, que corresponda a las proporciones requeridas para que alguien pueda montar encima, quiere decir que el niño tiene todo lo que necesita para avanzar. Entonces ya se puede ir, tiene entre las piernas algo que funciona bien”*. En el caso de la niña sería comparable con la descripción sobre la confección de un vestido, tela, color, tipo de costura [...] *“puesto que la mujer es un ser de investidura”*. (1985, pág. 187). Mi clínica no lo confirma...

*recibe una ayuda considerable de los tremendos cambios que tienen lugar de modo natural en el niño de cinco, seis o siete años. En el momento que el análisis precoz se acerca a su final, los cambios en cuestión, posibilitados indudablemente por el análisis, van sucediéndose. Así, toda mejora producida por el análisis se ve aumentada por el curso natural de los acontecimientos",* (1958, pág. 146). En cambio, respecto del análisis en período de latencia recomienda detenerse a tiempo antes del inicio de la pubertad o continuar durante los primeros años de la misma.

Anna Freud propone además que: [...] *"En el análisis de niños el comienzo, la continuación y la posibilidad de terminación del tratamiento depende no del yo del niño sino de la comprensión o insight de los padres"*, (1965, pág. 43) y agrega en la dirección planteada por Winnicott: [...] *"Así, donde la patología no es demasiado severa, el analista de niños con frecuencia se pregunta, después de la satisfactoria terminación de un tratamiento, hasta qué punto la mejoría es el resultado de las medidas terapéuticas o en qué medida se debe a los procesos de maduración y a los progresos espontáneos del desarrollo"*. (1965, pág. 29).

Eric Porge (1986) plantea que el fin se da cuando se restableció a los padres en el lugar de Sujeto Supuesto Saber.

Desde su perspectiva, el niño a diferencia del adulto, no despliega una neurosis de transferencia sino una neurosis "ordinaria" (alude con ello a la mutación a la que refiere Freud cuando estima que la cura permite al adulto trocar su neurosis de transferencia por una ordinaria). El niño llega al análisis con una neurosis en curso: la neurosis en la infancia, según Porge, producida por la caída de los padres de su lugar de referentes. El análisis del niño debería restablecer esa relación, relanzando la neurosis de transferencia del niño con sus padres. Eso sería la finalidad y el fin.

Escribe: *"La neurosis de transferencia estalla frente a quien no sostiene más la transferencia del niño, a menudo en ocasión de un cambio de lugares en la familia, por nacimiento o muerte. En el desarrollo del discurso de los padres es perceptible que ellos no asumen más un lugar de sujeto supuesto saber."*

*La novela familiar es una manera de restablecer el pedestal de donde los padres han caído. El analista es llevado a cumplir la misma función, a restablecer una transferencia puesta a prueba. Es eso lo que hace en el mejor de los casos. Esto marca el límite del rol del analista en el análisis de niño".*

Encontramos en Dolto un planteo que se aproxima a las hipótesis de Porge. Considera que la terminación del análisis de niños *pequeños* sobrevendría luego de simbolizar las castraciones tempranas pendientes, de modo que el niño pueda entonces desplegar el complejo de Edipo con sus padres en vez de con el analista, lo que considera un riesgo. Los padres traen [...] *“un niño en estado de transferencia. `Explíquense esta transferencia: sean para el niño más importantes que yo (médico o psicoanalista)´. [...] El padre y la madre han de retomar su papel”*. (Dolto, 1985, pág, 185).

Pero no todos los análisis terminan del modo esperado. Algunos se interrumpen. Es una página inexplorada saber si lo trabajado durante el tiempo que duraron esos tratamientos dejaron un efecto resiliente, como ciertos medicamentos de “absorción lenta”.

Dolto aporta su criterio: *“Felizmente, interrumpir un tratamiento antes de término no siempre es dramático, pero constituye una posibilidad de recaída en el futuro, ocasionado por las pruebas difíciles de una fase evolutiva posterior, que –por su resonancia- pueden despertar las angustias de las fases precedentes que no llegaron a expresarse acabadamente. Cuanto más tiempo se trata una neurosis, más se evitan las complicaciones tardías”* (Dolto, 1987, pág, 119).

