

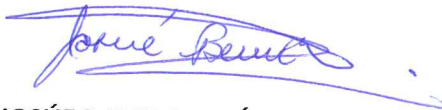
DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Yo: **JOSÚE DAVID BERRÚ NEGRETE**, con **CC. 172434284-3**, autor del trabajo de graduación intitulado: **"PROPUESTA TEÓRICA DE DISPOSITIVO DE ENCUENTRO ENTRE EL PSICOANÁLISIS Y LA PEDIATRÍA EN RELACIÓN AL TRABAJO CLÍNICO CON NIÑOS"**. Estudio realizado desde el psicoanálisis con **Psicólogos Clínicos y Pediatras de la ciudad de Quito en el período de noviembre 2018 a enero de 2019**, previa a la obtención del título profesional de **PSICÓLOGO CLÍNICO**, en la Facultad de **Psicología**.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, marzo 2019



JOSÚE DAVID BERRÚ NEGRETE
CC. 172434284-3



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE PSICÓLOGO
CLÍNICO**

**“PROPUESTA TEÓRICA DE DISPOSITIVO DE ENCUENTRO ENTRE EL
PSICOANÁLISIS Y LA PEDIATRÍA EN RELACIÓN AL TRABAJO CLÍNICO
CON NIÑOS”**

**Estudio realizado desde el psicoanálisis con psicólogos clínicos y pediatras de la
ciudad de Quito en el período de noviembre 2018 a enero de 2019**

JOSUÉ DAVID BERRÚ NEGRETE

DIRECTORA: DRA. VERÓNICA EGAS

QUITO, 2019

DEDICATORIA

A mis padres, Ximena y Fernando por su apoyo incondicional.

A mis abuelas, Cecilia y Mariana por su amor, ejemplo, y ternura.

A mis amigos y a mis queridas primas, por su amor sin condiciones y por inspirar mi camino de maneras tan diversas.

A cada persona a quién le hablo sobre este trabajo, por su escucha y aliento sin los cuales no estaría aquí.

A Dios por su amor y gracia liberadoras.

AGRADECIMIENTOS

A la guía constante y paciente de la Dra. Verónica Egas cuyo aporte incalculable ha sabido guiar este trabajo de investigación de la manera correcta. Al personal académico y administrativo de la Facultad de Psicología de la PUCE, por su valiosa colaboración en todos los avatares que una disertación implica.

A los profesionales que, con generosidad y espíritu de diálogo, han estado disponibles para encontrarse con el otro, escuchar y aportar desde su conocimiento y experiencia.

A mis amigos, colegas y compañeros por su aliento constante, flexibilidad y apertura para lograr la consecución de esta meta tan importante.

RESUMEN

Esta disertación cualitativa apunta a indagar sobre las particularidades y problemáticas del trabajo conjunto entre el psicoanálisis y la pediatría en el marco de la atención a la infancia, en el contexto de la ciudad de Quito. Se realizó investigación bibliográfica sobre la relación existente entre psicoanálisis de niños y pediatría a través de varios autores. Además, se hicieron entrevistas semiestructuradas a seis expertos cuya práctica psicoanalítica y médica se ha llevado a cabo en la ciudad de Quito, para obtener información relevante sobre la situación del trabajo interdisciplinario entre estas dos disciplinas en el contexto estudiado. Los resultados indicaron que es necesario el crear espacios de diálogo, encuentro y colaboración entre el psicoanálisis y la pediatría dadas las particularidades de esta relación de trabajo en la experiencia de los profesionales participantes. Finalmente, se diseñó una propuesta teórica de dispositivo psicoanalítico de encuentro entre ambas disciplinas en donde se propone generar un espacio de discusión como posible forma de trabajo interdisciplinario.

Palabras claves: psicoanálisis de niños, pediatría, práctica psicoanalítica interdisciplinaria, dispositivos psicoanalíticos.

ABSTRACT

This qualitative dissertation aims to inquire into the particularities and difficulties of joint work between child psychoanalysis and pediatrics, in the context of infant care, in the City of Quito. Research took place regarding the existing relationship between child psychoanalysis and pediatrics with a variety of authors. In addition, semi-structured interviews with six experts were completed, in order to obtain relevant information regarding the current situation in interdisciplinary work between these two disciplines. The results indicated that it is necessary to create spaces of dialogue, encounter and collaboration between psychoanalysis and pediatrics. Finally, a theoretical proposal of a psychoanalytic encounter dispositive was designed between both disciplines, where a space for discussion is proposed as a possible way for interdisciplinary work.

Key Words: child psychoanalysis, pediatrics, interdisciplinary psychoanalytical practice, psychoanalytical dispositive.

TABLA DE CONTENIDOS

DEDICATORIA.....	II
AGRADECIMIENTOS.....	III
RESUMEN.....	IV
ABSTRACT.....	IV
INTRODUCCIÓN.....	1
1. PRIMER CAPÍTULO: EL PSICOANÁLISIS DE NIÑOS Y LA PEDIATRÍA.....	4
1.1 Freud y sus aportes al psicoanálisis de niños.....	4
1.1.1 El caso del pequeño Hans.....	6
1.2 Desarrollos posteriores del psicoanálisis de niños.....	7
1.3 Aportes de Anna Freud.....	8
1.4 Aportes de Melanie Klein.....	9
1.5 Aportes de Donald Winnicott.....	11
1.5.1 La madre en la teoría de Winnicott.....	11
1.5.2 El Falso Self.....	13
1.5.3 El rol de la madre en el desarrollo de la psicopatología infantil.....	14
1.6 Aportes de Françoise Dolto.....	15
1.7 Alfredo Jerusalinsky y la especificidad del psicoanálisis de niños.....	17
1.8 La pediatría.....	19
1.8.1 Recorrido histórico de la pediatría.....	19
1.8.2 Situación actual.....	20
1.8.3 La pediatría en el Ecuador.....	20
2. SEGUNDO CAPÍTULO: LA RELACIÓN ENTRE EL PSICOANÁLISIS DE NIÑOS Y LA PEDIATRÍA.....	23
2.1 La relación entre psicoanálisis y pediatría.....	23
2.1.1 El lugar del psicoanalista en el hospital.....	24
2.2 Aportes teóricos y clínicos de Françoise Dolto.....	25
2.2.1 El niño como sujeto en el psicoanálisis.....	27
2.2.2 El lenguaje en la infancia y en la clínica con niños.....	28
2.2.3 El método de Dolto.....	29
2.3 Donald Winnicott, entre la pediatría y el psicoanálisis.....	30
2.4 La prevención del autismo como iniciativa de trabajo interdisciplinario.....	32
2.5 Los aportes de Alfredo Jerusalinsky.....	33

2.5.1	Alfredo Jerusalinsky y la multidisciplinariedad.....	37
2.5.2	La propuesta del terapeuta único en la clínica multidisciplinaria y transdisciplinaria.	39
2.6	El trabajo interdisciplinario entre psicoanálisis de niños y pediatría en el contexto ecuatoriano.....	40
3.	TERCER CAPÍTULO: EL CONCEPTO DE DISPOSITIVO.....	43
3.1	El concepto de dispositivo.....	43
3.1.1	Definición y etimología de la palabra dispositivo.....	43
3.2	El psicoanálisis y el trabajo grupal.....	46
3.3	Los dispositivos psicoanalíticos.....	47
3.3.1	Ejemplos de dispositivos psicoanalíticos.....	48
4.	CUARTO CAPÍTULO: METODOLOGÍA Y RESULTADOS.....	51
4.1	Metodología y análisis de los resultados.....	51
4.2	Tipo de investigación.....	51
4.3	Instrumentos.....	51
4.4	Población/Muestra.....	52
4.5	Procedimiento.....	54
4.6	Análisis y discusión de los resultados.....	54
4.6.1	Categorías de análisis.....	54
4.6.2	Análisis de entrevistas a psicólogos clínicos.....	55
4.6.3	Análisis de entrevistas a médicos pediatras.....	63
A.	Definición y campo de la pediatría.....	63
4.7	Propuesta teórica de dispositivo.....	68
4.7.1	Encuadre.....	68
4.7.2	Justificación.....	70
4.7.3	Necesidad.....	72
4.7.4	Temáticas a abordarse.....	73
4.7.5	Objetivos.....	74
4.7.6	Dinámica del dispositivo:.....	75
4.7.7	Beneficios esperados.....	75
	CONCLUSIONES.....	77
	RECOMENDACIONES.....	81
	BIBLIOGRAFÍA.....	82
	ANEXOS.....	1

INTRODUCCIÓN

El psicoanálisis y la pediatría han mantenido una larga y compleja relación a lo largo de su historia. Sigmund Freud, el padre del psicoanálisis, se formó como médico neurólogo y posteriormente teorizó sobre la sexualidad infantil y sus implicaciones en la neurosis. Otros psicoanalistas como la francesa Françoise Dolto y el inglés Donald Winnicott, fueron médicos pediatras antes de formarse como psicoanalistas y apostaron por la articulación de conceptos del psicoanálisis con otros campos del saber, en el contexto de su práctica clínica. Ellos hicieron posible la apertura del psicoanálisis de niños a espacios de diálogo con diversos profesionales como pediatras, médicos, enfermeras y educadores (Egas et al, 2013).

Por su parte Dolto a través de su obra *Psicoanálisis y Pediatría*, realiza una propuesta para comprender los síntomas de la infancia en relación a la historia del sujeto, por medio de un método que pone al alcance de los niños, un espacio de palabra y de reconocimiento, en tanto sujetos de su deseo y malestar (Dolto, 1971). Por otro lado, Donald Winnicott expresa en su libro *Escritos de pediatría y psicoanálisis*, que la pediatría es una de las vías legítimas para llegar al psicoanálisis (Winnicott, 1958/1999).

Autores como Alfredo Jerusanlinsky han consagrado su quehacer profesional a generar espacios de diálogo, encuentro y reflexión integrando al discurso médico, educativo y psicoanalítico en la práctica clínica. En un contexto hegemónico de la transmisión del psicoanálisis, Jerusanlinsky de la mano de otros jóvenes profesionistas, optaron por trabajar en torno a problemáticas como las psicosis infantiles, el autismo y los problemas neurológicos abriendo espacios para el estudio de la obra de Freud y Lacan en grupos formados por médicos y estudiantes provenientes de diversas áreas de formación universitaria. Junto a pediatras, psicoanalistas, estudiantes de psicología y sociólogos epidemiólogos, trabajó para la creación de manuales de intervención temprana desde el psicoanálisis, con el fin de indagar posibles signos de problemas de desarrollo en la estructuración psíquica de bebés (Kahn, 2014).

Sin embargo, en el contexto ecuatoriano las prácticas e iniciativas para el diálogo entre el psicoanálisis y la medicina y específicamente entre el psicoanálisis de niños y la pediatría se encuentra lejos de la realidad de los ejemplos previamente mencionados. En los servicios de pediatría del país el trabajo interdisciplinario se basa usualmente en la interconsulta y remisión, con el fin de dar apoyo a la salud emocional del paciente además

de brindar soporte a la familia, en el caso de enfermedades graves (Entrevistado E1, 2018). En el contexto institucional del país, donde confluyen saberes que se originan en distintos trasfondos epistemológicos, existen dificultades para realizar intervenciones en conjunto en el área de la salud (Vaca, 2016).

En ese sentido, cabe destacar lo mencionado en el Plan Nacional de Salud Mental del Ecuador en donde se establece que la atención en esta área debe realizarse desde una perspectiva comunitaria, incorporando aspectos sociales y del contexto del individuo en cuestión, en el análisis de su conducta y desarrollo patológico, haciendo imperativa la necesidad de diálogo entre las distintas disciplinas implicadas en el cuidado de la salud (MSP, 2014). Por su parte, el Plan Nacional del Buen Vivir entre uno de sus objetivos tiene el mejorar la calidad de vida de la población a través de la garantía al acceso a derechos como la salud, vista desde un enfoque que rescate las capacidades y potencialidades personales para el desarrollo integral de los ciudadanos (SENPLADES, 2013). Finalmente, es de interés personal del investigador el aportar al desarrollo de espacios para promover el trabajo interdisciplinario y de producir diálogo entre el psicoanálisis discursos como son el de la medicina y de la educación. Es por esto, que la presente investigación es relevante al poder aportar al entendimiento de la compleja relación entre profesionales de la salud en la práctica clínica, con el fin de generar conocimientos que aporten a intercambiar saberes entre profesionales del área de la salud.

OBJETIVO GENERAL

Analizar las particularidades y problemáticas del trabajo conjunto entre el psicoanálisis y la pediatría en el marco de la práctica clínica con niños en la ciudad de Quito, a través de una propuesta de dispositivo de encuentro entre el psicoanálisis de niños y la pediatría.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir teóricamente conceptos fundamentales del psicoanálisis de niños y la pediatría.
2. Hacer un recorrido histórico del trabajo interdisciplinario entre el psicoanálisis infantil y la pediatría con ejemplos en Europa, Latinoamérica y el Ecuador.
3. Conceptualizar lo que es un dispositivo para el psicoanálisis

4. Diseñar la propuesta teórica de dispositivo de encuentro entre el psicoanálisis de niños y la pediatría en base a lo recabado en la investigación bibliográfica y en las entrevistas a expertos, como posible alternativa de diálogo y trabajo interdisciplinario.

En base a los objetivos planteados, en el primer capítulo se plasmaron algunas de las elaboraciones teóricas de autores que han trabajado sobre el psicoanálisis de niños, comenzando por los aportes de Sigmund Freud en torno a la infancia y destacando las contribuciones de Anna Freud, Melanie Klein, Donald Winnicott, Françoise Dolto y Alfredo Jerusalinsky a la comprensión del campo y especificidad del psicoanálisis de niños. Además, se conceptualiza la pediatría, se realiza un breve recorrido histórico de esta rama de la medicina y se expone a breves rasgos su situación en el país.

En el segundo capítulo, se describe las experiencias de trabajo conjunto entre el psicoanálisis de niños y la pediatría de autores como Françoise Dolto, Donald Winnicott, Alfredo Jerusalinsky y de Marie Christine Laznik, basados en su práctica clínica en medios hospitalarios. En el tercer capítulo, se realizó la definición del término *dispositivo* de la mano de autores como Giorgio Agamben, Gilles Deleuze y Michel Foucault, en el campo de la filosofía. Se hace una revisión del psicoanálisis y el trabajo grupal para finalmente conceptualizar al dispositivo psicoanalítico en base a la experiencia del dispositivo *Casa Verde de* Françoise Dolto y del dispositivo Estrategia de Trabajo Familiar (ETF) que como parte de la investigación doctoral de la Dra. Verónica Egas, fue una propuesta de trabajo grupal pensada desde el psicoanálisis dirigida a dar un espacio a la palabra y escucha de niñas y niños trabajadores y sus familias en el Ecuador, e inspiró la propuesta de dispositivo teórico de esta investigación (Egas & Salao, 2011).