### **La articulación entre los comienzos y el final**

Marie-Cécile y Edmond Ortigues plantearon en 1986, la hipótesis de que muchos tratamientos se hacían interminables o se interrumpían bruscamente por fallas o errores técnicos en el modo en que habían sido iniciados. Su hipótesis sostenía la importancia, en las primeras entrevistas, del despliegue de la demanda (y su revés) de los padres permitiendo la creación de un espacio de apertura a la circulación del síntoma del niño en las redes transgeneracionales y el lugar -sintomático- del niño en el mito familiar. En aquellos casos donde esa apertura discursiva y libidinal no había sido posible, muchos tratamientos precipitaban su final de modo abrupto, como una interrupción del mismo. He aquí planteada una problemática central del análisis de niños que es la compleja trama transferencial y la ubicación del conflicto psíquico por los padres, por el niño y por el analista, que será abordado más adelante.

En los comienzos, escuchar quién sufre determinará la estrategia terapéutica a seguir siendo una de las tareas del analista delimitar ese sufrimiento. Precipitarse al tratamiento de un niño sin haberle dado lugar al despliegue

fantasmático de los padres respecto del síntoma infantil, precipita el final en un desencuentro. En este sentido, Dolto afirmaba que es muy difícil para un niño hacer un análisis en lugar de uno de sus padres “patógenos”. (Prefacio 1965 y 1998, pág. 141 y 149).

Pero el desenlace de un análisis no puede ser pensado sólo en relación al inicio; el proceso analítico, resistencias mediante, es el enigma que se desplegará en transferencia.

Todo final implica algo que alguna vez comenzó: correlación entre los movimientos de apertura y de cierre. En el medio, un proceso; es decir que un final de análisis será final en función del proceso que haya sucedido entre estos dos puntos. La historia y travesía de esa transferencia, el efecto analítico, sólo podrá leerse a posteriori de cada análisis.

### **Final y Finalidades**

¿Podemos plantear que el final de un análisis guarda relación con su objetivo o finalidad?... ¿Difiere el modo de pensar el final de tratamiento en los casos de psicosis infantil, por ejemplo, respecto de otras patologías?

En cierto sentido sí, aunque debemos diferenciar el concepto de Cura con el de Alta. La problemática de cada consulta plantea al inicio del tratamiento, una idea diagnóstica que evalúe la gravedad del caso y las posibilidades terapéuticas.

La cura psicoanalítica incluye -como cualquier medida terapéutica- un “objetivo general” o principio rector de nuestro accionar. Para ubicar un punto de acuerdo, cito *in extenso* lo escrito por Piera Aulagnier: [...] “*Mi propósito y mi esperanza son que el sujeto, terminado su itinerario analítico, pueda oponer lo que adquirió en la experiencia vivida, al servicio de objetivos elegidos siempre en función de la singularidad de su problemática, de su alquimia psíquica, de su historia desde luego, pero de objetivos que, por diferentes que sean de los míos, respondan a la misma finalidad: reforzar la acción de Eros a expensas de Tánatos, hacer más fácil el acceso al derecho y al placer de pensar, de disfrutar, de existir, en caso necesario habilitar a la psique para que movilice ciertos mecanismos de elucidación, de puesta a distancia, de interpretación, frente a las pruebas que puedan sobrevenir en la posterioridad del análisis, facilitar un trabajo de sublimación que permita al sujeto renunciar, sin pagarlo demasiado caro, a ciertas satisfacciones pulsionales*”. (1984, pág. 172).

Los objetivos “específicos”<sup>2</sup> a cumplir van -en su comienzo- de la mano con el diagnóstico inicial y marcarán la dirección de la cura. En cambio, el criterio de Alta –indicación impregnada por el discurso médico- supone la recuperación del paciente por desaparición del síntoma. La cura implicará rescatar otro aspecto que es el despliegue fantasmático del niño y de los padres.

El ideal de normalidad y salud que operen en cada institución, en cada analista, en cada época y en cada marco teórico pueden variar haciendo pendular los criterios de fin de análisis.

Aspectos éticos confluyen en este punto, como por ejemplo aquéllos que hacen a la decisión de iniciar un análisis bajo ciertas circunstancias y terminarlo por razones ajenas al análisis (rotaciones hospitalarias, mudanzas, enfermedad, embarazo, etc.), dar “el alta” institucional por razones externas al proceso terapéutico o -como advierte Dolto- perpetuar su duración por una fantasía de adopción encubierta o por reemplazo de los “malos padres” o por la necesidad “*de ganarse la vida en condiciones de responsabilidad respaldada y de clientela asegurada, en especial cuando son jóvenes*”. (1981, pág. 56).