En el cuarto capítulo se discutió la metodología empleada, se sintetizó la información obtenida de las entrevistas a expertos a través de categorías y se discutieron los resultados al vincularlos con reflexiones teóricas alrededor de los temas planteados. Finalmente se realizó la propuesta de dispositivo teórico en base a las particularidades y problemáticas recabadas en las entrevistas e investigación bibliográfica para posteriormente plantear conclusiones y recomendaciones, como producto del trabajo investigativo.

1. PRIMER CAPÍTULO: EL PSICOANÁLISIS DE NIÑOS Y LA PEDIATRÍA

En el presente capítulo se hace un recorrido teórico del psicoanálisis de niños partiendo desde el aporte que realizó Sigmund Freud a este campo al dar relevancia a la infancia en la comprensión de la psique y en la formación de los síntomas. Posteriormente el lector encontrará una síntesis de los principales conceptos de autores como Anna Freud y Melanie Klein y sus visiones teóricas al respecto de la neurosis infantil. Luego, se hace una breve reseña de los postulados de Donald Winnicott sobre el desarrollo y la patología infantil, el aporte de Françoise Dolto al situar a los niños como sujetos de su deseo y malestar y sus aportes a la teoría y técnica de la práctica clínica. Se añade también la discusión de la especificidad y pertinencia del sintagma *psicoanálisis de niños* a través del trabajo de Alfredo Jerusalinsky. Finalmente, se hace una revisión sucinta de la pediatría, su desarrollo histórico y situación actual haciendo hincapié en su trayectoria en el Ecuador y sus prácticas habituales en materia de promoción y prevención de la salud.

Según el diccionario del psicoanálisis de Chemama y Vandermerch (2010), el psicoanálisis con niños en sus inicios se constituyó como un sector de menor importancia en la práctica analítica, usualmente delegado a mujeres sin formación previa en medicina y a aprendices. En la obra mencionada, se hace énfasis en sus extensiones a ramas diversas como la psiquiatría, la educación y la prevención sobre todo por la relación de varios de sus precursores con estos campos y por ser fundadores de instituciones para el trabajo de niños como la clínica de Hampestead de Anna Freud y la clínica Tavistock de Melanie Klein.

1.1 Freud y sus aportes al psicoanálisis de niños

Al iniciar su elaboración en torno a la etiología de las neurosis, Sigmund Freud y Josef Breuer, hablan sobre el desconocimiento que existe para el paciente aquejado por la histeria, sobre el nexo causal que produce sus síntomas, así como de la insuficiencia del examen físico para llegar a la razón de estos. Ambos médicos se vieron enfrentados a un sinnúmero de manifestaciones sintomatológicas que iban desde las alucinaciones, hasta parálisis y anorexia. Es así que a manera de esbozo de lo que llegaría a ser una de las teorías de la neurosis de Freud, dieron importancia a factores psíquicos los cuales tomaban especial relevancia en neurosis traumáticas en donde la etiología se debía al trauma psíquico

experimentado por el paciente. En varios de los casos de Breuer descritos por Freud, se conoce con claridad el acontecimiento del pasado que produce en el presente una variedad de síntomas histéricos como insomnio, contracturas y vómitos. No obstante Freud puntualiza que no es posible en todos los casos deducir con claridad la “determinación del síntoma por el trauma psíquico” debido al carácter simbólico que la referencia a un evento particular puede tener y la necesidad de expresar contenidos psíquicos a través de canales corporales, valiéndose del lenguaje. (Freud, 1893/1991, pág. 35). En el paciente con síntomas histéricos, algunas experiencias de su historia vital han sido revestidas de una alta carga afectiva que, al no haber sido abreaccionadas, no fueron elaboradas completamente abriéndose paso por medio de los síntomas expuestos. El trauma psíquico ejerce una acción “eficaz y presente” sobre los síntomas histéricos”, los sustenta y al hacerse consciente, deja de ejercer efecto sobre el paciente. Los afectos sexuales cobran importancia en la génesis de los síntomas histéricos y en la etiología de las llamadas “histeria adquiridas”, término que hace referencia innegable a la historia del sujeto y a la vivencia de su sexualidad (Freud, 1893/1991).

En *Tres ensayos de teoría sexual*, Freud (1909/1992), subraya con claridad la relevancia de voltear la mirada a la sexualidad infantil en la génesis de los síntomas neuróticos desplegados en la vida adulta. El origen de la neurosis estaría en fuerzas pulsionales de carácter sexual, por ende los síntomas se constituyen como la exteriorización de la vida sexual de los pacientes. Para Freud, estos son la práctica sexual de las personas aquejadas por la neurosis, un sustituto de las aspiraciones sexuales alimentadas por la pulsión. Los mismos aspiran a vías de descarga y de manera específica en el caso de la histeria, a la conversión en fenómenos somáticos. Es a través del psicoanálisis que se posibilita el develamiento de la represión inconsciente sobre los afectos precursores de los síntomas, así como el evidenciar algunas de las características del carácter histérico como una excesiva represión sexual, resistencias expresadas a través de la vergüenza, el asco y a la vez la presencia de una pulsión sexual elevada en potencia y un alto grado de desautorización sexual.

A lo largo de su obra, resulta evidente como Freud al explicar la etiología de la neurosis, regresa su mirada a la neurosis infantil, como precursora de los síntomas que le eran relatados por sus pacientes durante las sesiones de análisis.

1.1.1 El caso del pequeño Hans

En la introducción del *Análisis de un caso de fobia de un niño de cinco años Freud* (1909) abre su exposición describiendo las dificultades técnicas a las cuales el caso en cuestión se hubiera visto enfrentado al emplear el método ya conocido para el psicoanálisis con adultos: *la asociación libre*. Al tratarse de un adulto, explica Freud, el médico que interviene mediante el psicoanálisis en su paciente, se planteará descubrir franja por franja las formaciones psíquicas y particularidades de su sexualidad infantil. No obstante, al interrogarse sobre la aplicación del psicoanálisis con niños, Freud se cuestiona sobre la posibilidad de hacer lo mismo, basándose en observaciones meticulosas de su vida sexual las cuales usualmente, son pasadas por alto. El caso de la fobia del pequeño Hans se construyó gracias a la observaciones y notas de su padre en base a las cuales, Freud es capaz de llegar a conclusiones valiosas en torno a la sexualidad infantil y al psicoanálisis con niños, sin llegar a esbozar de manera detallada y clara las particularidades técnicas del psicoanálisis infantil. Las conclusiones de Freud en torno a este caso le permiten confirmar sus tesis sobre la sexualidad infantil, la angustia de castración y el complejo de Edipo (Freud, 1909/1992).

Al hablar de Psicoanálisis de niños, resulta pertinente hacer mención del caso del pequeño Hans por ser este el punto de inicio de un nuevo campo para el psicoanálisis. Retomando lo expuesto por Freud, utilizar el mismo método que era común para los adultos, es decir el de la asociación libre, era inviable. Aquello fue más evidente en la realidad cuando otros psicoanalistas comenzaron a tener sesiones con niños y se enfrentaron las dificultades técnicas de las cuales Freud no se había percatado, por ser el caso del pequeño Hans, producto de los relatos y notas de su padre. La más relevante de las dificultades era la imposibilidad de utilizar la regla fundamental del análisis de adultos con los niños, dificultad de la cual surgen adaptaciones futuras del método que darán nacimiento al psicoanálisis de niños (Aberastury, 1973).

Sin embargo, el propósito de Freud para llevar a cabo el análisis de Hans fue simplemente el corroborar la veracidad su teoría en adultos y no el inaugurar una nueva especialidad en el psicoanálisis. No obstante, el caso sirvió como punto de partida para posteriores avances de este nuevo campo. Freud mantenía una actitud escéptica a los aportes del caso y no se percató de la relación transferencial que había desarrollado con el pequeño Hans, a pesar de no haberlo tratado personalmente (Freud, citado en Anthony, 1986).

1.2 Desarrollos posteriores del psicoanálisis de niños

En primer lugar, Hug Helmuth (1871-1924), psicoanalista austríaca quien se constituyó como una figura relevante del psicoanálisis de niños escribiendo numerosos artículos sobre el tema y siendo pionera en llevar a cabo análisis sistematizados de niños. A pesar de esto, expresó varios reparos a la práctica del psicoanálisis en la infancia. Su criterio era que niños de edades muy tempranas no eran aptos para el análisis, este no debía buscar explorar con demasiada profundidad, el acompañamiento educativo simultáneo era necesario, y las expectativas de éxito del análisis, no debían ser altas. También sugería que el juego espontáneo reemplazaba la regla de la asociación libre, abriendo el camino para los posteriores desarrollos de las técnicas de juego de Melanie Klein (Anthony, 1986).

En segundo lugar, Margarethe Hilferding y Sabina Spielrein quien fue la tercera mujer aceptada en la Asociación Psicoanalítica de Viena. Fue quien se plantearía por primera vez la técnica psicoanalítica con niños con el fin de superar las dificultades con las que Freud se encontró. Observaba el juego de sus pacientes como técnica de análisis e hizo adaptaciones del encuadre clásico para adultos al no utilizar el diván ni la asociación libre (Vallejo, 2004).

En tercer lugar, en Francia, Sofía Morgensten y en Austria, Anna Freud, fueron quienes hicieron algunas de las primeras publicaciones en torno al psicoanálisis de niños. Morgensten en su obra *Psychanalyse infantile* habla del método aplicado en sus casos, donde estudia las producciones infantiles como cuentos, sueños, fantasías juegos y dibujos, analizándolas desde el método freudiano de interpretación de los sueños (Aberastury, 1973).

En este punto de la historia, los analistas consideraban que las limitaciones e inmadurez de los niños, impedían que el análisis se lleve a cabo de manera satisfactoria por su imposibilidad de hacer asociación libre, por no poder transformar sus actúares en palabras y por la creencia de que no se generaban lazos transferenciales con el analista. Los autores mencionados fueron perdiendo relevancia para dar paso a dos grandes autores de este campo importante: Anna Freud y Melanie Klein. Por un lado, la hija de Freud remarcando la importancia del desarrollo psíquico del niño y por otro Klein, ahondando en la profundidad del análisis y teorizando sobre la pulsión de muerte. Klein realizó críticas contundentes a Anna Freud por su enfoque educativo, el hecho de preparar al niño para la sesión de análisis produciendo en él sentimientos favorables, su rechazo a lidiar con transferencia negativa, por exacerbar el rol de los padres en el análisis de sus hijos y por negar la existencia de la neurosis de transferencia (Anthony 1986).

1.3 Aportes de Anna Freud

La obra de Anna Freud *Introducción al psicoanálisis de niños* es un primer intento por compilar lo referente a la teoría y técnica del psicoanálisis de niños, allí se describen diez de sus casos y a través de los mismos la hija Freud alcanza a esbozar las particularidades y dificultades de su propuesta. Es ahí donde se evidencian algunas de las diferencias que se van estableciendo entre la práctica infantil frente a la de adultos. (Aberastury, 1973). Entre las particularidades del psicoanálisis con niños, tenemos que para A. Freud el menor no tiene conciencia de su enfermedad ni de la necesidad de emprender el análisis y es llevado por sus padres, por lo que la voluntad de realizar el tratamiento está por fuera de él. Además, el proceso no está basado en asociaciones libres, por lo cual la búsqueda de métodos alternativos al planteado por Freud fue necesaria (Aberastury, 1973).

Anna Freud realiza elaboraciones teóricas alrededor de las características de la neurosis en la infancia. La neurosis de transferencia en el campo del psicoanálisis puede ser definida como la actualización de deseos inconscientes anteriores en el seno de una relación, de manera más específica, en la relación entre el paciente y su analista. La actualización es una repetición de deseos inconscientes de la infancia los cuales son vividos en la actualidad dentro de la situación analítica y a través de la misma se pretende lograr la cura, interpretación y final resolución de la transferencia dentro del proceso analítico (Laplace & Pontalis, 2004). La neurosis del adulto está caracterizada por el abandono de los objetos primitivos a los cuales sus fantasías se encontraban aferradas las cuales posteriormente, son redirigidas a la persona del analista, a través de la transferencia. En el espacio del análisis, Freud llamó como neurosis de transferencia a la reproducción de la neurosis en la situación analítica y que tomaba como objeto de la misma al analista, actualizándose los conflictos infantiles sobre el mismo.

Para Anna Freud (citada en, Aberastury, 1972), la neurosis infantil no es de transferencia ya que en ellos, no está instaurada aún la capacidad de reeditar las relaciones amorosas primarias, características de la transferencia. La diferencia radica en que los objetos amorosos primitivos, es decir la figura de sus padres, están presentes en la realidad efectiva del niño, a diferencia del adulto en donde el conflicto subyace en el retorno a estos objetos y su reactualización por medio de la transferencia con el analista.

La autora manifiesta que aquello no es posible en los niños ya que a pesar de que al analista le sean atribuidas cualidades poderosas y magnificas y que afectos amorosos y hostiles sean proyectados sobre él, el niño seguirá manifestando reacciones anormales, en

palabras de Anna Freud, en el ambiente familiar porque el mismo aún no ha quedado atrás ni es posible un retorno sobre este, como en el caso de la transferencia en los adultos. Ante la negativa de Anna Freud de reconocer la transferencia en los niños, Aberastury comenta que era esperable que sus pacientes se vieran abocados a actuar las fantasías no interpretadas en sesión (Aberastury, 1972).

1.4 Aportes de Melanie Klein

Melanie Klein (Viena 1882- Londres 1960), psicoanalista austríaca posteriormente radicada en el Reino Unido, fue portadora de una biografía compleja, plagada de dificultades emocionales, pérdidas repetidas y de experiencias dolorosas que influyeron en la construcción de su teoría. A los cuatro años, su hermana de ocho años murió, perdió a su padre cuando tenía dieciocho años y apenas dos años más tarde, su hermano Emmanuel falleció. Poco después, se casó con Arthur Klein con quien mantuvo un matrimonio infeliz y tres hijos (Hayes, 2000).

En el año de 1914 inició análisis personal con Sandor Ferenczi tras sufrir un cuadro de depresión severo. Cabe remarcar este periodo de la vida de Klein ya que sería a partir de 1919 cuando comenzó a utilizar algunos de los conceptos del psicoanálisis para encontrar explicaciones para el comportamiento y desarrollo de su hijo Erich. Además, fue en este periodo cuando decidió proseguir el camino para convertirse en psicoanalista. En el año de 1919 ante el auge de sentimientos antisemitas en Hungría, se mudó a Berlín con sus hijos donde continuó su formación en psicoanálisis bajo la tutela de Karl Abraham quien la impulsó a adentrarse en el psicoanálisis con niños, campo controversial para la época por el riesgo que para muchos psicoanalistas había de explorar profundamente el inconsciente infantil, provocando un desbordamiento de material intrapsíquico, difícil de ser contenido. Sin embargo, Melanie Klein sostuvo que, a partir de los tres años, los niños podrían verse beneficiados del psicoanálisis haciendo hincapié en el rol del analista: interpretar la ansiedad del niño, sin tratar de poner frenos al despliegue de sus contenidos inconscientes o de ejercer influencia moral sobre ellos. La mayoría de los casos clínicos descritos en sus obras corresponden al análisis de sus hijos, una práctica que posteriormente no recomendaría a ser replicada (Klein, citada en Hayes, 2000).