En esta dirección también Piera Aulagnier (1984) advierte que el analista debería realizar un propio autodiagnóstico, que evalúe su disponibilidad para sostener una determinada transferencia. Respecto de la decisión de tomar un paciente en análisis escribe: [...] “*Sin embargo, una vez que el analista se ha dado una respuesta, y si ella es positiva, todavía tendrá que decidir si tiene o no interés en proponer-se a este sujeto como su eventual analista. Esta segunda opción es siempre en parte independiente de la etiqueta nosográfica. Apeará a lo que el analista, y sólo él, conoce sobre su problemática psíquica, sobre su posibilidad de transigir con la de su compañero, sobre sus propios puntos de resistencia o de alergia, sobre lo que puede prever de sus propias resistencias en respuesta a las que encontrará en el desarrollo de la partida. Aquí el analista deberá hacer un “autodiagnóstico” sobre su capacidad de invertir y preservar una relación transferencial no con un neurótico,*

---

<sup>2</sup> Las comillas responden a que los mismos no están planteados de antemano como protocolos a cumplir ni como sinónimo de criterio para el Alta. La patología infantil en cuestión implicará establecer los modos de abordaje, sus alcances y logros, la mayoría de las veces imprecisos de determinar fuera del proceso terapéutico. En este sentido, coincido con Winnicott cuando plantea que: [...] “*la diagnosis de un paciente no sólo se hace más clara a medida que el análisis va progresando, sino que, además, sufre alteraciones*” ([1959-64], pág. 159). Es decir que los objetivos y el diagnóstico variarán según sea el momento transferencial y el desarrollo de la cura.

un *psicótico*, un *fronterizo*, sino con lo que llegado el caso entrevea, más allá del síntoma, acerca de la singularidad del sujeto a quien se enfrenta". (Pág. 170-171). Panorama aún más difícil si incluimos en esta reflexión a las transferencias parentales, muchas veces complejas y diversas.

La discusión acerca de la finalidad en los casos de patología grave como psicosis infantiles y autismos, requieren un detallado examen que tal vez exceda estas líneas. Cuando los cimientos del psiquismo son los que vemos más afectados, nuestra labor se sostiene en nuestros deseos de que algo cambie, por pequeños que esos cambios puedan resultar. Son tratamientos más largos y sinuosos cuyos pronósticos a veces nos desalientan y a veces nos sorprenden. Ante las fallas tempranas en la constitución del psiquismo el objetivo es promover esa constitución y el final abierto...

### **Objetivos específicos y final**

Si la conclusión de un análisis atañe al cumplimiento de una finalidad, una reflexión especial la merecen aquellas experiencias analíticas cuyo objetivo está delimitado por el contexto. Tal es el caso de la consulta terapéutica propuesta por Winnicott y el trabajo psicoanalítico en la interconsulta hospitalaria o la psicoprofilaxis quirúrgica donde el final coincide con una finalidad puntual y específica.

Sin duda este tipo de práctica o aplicación del psicoanálisis no son tratamientos psicológicos típicos, aunque no por ello soslayan las dificultades transferenciales. El escaso tiempo disponible y la tarea específica requieren una comprensión extrema de la situación y una conceptualización de lo transferencial que tanto Winnicott como los que han desarrollado esta rama del psicoanálisis dan cuenta en sus textos (Winnicott (1965); (1972) Aberastury, A.).

La travesía y la historia de cada estrategia nos acerca al hilo conductor del desarrollo del prisma imaginario que proponemos: la transferencia.

### **La transferencia o las teorías sobre la transferencia**

Un análisis puede darse por terminado cuando la transferencia se haya agotado... ¿cómo pensar esto en los niños?

Nuevamente los diferentes referentes teóricos marcarán distintos modelos para pensar la transferencia en la clínica con niños.

Si tomamos el modelo kleiniano, transferencia y proyección del mundo interno, van de la mano. Pero Mannoni, en cambio, considera en la clínica con niños a la transferencia como múltiple. La del niño, la de los padres y la del propio analista.

¿Cuál es la que debería agotarse? ¿Este desinvertimiento, deberá tener su contrapartida en la contratransferencia?