Para la teoría kleniana, el infante desde su nacimiento se encuentra en el medio de la tensión de dos fuerzas que son contrarias entre sí: pulsión de muerte, impulsos hacia el amor, el odio, hacia la satisfacción del placer y a la vez hacia la destrucción. Esta noción está

influenciada por los trabajos tardíos de Freud en torno a la pulsión de muerte. El niño experimenta las fuerzas ambivalentes previamente descritas y las expresa en su relación con los otros. Fue en el año de 1920 cuando Sigmund Freud esboza los principios de su teoría de la pulsión de vida y de muerte, siendo esta última ampliamente trabajada por Klein quien dio importancia a la agresividad innata presente en los seres humanos, además estas nociones permitieron la construcción de su propia teoría en relación a la formación del superyó (FrSegal, 1979).

La psicoanalista austriaca había desarrollado en el año de 1927 la técnica de juego para el psicoanálisis de niños. El juego era para Klein el equivalente a las asociaciones libres de los procesos de análisis de adultos. Su fundamento teórico sostiene que el niño es capaz de expresar sus fantasías a través de los distintos elementos necesarios para el juego ya que el lenguaje implicado es similar al que encontramos en los sueños-. Fantasías de distinta índole encuentran una vía de escape a través del juego, como la compulsión a la repetición, componente ineludible de las actividades lúdicas (Aberastury, 1973).

Melanie Klein acuña el termino *posición* para nombrar a la relación que el bebé mantiene con los objetos externos, es decir, con las figuras vinculares con quienes establece las primeras relaciones afectivas. Klein reconoce la existencia de un yo lo suficientemente establecido en el bebé recién nacido, lo cual permite la experiencia de angustia, así como el proyectar respuestas defensivas ante los estímulos externos y establecer relaciones de objeto, es así que en primer lugar Klein habla de la posición esquizo-paranoide. (Garbarino, 2012)

La agresividad que se origina en el instinto de muerte es expulsada por el yo produciendo la división en la psique e invirtiendo en primer lugar al pecho de la madre, el cual es vivido como una entidad persecutoria y mortífera, que está a su acecho. Los objetos sobre los cuales es proyectada la agresividad de la pulsión de muerte, son también paulatinamente introyectados por el bebé quién a través de la relación oral con su figura u objeto libidinal, hará suyos los atributos de la misma para la constitución del superyó. Melanie Klein está en desacuerdo con la idea freudiana de que el superyó es conformado posterior a la vivencia del Complejo de Edipo. Ella afirma la existencia de un superyó arcaico fundamentado en la etapa oral sádica de introyección de objetos externos. El pequeño humano entonces comienza a vivir ansiedad y temor como amenazas que se originan en los objetos del mundo exterior que está en proceso de introyección como de los elementos que ha hechos suyos a partir de los objetos externos (Klein, 1974).

Por otro lado, en la *posición depresiva*, el objeto libidinal, que inicialmente se hallaba escindido, adquiere propiedades unificadoras hasta convertirse en la imagen total de la madre del niño. Sentimientos de culpa son entonces introyectados, por la vivencia de fantasías edípicas y por el temor a haber destruido a su objeto libidinoso. Así, afectos de melancolía y angustia se presentan en el recién nacido, producto de la culpa por haber destruido a su objeto amado. No obstante, este proceso es de vital importancia para la estructuración psíquica del sujeto al permitirle superar defensas esquizoides prematuras y dar paso a la represión, la sublimación y la inhibición, como piedras angulares de la neurosis adulta. La concepción de la neurosis para Klein es distinta a la de Freud porque reconoce la formación temprana del superyó y, por consiguiente, del complejo de Edipo (Segal, 1981).

1.5 Aportes de Donald Winnicott

Winnicott perteneció también a la escuela inglesa de psicoanálisis y varios de sus conceptos fueron influenciados por Melanie Klein. Tanto por el camino del psicoanálisis y de la pediatría, Winnicott otorgó importancia sustancial a la infancia en su práctica profesional, ya que considera que las bases de la salud mental en la adultez se establecen durante los primeros cinco años de vida (Winnicott, 1958/1999). A continuación, se amplían algunos de sus principales conceptos.

1.5.1 La madre en la teoría de Winnicott

La figura materna para Winnicott adquiere gran relevancia en su teoría al ser esta quien tiene la capacidad de mitigar la angustia de su pequeño por medio de su rol de madre suficientemente buena, rol que no se circunscribe tan sólo al ser una proveedora eficaz en términos físicos y psicológicos, sino también en promover y permitir la castración de la relación simbiótica que la une con su hijo. Es allí donde el padre, en tanto figura referencial susceptible de ser introyectada mediante procesos de identificación, participa en la génesis de la angustia en el bebé. Como figura encargada de llevar a cabo el corte edípico en complicidad con la madre, el padre despierta fantasías agresivas en su hijo que inconscientemente versan inclusive en el parricidio. El padre es constante objeto de fantasías inconscientes sádicas en donde es aniquilado, despedazado y tendido en pedazos, de ahí que la amenaza del parricidio a nivel inconsciente sea fuente generadora de angustia en el pequeño (León, 2013).

El autor emplea el término *holding*¹ para hacer referencia al cúmulo de acciones físicas y afectivas que la madre suficientemente buena debe ejecutar para asegurar que la estructuración psíquica de su hijo sea encaminada con la menor angustia posible, en aras de su salud mental a futuro. El *holding* implica una provisión ambiental en la esfera fisiológica donde la madre está altamente implicada con una de empatía entre esta y el bebé además del sostenimiento físico con los brazos el cual cumple la función de transmitirle amor. Las acciones descritas serán cardinales en la estructuración psíquica y en la organización yoica del bebé. De hecho, Winnicott establece una correlación positiva entre salud mental y cuidado materno óptimo (Winnicott, 1960).

Para Winnicott, no se puede hablar del bebé sin hablar de su madre o del otro responsable por su cuidado. La frase esbozada en su teoría “El bebé no existe”, ejemplifica con claridad que, para su teoría, el rol de la madre en tanto protectora y provisor de los cuidados fundamentales del pequeño humano, es fundamental para que el mismo devenga un ser autónomo en el futuro y con confianza en su medio ambiente. Un bebé sólo no puede vivir y para su supervivencia es necesaria la existencia de la díada madre e hijo. A la pareja compuesta por esta díada Winnicott la denomina como “normal” y supone el hecho de que la madre se ocupe enteramente al cuidado y alimentación de su bebé luego del nacimiento. Durante este tiempo, madre e hijo son uno sólo y este es un hecho que debería darse de manera natural, a criterio del autor (Winnicott, 1997).

El proceso de fusión anteriormente descrito es la base sobre la cual se construirán los cimientos del “yo” del sujeto. Para tales efectos, el niño debe ver a su progenitora como omnipotente y totalmente adaptada al cumplimiento y satisfacción de sus necesidades. La madre es el yo auxiliar del bebé y debe ser capaz de entregar su self completo para adaptarse a las necesidades del bebé, tomando distancia conforme se hace necesaria la separación. Además, debe proveer a su hijo de un sentimiento de continuidad existencial (Winnicott, 1964).