Pero aquí podemos plantear que la clínica nos muestra una gran variedad de situaciones donde se despliegan transferencias muy distintas: desde las consultas por neurosis en la infancia, a las consultas por patologías graves, por trastornos en el proceso de subjetivación, a aquéllas por conflictos familiares o de pareja, u otras por efectos de traumas transgeneracionales.

Esto nos permite introducir los últimos tópicos a examinar.

### **La constitución del psiquismo, la psicopatología en la infancia y el fin de análisis**

No es lo mismo pensar el fin de análisis de un niño neurótico que de uno psicótico o de otro con fallas en ciertos trabajos de subjetivación.

Nuestras intervenciones serán específicas según el nivel y organización general del psiquismo del que se trate.

En la psicopatología en la infancia es ineludible considerar las fallas del proceso de constitución del psiquismo y la presencia e incidencia de los otros parentales sobre esa constitución. El trabajo con los padres y la dimensión transgeneracional operantes sobre el psiquismo infantil permiten, a veces, terminar el análisis con el niño y continuar con entrevistas con los padres a fin de desarticular el peso de densas repeticiones.

Debido a que el niño se encuentra en un proceso de constitución psíquica, la relación fin de análisis y finalidad del análisis en cada caso se hace nuevamente relevante.

Propusimos al comienzo del trabajo considerar el concepto “fin de análisis” como un prisma imaginario y analizar, tal como la geometría propone en “el desarrollo del prisma”, cada una de sus caras. Las caras de este prisma ya desplegado deberíamos ahora volverlas a plegar y ver el “prisma fin de análisis” en su conjunto.

Es por ello y para finalizar, que si tenemos en cuenta toda esta variada gama de aspectos que he mencionado, proponer una teoría única y general sobre fin de análisis con niños resulta, en mi opinión, pretenciosa.

Es desde la teoría sobre la constitución subjetiva que podemos pensar que el niño, para constituirse en sujeto psíquico, debe atravesar por trabajos simbólicos claves:

- armado de zonas erógenas, circuitos pulsionales, primeras inscripciones, psiquesoma, etc., que darán cuenta del gran concepto de cuerpo integrado.
- función del rostro materno como precursor del espejo, imagen especular y diferenciación yo-no yo, que marcarán los destinos del narcisismo primario.
- separación del otro, simbolización del objeto ausente y apertura al proceso secundario.
- Complejo de Edipo.

Procesos marcados por tramos específicos que suelen ser los que debemos acompañar cuando algo no anda bien...

Pienso entonces el fin de análisis conectado con estos tramos, cuyo final será según lo recorrido en la transferencia única de cada caso. La constitución de la psicosexualidad de cada niño será la finalidad y su fin.

¿Tramos o análisis “terminados”?... No creo que en la infancia podamos hablar, al menos en los términos freudianos, de “análisis terminables”. La constitución subjetiva no está acaba aún y empezar a tiempo un tratamiento es tan importante como saber cuándo detenernos.

Y para ello no tenemos reglas a seguir.

### **Finales de análisis**

Para “finalizar”, recortaré experiencias personales de dos casos que han terminado de maneras muy diferentes. Observo lo difícil que me resulta hacer alusión al modo en que terminaron sin hacer referencia a los motivos de los inicios de esos análisis y a lo sucedido en transferencia. Espero se comprenda

que no podré relatar el curso de todo el tratamiento, el proceso terapéutico, donde el juego, los dibujos y los relatos se desplegaron a lo largo del tiempo y fueron los medios de llegar al “buen puerto”.

### **Néstor: del temor a quedar encerrado, al terror de perderse, al encuentro con su padre**

Recibo a la madre de Néstor que consulta por su hijo de once años. “Me recomendaron que sea un terapeuta varón, por lo de la edad. Hizo un tratamiento anterior pero se interrumpió porque la psicóloga se mudó de barrio”. Rosa está separada del padre de Néstor desde los dos meses de vida del niño. “Se enamoró de otra mujer, compañera del trabajo. Le costó mucho decírmelo. Nos queríamos mucho. Yo le dije: no puedo obligarte a quedarte conmigo pero estamos casados antes Dios -yo soy muy católica- y lo que Dios ha unido... yo voy a estar casada hasta que me muera”. “Es un padre muy presente; a mi marido le cuento todo lo que le pasa a Néstor. El nene no quiero verlo, igual que su hermana (de 16 años). Sé que está casado y me enteré que tiene una hija chiquita”. Según la madre, “su marido” no está de acuerdo con el tratamiento pero no se opone.