El “yo” del infante en esta etapa no está aún diferenciado del de su madre y se encuentra en una fase de identificación primaria que asegura la existencia del bebé. Sin embargo, de manera paulatina, el medio ambiente en su relación con el menor, instaura frustraciones sucesivas que permiten de a poco la adquisición de autonomía y como consecuencia, la puesta en marcha de las posibilidades creativas del sujeto en proceso de

¹ Traducción del inglés: “Función de sostenimiento” por Josué Berrú (marzo de 2019).

diferenciación. La madre debe propender a transitar de la devoción total a las necesidades del bebé, al de la frustración gradual para fomentar un estado de dependencia solamente relativa (Winnicott, 1997).

1.5.2 El Falso Self

Retomando lo mencionado con respecto al yo del bebé, cabe señalarse que para Winnicott los seres humanos nacen con un yo prematuramente constituido el cual es extremadamente débil y solamente con un *ambiente facilitador* y una *madre suficientemente buena* será capaz de fortalecerse y de organizarse cada vez con mayor complejidad, siempre y cuando la madre se identifique temporalmente con su pequeño, con el fin de dar soporte al yo en proceso de estructuración y organización. Esta debe ser una identificación parcial ya que la madre deberá eventualmente separarse de su hijo, propiciando autonomía y facilitando las condiciones para la distinción, por parte del bebé, de lo que es distinto de él y lo que es parte de él (Winnicott, 1991).

Por otro lado, Winnicot (1965) menciona que la aptitud para permanecer a solas es uno de los signos más importantes de desarrollo emocional. Esta capacidad sería la consecuencia de la experiencia de un sinnúmero de relaciones triangulares, como la del complejo de Edipo. Sin embargo, cabe recalcar una experiencia de singular importancia en este proceso: la de encontrarse sólo en presencia de la madre. El desarrollo de esta capacidad puede ser observado desde una edad muy temprana ya que, a pesar de la inmadurez del Yo del bebé, esta es apoyada por el soporte de su madre quien irá introyectando en el bagaje del Yo de su hijo la imagen de madre sustentadora para poco a poco, darle la capacidad de permanecer a solas.

La constitución del Yo posee características específicas. La maduración del Yo está ligada al proceso de *personalización* que ocurre cuando el bebé en tanto persona, está enlazado a su cuerpo y funciones en donde la piel juega el papel de restrictor, en contraposición la despersonalización se refiere al proceso a través del cual se desenlaza el vínculo entre el Yo y el cuerpo. Con la fusión entre el Yo y el cuerpo, se da pie al inicio del establecimiento de vínculos objetales por medio de la satisfacción de necesidades básicas como la alimentación y los cuidados corporales cuyo fin ulterior es el de permitirle que se adapte a un objeto como el biberón o el seno (Winnicott, 1965).

Por otro lado, en cuanto al término *self* el diccionario de Oxford (2019) “el ser esencial de una persona que lo distingue de los otros, especialmente considerado como el

objeto de introspección o de acción reflexiva”. Además, Ginberg & Ginberg (2000) recomiendan distinguirlo del término *Yo*, el cual debe ser usado para referirse a la estructura psíquica descrita por Freud, en cambio el término *self* para hablar de la totalidad de la persona, por lo que hay acuerdo general para traducirlo en el contexto psicológico como el “sí mismo” (Álvarez, 2014).

La ansiedad vivida por el niño por la conformación a las reglas sociales impartidas por sus padres, es lo que da pie a la génesis del self² Así, el pequeño procurará actuar acorde a las normas de la cultura para evitar la vivencia de la ansiedad, la cual es desagradable y amenazadora para la integridad del *self*, sin embargo, el actuar desde este *self creado* puede distar en gran medida del *self real* del menor y no estar en conformidad con las demandas sociales. Si la brecha entre el self creado y el self real es muy grande, los medios de defensa contra la angustia disminuyen y podrían eventualmente culminar en un estado esquizoide³. Su ubicación como antes se mencionó está en el cuerpo y sostenida por la piel y puede disociarse de este en estados psicopatológicos y su construcción se basa en la conglomeración de identificaciones sucesivas del niño de acuerdo a su realidad psíquica (Winnicott, 1991).

Una vez definido el concepto de *self*, resulta conveniente conceptualizar el “*self falso*”, término acuñado por Winnicott (1965) para definir a la distorsión de la personalidad basada en el sostenimiento de una existencia ilusoria desde la temprana infancia por la disonancia entre el self creado y el self verdadero, a fin de proteger el self verdadero de manera defensiva. Retomando la importancia que la madre tiene en el desarrollo de la teoría de Winnicott y su aporte al psicoanálisis de niños, cabe resaltar la influencia materna en el desarrollo de un “*self falso*” cuando esta no es capaz de sustentar las necesidades de su hijo, desde la posición de *madre suficientemente buena*.

1.5.3 El rol de la madre en el desarrollo de la psicopatología infantil

Durante las primeras semanas posteriores al nacimiento de su hijo, la madre se encuentra en un estado de *preocupación maternal primaria*, el cual es un estado psicológico que permite que las acciones que lleva a cabo la madre para cuidar a su hijo, sean las

² Traducción del inglés: “ Sí mismo”, por Josué Berrú, (marzo de 2019).

³ Trastorno de la personalidad caracterizado por anhedonia, frialdad emocional, falta de empatía, poco interés sexual, alto nivel de fantasía, ausencia de relaciones interpersonales cercanas y dificultad para cumplir normas sociales (OMS, 1992).

correctas. Durante la preocupación maternal primaria, la madre experimenta sensibilidad exacerbada en cuanto a las necesidades de su pequeño enfocándose exclusivamente en su vástago, frente a otras obligaciones. La importancia de este estadio es tal que las carencias en el cumplimiento de las funciones maternas, podrían ser experimentadas como amenazas a la existencia y a la unidad del self del menor. Como se mencionó anteriormente, la función del *holding* es la de otorgar sostenimiento al yo del pequeño lo que paulatinamente se convertirá en la experiencia del self, una buena integración del yo depende en gran parte de la capacidad de la madre de llevar a cabo la función de *holding* idóneamente, basado en la experiencia de la omnipotencia que aunque ilusoria y temporal, faculta la sensación de mantener las cosas bajo control posteriormente en la vida adulta frente a vivencias ansiógenas (Winnicott, 1960).

1.6 Aportes de Françoise Dolto

La psicoanalista y pediatra francesa Françoise Dolto (1908-1988) a lo largo de su obra aportó en a dar un viraje a la visión que el psicoanálisis y la medicina tenían del niño al situarlo como sujeto de su deseo. En su quehacer médico, daba lugar a la escucha de los infantes, aún en edades tan tempranas como un año ya que consideraba que eran capaces de entender y dar cuenta a los otros de su deseo. Su visión del ser humano es la de un ser de lenguaje aún antes de la aparición de la capacidad de hablar ya que la función simbólica comienza a desarrollarse según Dolto, aún durante la gestación. En definitiva, coloca al niño en la posición de sujeto humano, sujeto inmerso en un lenguaje y con un deseo propio, lo cual, en última instancia, posibilita su supervivencia y deseo para vivir. Es considerada por muchos una pionera al romper los esquemas de la época en torno al rol de la mujer. Pasó de ser enfermera, médica y pediatra a ser psicoanalista y fue supervisada por figuras de renombre como Ángel Garma, Heintz Harmann y George Loewestein, el nieto de Freud. Fue cercana también al trabajo de la infancia temprana de René Spitz y al legado de Lacan de quién posteriormente se separaría para elegir un camino distinto, pero en el cual se pueden encontrar ciertas similitudes y huellas de influencia mutua (Rampulla, 2017).