Relata una sucesión infinita de golpes, accidentes, quebraduras y cortes que Néstor ha sufrido, todos ellos con marcas en su cuerpo y que tiene terror a quedarse encerrado y duerme tomado de la mano de ella. Pregunto si el papá sabe acerca de esto y responde: “No, si se entera nos mata a los dos”.

A pocos meses de iniciado el tratamiento, la clínica donde lo atendía cierra y vuelve a repetirse el mismo obstáculo que en el tratamiento anterior: de continuar, debo atenderlo en mi consultorio en el Centro de la ciudad. La madre le enseñará a viajar solo desde Flores al Centro. Lo ensayan un fin de semana y nos encontramos a las cinco de la tarde, dos veces por semana.

Durante un tiempo prolongado del primer “tramo” del análisis en la clínica, Néstor dibujaba una familia de peces en orden de tamaño, del más grande al más pequeño, aclarando que el más grande se comía al más chiquito y así sucesivamente. Luego, una inmensa ballena se los comía a todos. Estos dibujos los realizaba apretando fuertemente el lápiz sobre el papel de modo que quedara marcado en los papeles de abajo “la marca” del dibujo anterior. Y así se iniciaba nuevamente la secuencia sobre la marca transcrita.

En el tramo del análisis en el consultorio del Centro, comienza una nueva serie de dibujos que abrirá el preámbulo de su fin de tratamiento. Dibuja,

haciendo mucha presión sobre el lápiz, un inmenso pez con boca abierta y dientes afilados. Observa la marca dejada en los papeles inferiores tal como lo venía haciendo y dice: “quiero ver las marcas”. Entre las tantas transcripciones en las hojas, tres rayas paralelas verticales quedan más marcadas que el borde del cuerpo del gran pez (eran unas líneas de las aletas). Las rellena con el lápiz y realiza a partir de ellas un relato fantástico: son las marcas del Diablo que lo empujan a Dios al infierno; recrea en el dibujo la fantasía de una lucha entre Jesús y el Diablo. Gana el Diablo al clavarle a Dios un tridente en el corazón.

Comenta: “Tengo terror a perderme al venir a la sesión”, a pasarse de la parada, bajarse antes o después. Le pregunto qué teme que le pase. “A bajarme y no saber dónde estoy; si me pasé, cuántas cuadras me pasé. A no saber volver”. Le recuerdo que tiene mi dirección en la tarjeta que le había dado. Insiste en que perderse lo aterroriza.

Una sesión llega quince minutos tarde, todo colorado, traspirado y visiblemente angustiado. Me cuenta que se distrajo en el colectivo, se asustó y se bajó sin saber dónde estaba y que vino corriendo. Hace un dibujo mientras me dice: “¿sabías que me encanta el fútbol? Yo soy hincha de River; mi papá hincha de San Lorenzo ¿Sabías que mi papá fue jugador de fútbol? Yo juego re bien”. El dibujo son los escudos de estos dos clubes. Remarca con fuerza sus bordes de modo que los recorta de la hoja a la par de quedar transcritos en la hoja de abajo. Al repetir y verificar las ya conocidas “marcas”, la franja en diagonal del escudo de River se va tornando vertical al punto de que en una de las reproducciones ambos escudos parecen iguales. Se sorprende ante esto. Digo: River y San Lorenzo se igualaron.

A la sesión siguiente llega tarde también pero no se lo ve preocupado. Me dice: “Me pasé de nuevo. Me bajé en la otra parada y me di cuenta que es en la puerta del Banco donde trabaja mi papá”. Yo ignoraba el domicilio del trabajo de su padre y cómo él lo sabía. Se lo pregunto. “Cuando me acompañó, mi mamá me contó que allí trabajaba ella, donde conoció a mi papá y que él seguía trabajando en esa sucursal”. “Ahora si me paso, ya sé que vuelvo dos cuadras y llego al consultorio. Vos estás en el medio: un cuadra para acá de la parada está el consultorio y una cuadra para allá está el banco”.

A la siguiente sesión, llega diez minutos tarde. Relajado, contento, cuenta: “Me bajé en el Banco y lo esperé a la salida. Él sale a las cinco, a la hora que yo vengo a la sesión. Cuando me vio se sorprendió. ¿Qué hacés acá?... Voy al psicólogo, ¿pero no era en Flores? No, es acá a la vuelta. Me acompañó

hasta la puerta". Recuerdo la frase de la madre acerca de que "su marido" sabía todo respecto del hijo; por lo visto no lo del cambio de consultorio y le propongo a Néstor conocer a su padre... Lo entrevisto por primera vez y conozco su versión sobre el divorcio y la culpa por haber tenido que separarse siendo Néstor tan pequeño.