Su obra se propone como una crítica a la mirada de la infancia desde el adulto centrismo, con el fin de proponer un enfoque novedoso de prevención, colocando y reconociendo al niño en tanto sujeto. En su obra “La Causa de los Niños”, realiza un recorrido histórico de como la mirada del mundo adulto sobre los niños, se ha ido modificando con el transcurso del tiempo (Dolto, 1985).

Dolto hace referencia al arte universal como punto de partida para comprender que hasta antes del siglo XVIII, no existía lugar para el cuerpo del niño en el arte, sino que las referencias a los infantes consistían en representaciones adultas de menor importancia. El niño es visto como un objeto lúdico y está lejos de ser reconocido como sujeto. Posteriormente a partir del año de 1789, el aprovechamiento de la fuerza de trabajo de los menores hace posible el poder reconocer en el sujeto niño la primacía del verbo *hacer*, por su posibilidad de trabajar y de ser receptáculo de castigos en torno a sus actividades laborales. Sin embargo, lo que prima es la ideología del adulto que permanentemente busca sustraer su esencia infantil y privándolo de la posibilidad de escribir una historia propia (Dolto, 1985).

El anular al niño como sujeto significa también el haber hecho a un lado todo lo inherente a su sexualidad. Dolto no solo regresa a ver al niño como un sujeto con deseo propio y responsabilidad sobre sí, sino que es capaz de atravesar lo que ella considera ha sido un “muro del silencio” (Dolto, 1985, pág. 23) en torno a la sexualidad infantil. Lo sexual nos atraviesa en tanto seres humanos desde nuestra llegada al mundo. A pesar de las negativas a hablar de la sexualidad, esta no cesa de expresarse por medio del lenguaje del cuerpo ya que las pulsiones se proyectan de distintas formas, dependiendo del estadio de desarrollo en el que el sujeto se encuentre. De ahí la importancia de poder hablar de lo que resulta complicado de enunciar; como la prohibición del incesto o la masturbación; de manera clara y directa, pero a través de la metáfora y la simbolización (Dolto, 1985).

Por otro lado, su concepto de la imagen inconsciente del cuerpo habla sobre las experiencias a nivel emocional que se configuran fruto del entramado relacional de la relación del niño con sus padres y medio familiar. Para Dolto, el niño visto como sujeto tiene un rol activo en estas relaciones. En su imagen inconsciente, quedan trazadas las representaciones del significado de estas relaciones en términos de placer y displacer, creado el bagaje de representaciones inconscientes que son el fundamento de la dimensión simbólica en el infante. La imagen inconsciente del cuerpo es constituida como tal por la acción de tres aspectos: estructural, genético y relacional (Dolto, 1986).

Así también, retoma el concepto freudiano de la castración para hablar de la misma en términos de humanización y subrayando su valor simbólico para la constitución de la subjetividad e inserción del niño en el orden de la cultura. Las distintas castraciones que el sujeto deberá enfrentar permitirán el acceso a relaciones de ídolos distintas a las del cuerpo a cuerpo con la madre, en donde el lenguaje ocupará el lugar privilegiado. A través de las

mismas es posible acceder a la sublimación de las pulsiones por medio de la creación y de la intelectualidad (Rampulla, 2017).

El proceso de análisis se fundamenta sobre la premisa del reconocimiento al otro como sujeto en donde la capacidad del analista para generar rapport es fundamental, con el fin de posibilitar la escucha que se entiende como la capacidad de captar, comprender y comunicarse con el inconsciente del sujeto. Dolto creó varios recursos que hicieron posible una verdadera escucha de los niños como sujetos de su inconsciente, con el propósito de abrir caminos para simbolizar, donde la castración no produjo efectos de simbolización (Blanch Camellas, s.f).

Otra de sus famosas innovaciones técnicas en el proceso de análisis con niños fue el pago simbólico, como parte del encuadre del tratamiento psicoanalítico. El niño que asistía al análisis, debía llevar algún objeto como una hoja, una piedra, un dibujo, con el que pagaba la sesión. El pago simbólico implicaba la potestad de decisión para el menor, liberándose así del sometimiento al deseo del otro, lo cual facilitaba la comprensión propia de su malestar (Blanch Camellas, s.f).

1.7 Alfredo Jerusalinsky y la especificidad del psicoanálisis de niños

El psicoanalista argentino, radicado en el Brasil sostiene que es necesario marcar la especificidad del psicoanálisis de niños al ser la relación del sujeto infantil con el significante distinta al de otros sujetos como los neuróticos adultos o los psicóticos. Pese a que el psicoanálisis es la clínica del sujeto del inconsciente, la relación de los niños con el lenguaje de cuyo resto surge el inconsciente, es específica y distinta a la de los adultos. Para el psicoanalista argentino, existen cuatro grandes campos del psicoanálisis: el psicoanálisis de los neuróticos adultos, el psicoanálisis de la neurosis, el psicoanálisis de la psicosis y el psicoanálisis de niños. El utilizar el sintagma psicoanálisis *de niños* en contraposición a psicoanálisis *con niños*, es necesario para hacer clara la especificidad de la práctica del psicoanálisis en el campo de la infancia. Existen varias razones para remarcar lo único y específico del psicoanálisis con niños. En primer lugar, tenemos a la relación con el fantasma en donde existe predominancia del registro imaginario, así como en la psicosis por ejemplo aquello que prima es lo real y en la neurosis el orden de lo simbólico. La queja usualmente escuchada en la práctica clínica con niños y padres, es la dificultad y angustia que a estos últimos les genera el poder insertar a sus hijos bajo el dominio de lo simbólico, es decir bajo

la represión que, en los adultos neuróticos, ha encontrado en la mayoría de los casos, terreno fértil para la constitución de su estructura psíquica (Jerusalinsky, 2003).

En segundo lugar, tenemos a la temporalidad como característica especial de la infancia que marca la especificidad del psicoanálisis de niños. El tiempo lógico en los niños no está en sincronía con el de los adultos. La serie significativa diacrónica ordena las palabras que emitimos para que una venga después de otra y es a la vez sincrónica con la emisión inconsciente que define la significación de las palabras, en esta secuencia de palabras en donde una viene después de la otra, el sujeto que las produce las emite anticipando la respuesta del otro frente a la cadena de significantes producida, esta sin embargo es una selección inconsciente. El sujeto del psicoanálisis funciona de esta manera, anticipando en el otro las consecuencias que la palabra que evoca tendrá y reenviado desde el otro produce un mensaje en cadena de significantes, seleccionando las palabras pertinentes, es decir el mensaje es modificado y estructurado sobre la base de la suposición de lo que el otro comprenderá del mismo (Jerusalinsky, 2003).

El Otro receptor del mensaje en la infancia se encuentra en una temporalidad futura, mientras que en la adultez se ubica en el pasado. El psicoanálisis de niños entonces se ocupa del sujeto infantil cuya relación diacrónica con el significante posiciona al otro en el futuro, esta posición se fundamenta por el imperativo de llegar a ser o devenir en algo. Por otro lado, en la adultez la posición con el Otro se instala en el pasado aun cuando el sujeto infantil en el reprimido, retorna. Existe un regreso al pasado con el fin de cancelar la deuda pendiente con el gran Otro desde el cual ha emergido como sujeto adulto, desde su pasado infantil (Jerusalinsky, 2003).