Pocas semanas después Néstor me avisa que no vendrá a la sesión siguiente. "Voy a ir con mi papá a comer un pancho con Coca a la salida del trabajo y después voy a ir a su casa a conocer a mi hermanita". El "consultorio" funcionó como elemento intermediario entre su casa y el trabajo de su padre. Posibilitador no planeado del encuentro con éste. No mucho tiempo después, Rosa pide una entrevista ya que Néstor le ha planteado que no necesita venir más... Acuerdo y propongo un cierre del tratamiento.

Del miedo a la devoración y quedar atrapado en la órbita de lo materno a encontrar en el padre una referencia organizadora, hubo un proceso que -con justicia- tal vez no lleguen a apreciarse en estas apretadas líneas. De las marcas en su cuerpo a las del papel y las simbólicas e imaginarias hubo un trabajo que concluyó en ese "ya no necesito ir más".

Distinto fue el final de análisis de Mora. Distinto su momento de constitución subjetiva y su problemática.

### **Mora: del diagnóstico de autismo a la compañera del año**

Los papás de Mora -de dos años y nueve meses- consultan muy angustiados porque el jardín de Infantes al que concurre la niña les planteó su preocupación por las dificultades en la interacción con sus compañeros y maestras, la desconexión y retraimiento durante las actividades y los "berrinches" habituales y constantes que observan en la sala. Luego de una consulta en una institución neurológica, donde diagnostican "síndrome de espectro autista" (diagnóstico anticipado por la psicóloga del gabinete escolar), deciden acudir a un psicoanalista.

Mora habla muy poquito, no da besos ni los recibe de nadie excepto de su hermana mayor. Le cuesta quedarse y dormir sola en su cama. Se angustia si pierde de vista a su madre, quien no puede ausentarse ni para ir al baño. No le gusta tocar cosas húmedas o blandas y le perturban los ruidos fuertes. Adora la música de Mozart.

En las entrevistas se presenta muy conectada con su entorno pero con mucha dificultad para separarse de su mamá. Viene siempre con un pequeño

juguete en su mano que no suelta en ningún momento, excepto cuando la madre le dice que se lo guarda en su cartera.

Hace filas de autitos que engancha unos a otros por unos orificios dispuestos a tal fin. Ambos padres, presentes en la sesión (y durante unas cuantas más), comentan acerca de los berrinches de Mora ante las negativas: se tira al piso, llora, grita. Intervengo lúdicamente poniendo una tablita a modo de barrera dejando pasar un auto y al siguiente o deteniéndolo. Digo: ahora no... ahora sí... ahora este no pasa, este ahora sí... Luego Mora reproduce el juego sola.

Durante varias sesiones la niña realiza juegos de presencia-absencia: inflamos globos que son arrojados al aire, se esconde detrás de las cortinas; juegos que son estimulados también por sus papás.

Antes de terminar el año, la escuela plantea que la niña, de no mediar un cambio significativo en su conducta, no podrá asistir a esa institución. Proponen "evaluarla" en marzo para verificar si está en condiciones de hacer salita de cuatro en esa escuela. Observo que al año siguiente Mora ingresaría recién a salita de tres y me responden que esa escuela es muy exigente y que en salita de cuatro ya tienen doble turno, doble idioma y que no creen que la niña está en condiciones para ese nivel.

Propongo a los padres evaluar la posibilidad de un cambio de escuela. La búsqueda es compleja y la resistencia materna, notable.

Luego del receso del verano, Mora expresa cambios importantísimos. Intenta conversar conmigo y aunque muchas de las palabras no se las entiendo, es clarísima su intención comunicativa. Está contenta y puede quedarse a solas en el consultorio, saludando a sus padres al partir: "Chau, hasta luego".

Corta trocitos de plastilina y ante la sorpresa de que un pelo largo queda uniendo dos trocitos cortados, exclama: "¡huy qué asco!". Se ríe ante lo sucedido y repite la escena. Los diques pre-represivos se hacen oír.

Desde el nuevo Jardín informan que se desenvuelve con mucha soltura, juega con sus compañeritos y los saluda por sus nombres y ¡con besos!

El desarrollo del lenguaje es cada vez más notable a la par de los juegos simbólicos y de personificación. Así, propone ir a buscar al papá para que nos traiga "empanadas y una coquita". Lo buscamos por todo el consultorio. Dice: "Tengo hambre. En esta casa no hay nada para comer. Vamos a buscar

a papi para que nos rescate. Estamos encerrados ¡En la casa de Gabriel no hay nadie!”. Bajamos sigilosamente al palier del edificio y propone abrir la puerta con un pase mágico a la voz de ¡Chimpúm! Al ver que la puerta no se abre pide ir a buscar al consultorio una varita mágica. Repetimos el ritual, varita en mano pero no funciona. “Le faltan pilas”, dice y se las agregamos con trocitos de plastilina. La varita no abre la puerta, la sacude y golpea suavemente contra el piso para activarla. Dice: “Volvamos al consultorio a llamar a papá”. Juego a llamarlo desde un celular de juguete y me aclara que lo llamemos de verdad. Mantiene una conversación con aquél, explicándole lo fallido del juego y que venga a rescatarnos porque estamos encerrados y ella tiene mucha hambre. Escucho que su papá le dice: “Te amo, te quiero mucho, ya voy para allá”. Al venir su papá a buscarla me dice emocionado: “¿Vio? ¡Es otra nena!”.

Este caso, a diferencia del de Néstor que fue quien pidió no venir más, me hizo preguntar hasta cuándo continuar el tratamiento de la pequeña ya que observaba una niña normal para su edad. Lo planteo a sus padres...

El nuevo Jardín la propone como mejor compañera al ser quien ayuda a sus amigos a terminar los trabajitos.

Las invitaciones a cumpleaños y encuentros post Jardín hacen que los padres distancien la frecuencia de las sesiones, siempre con previo aviso.

Estimo que en este final, la rápida evolución de la niña y mis criterios sobre la necesidad de continuar un tratamiento o no, son los elementos a interrogar.

Nos preguntábamos al comienzo de este escrito, si existen indicadores que nos hagan pensar en el momento de terminar. Cuando los niños prefieren ir a jugar con compañeros o ir a una actividad social entre niños, las considero un elemento a ser tomado en cuenta...

Para concluir, una cita de Winnicott: *“Ningún analista puede tratar un número de casos lo suficientemente extensos como para permitirle analizar todas las contingencias posibles. Así, pues, es necesario que los analistas juntemos nuestras experiencias, sin miedo a hacer sugerencias que, examinadas por un grupo, resulten ser estúpidas. Cada analista va acumulando experiencia de índole sumamente especializada, sin duda valiosa, pero que necesita ser puesta en relación con la de sus colegas que hagan el mismo trabajo, pero con otros niños”*. (Winnicott, 1958, pág. 147).

Primera versión: 20/08/2016

Aprobado: 24/10/2016

## Bibliografía

Aberastury, Arminda (Comp.): (1972) *El Psicoanálisis del niño y sus aplicaciones*. Buenos Aires: Paidós, 2015.

Aulagnier, Piera: (1984) *El aprendiz de historiador y el maestro-brujo*. Buenos Aires: Amorrortu, 1987.

Dolto, Françoise: (1981) *La dificultad para vivir*. Tomo 2. Cap. "Dificultad de un tratamiento". Barcelona: Gedisa, 1997.

: (1985) *Seminario de psicoanálisis de niños 2*. Cap.10 "Los signos de finalización de un análisis de niño". México: Siglo XXI, 1987.

: (1998) *Textos inéditos. Conferencias, actividades clínicas y cartas en Argentina, 1986*. Buenos Aires: Alianza, 1998.

Dolto, Françoise; Nasio, Juan David: (1987) *El niño del espejo. El trabajo psicoterapéutico*. Barcelona: Gedisa, 1987.

Freud, A.: (1965) *Normalidad y patología en la niñez*. Buenos Aires: Paidós, 1975.

Freud, Sigmund: (1937) "Análisis terminable e interminable". En *Obras Completas*, Vol. XXIII. Buenos Aires: Amorrortu, segunda reimpresión, 1991.

Klein, Melanie: (1950) "Sobre los criterios para la terminación de un psicoanálisis". En *Obras Completas*, T. 3. Buenos Aires: Paidós, 1987.

Mannoni, Maud: (1965) *La primera entrevista con el psicoanalista*. Prefacio por Françoise Dolto. Barcelona: Gedisa, 1979.

: (1967) *El niño, su enfermedad y los otros*. Buenos Aires: Nueva Visión, 1982.

Ortigue, Marie-Cécile y Edmond: (1986) *Cómo se decide una psicoterapia de niños*. Buenos Aires: Celtia, 1987.

Porge, Erik: (1986) "La transferencia a la cantonade". En *Litoral* N° 10, "La Transferencia". Córdoba: La Torre Abolida, 1990.

Winnicott, Donald: (1965) *El proceso de maduración en el niño*. Segunda Parte: Cap. 2 "Análisis en el período de latencia" (1958) y Cap. 3 "Clasificación: ¿Existe una aportación psicoanalítica a la clasificación psiquiátrica?" (1959-1964). Barcelona: Laia, 2º ed. 1979.

: (1989) *Exploraciones psicoanalíticas II*. Cap. 41: "El valor de la consulta terapéutica" (1965). Buenos Aires: Paidós, 2015.

## Resumen

Ante un tema tan amplio y en el que confluyen muchos otros, se propone pensar el fin de análisis como un prisma imaginario donde cada cara de éste represente cada uno de esos temas. Se abordan de este modo: los diferentes criterios teóricos sobre el fin de tratamiento según distintos autores; la articulación entre comienzo de un análisis y su final; la relación entre fin y finalidad del análisis; el final y las transferencias en juego, así como la articulación entre final de tratamiento, constitución subjetiva y psicopatología infantil.

Se concluye con la presentación de viñetas clínicas de dos análisis que terminaron de maneras diferentes.

Se plantea que debido al proceso de constitución subjetivo que los niños se encuentran atravesando y las características particulares de su psicosexualidad en el momento de la consulta, cada final de tratamiento podría ser pensado como "tramos" donde se acompañe al niño en la tarea específica que su problemática requiera.

**Palabras clave:** fin de análisis con niños; teorías sobre el fin de análisis; relación entre comienzo de un análisis y final; relación entre finalidad de un análisis y final; transferencias múltiples; final y psicopatología infantil.

## Summary

In a topic that is so broad and that it converges with many others, it is suggested to think as the end of analysis as an imaginary prism in which every face of it represents each one of these topics. It is addressed in the following ways: the different theoretical criteria about the end of treatment according to different authors; the coordination between the beginning of analysis and its end; the relationship between the end and purpose of analysis; the end and the transferences that are at stake; as well as the coordination between the end of treatment, the subjective constitution and infant psychopathology.

It ends with the presentation of clinical vignettes of two analyses that ended in different ways.

It is considered that due to the process of subjective constitution that the child is going through and the particular characteristics of his psychosexuality in the moment of the consultation, each end of treatment might be considered as “sections” in which the child is taken care of in the specific task that his problematic requires.

**Key words:** end of analysis in children; theories about the end of analysis; relationship between the beginning and end of analysis; relationship between the purpose and the end of analysis; multiple transferences; end and infant psychopathology.

### **Résumé**

Face à la largeur de ce sujet, dans lequel convergent en plus tant d'autres, on propose de penser la fin de l'analyse comme un prisme imaginaire dont chaque face représenterait un de ces thèmes. Ainsi on aborde: les différents critères théoriques sur la fin du traitement selon divers auteurs; l'articulation entre le début et la fin d'une analyse; le rapport entre la fin et la finalité de l'analyse; la fin et les transferts en jeu, de même que l'articulation entre la fin du traitement, la constitution subjective et la psychopathologie infantile.

On conclut avec la présentation de vignettes cliniques de deux analyses qui ont fini de manière différente.

Dû au processus de constitution subjectif que les enfants sont en train de traverser et aux caractéristiques particulières de leur psychosexualité lors de la consultation, on établit que chaque fin de traitement pourrait être conçue comme des “tronçons” le long des quels l'enfant serait accompagné dans la tâche spécifique que sa problématique réclame.

**Mots clés:** fin de l'analyse avec des enfants; théories sur la fin de l'analyse; rapport entre le début et la fin d'une analyse; rapport entre la finalité et la fin d'une analyse; transferts multiples; fin et psychopathologie infantile.

**Gabriel Donzino**  
gabdonzi@fibertel.com.ar