Como se ha podido evidenciar, el desarrollo del psicoanálisis de niños inicia con los aportes de Freud al entendimiento de la sexualidad infantil en el origen de las neurosis y en los posteriores aportes de psicoanalistas de niños quienes, a través de la exploración de métodos como el dibujo y el juego, aportaron con reflexiones sobre la vida psíquica en la infancia y al rol fundamental de las funciones materna y paterna. Además, en este recorrido, perspectivas como las de Dolto han buscado situar al niño como sujeto de deseo en relación al Otro, ampliando la perspectiva del síntoma en tanto producción inconsciente singular del sujeto. Finalmente, cabe resaltar que el psicoanálisis de niños se constituye como un capo específico del psicoanálisis al enfocarse en la relación particular del sujeto infantil con el Otro.

1.8 La pediatría

La pediatría se define como el estudio de la medicina integral que comprende el periodo evolutivo humano desde la concepción hasta el final de la adolescencia. Durante este periodo de tiempo, es de especial importancia los fenómenos del crecimiento, maduración y desarrollo biológico, fisiológico y social en donde confluyen tanto fuerzas de índole genética como ambientales. Esta rama de la medicina se puede dividir en tres vertientes principales: pediatría preventiva, pediatría clínica y pediatría social (Comisión Nacional de la Especialidad, 1996).

Se diferencia de otras ramas de la medicina ya que su objeto de estudio es el ser humano en permanente cambio al cual es pertinente analizarlo tomando en cuenta la interrelación de éste con su medio familiar, escolar y social. Su objetivo general no es el estudio de un órgano o aparato en específico dentro de la fisiología humana, sino que estudia un ser integral en sus dimensiones físicas, psíquicas y sociales. (Asociación Española de Pediatría, 2011).

1.8.1 Recorrido histórico de la pediatría

Para que la pediatría se llegue a consolidar como la disciplina que es actualmente, han confluído varios factores que serán descritos a continuación. En el siglo XIX en Europa se crearon los primeros hospitales de la infancia como el Hospital des Enfants Malades (París, 1802), el Charité (Berlín, 1830) y el Hospital del Niño Jesús (Madrid, 1877), en este último, se dictaba ya la cátedra universitaria de patología infantil. Por otro lado, se debe tomar en cuenta la influencia de la Segunda Guerra Mundial y los avances científicos y técnicos que le siguieron en el mundo occidental. Los cambios y avances logrados sentaron las bases ideales para que la tasa de natalidad en el mundo occidental se dispare, obligando a los profesionales de la salud a desarrollar modelos de atención específicos para la población infantil. Fue a partir de la posguerra que la Pediatría se consolidó como disciplina independiente de la medicina y en donde se presentaron sus mayores avances (Asociación Española de Pediatría, 2011).

Los cambios demográficos que tomaron lugar en la segunda mitad del siglo XX, provocaron además grandes cantidades de adolescentes que, al verse separados de sus familias y raíces, se vieron envueltos en conductas y situaciones de riesgo, lejos de redes de apoyo familiares y sociales. Es por esta razón que la pediatría incluye en su estudio a los

adolescentes, hasta que su desarrollo esté completo (Asociación Española de Pediatría, 2011).

1.8.2 Situación actual

El avance y acumulación de los conocimientos científicos y el desarrollo de nuevas herramientas tecnológicas, han posibilitado mejorar la calidad del diagnóstico y tratamiento de patologías para niños y adolescentes. Muchas enfermedades de la infancia han esclarecido su etiología y patogenia gracias a estos avances como la creación de métodos de diagnóstico de laboratorio e imagen con características que les permiten adaptarse a la fisiología de los niños y adolescentes (Asociación Española de Pediatría, 2011).

En cuanto a los procedimientos actuales de la pediatría, hoy en día se realizan cirugías a partir de la primera hora de vida en el quirófano o la incubadora, así como la colocación de prótesis biológicas, los métodos de intervención oncológica, trasplantes de órganos, el desarrollo farmacéutico y los tratamientos de inmunomoduladores. Un ejemplo de aquello es el desarrollo alcanzado en el tratamiento de cardiopatías congénitas complejas ya que hace algunos años, no era posible que quienes las sufrían, alcancen la adultez con normalidad (Asociación Española de Pediatría, 2011).

Una diferencia sustancial con lo que ocurría con la Pediatría del Siglo XX, es la importancia que se le ha otorgado a la prevención y la promoción de la salud infantil. Se ha hecho una fuerte inclusión de prácticas de profilaxis y vacunación en la práctica clínica cotidiana, no solo por sus beneficios a la salud actual de los menores sino porque sus consecuencias labrarán la salud del adulto futuro. De estas prácticas se han desprendido estrategias a nivel macro como la de la Organización Mundial de la Salud (OMS) bajo el nombre de “Asistencia Integral al Niño”, que han dado lugar por ejemplo a los calendarios de vacunas, posibilitando la eliminación de algunas enfermedades infecciosas frecuentes (Asociación Española de Pediatría, 2011).

1.8.3 La pediatría en el Ecuador

La historia de la pediatría en el país se remonta al año de 1901 cuando el gobierno de la República del Ecuador encarga al Dr. Julio D. Vásquez el formarse en pediatría en la ciudad de Nueva York, en los Estados Unidos de América, con el fin de retornar al país para dar cátedras a estudiantes de medicina y atender la sección infantil en hospitales de las ciudades de Quito y Guayaquil. En el año de 1914 se da la fundación de la “Sociedad

Protectora de la Infancia” en Quito y por decreto ejecutivo se ordena la creación de una clínica para niños pobres en el hospital de Quito (Sociedad Ecuatoriana de Pediatría, 2018).

En el año de 1923 los esposos Baca-Ortiz fallecen y donan sus bienes para la construcción de un hospital infantil dirigido a niños de escasos recursos, pero no sería sino hasta el año de 1948 cuando esta casa de salud abre sus puertas en la ciudad de Quito para atención benéfica. Se convirtió en el primer hospital pediátrico del país pasando de tener 20 camas a contar con 328 en la actualidad. Atiende alrededor de 600 infantes diarios y cuenta con 42 especialidades pediátricas dando cabida a alrededor de 852 profesionales de la salud, ocho quirófanos y uno de emergencia (MSP, s.f).

En él años de 1945 se funda la Sociedad Ecuatoriana de Pediatría dirigida por el prestigioso médico ecuatoriano, el Dr. Carlos Andrade Marín quien además en el año de 1948 asume la dirección del Hospital Pediátrico “Baca Ortiz”. Desde entonces esa institución de carácter médico en el país ha llevado a cabo actividades de producción y divulgación científica, ha organizado y apoyado económicamente a jornadas pediátricas, congresos, cursos de actualización y de posgrado. Junto con el Ministerio de Salud Pública del Ecuador lleva a cabo el programa de inmunizaciones y de promoción constante a la lactancia materna. Mantiene la publicación de una revista de divulgación científica con 17 volúmenes desde sus inicios hasta la actualidad. En ella se agrupan publicaciones científicas del más alto nivel y rigor académico (Sociedad Ecuatoriana de Pediatría, 2018).

El Ecuador, en materia de prevención, promoción de desarrollo saludable y detección temprana de patologías, los pediatras recomiendan realizar a los niños una serie de chequeos en etapas definidas de su desarrollo físico y emocional. El *bebé recién nacido* debe atravesar una revisión antes de los 10 primeros días de nacimiento, en ella se elabora la historia clínica del infante a profundidad tomando en consideración factores físicos, ambientales, familiares y sociales presentes durante el embarazo de la madre. Al *primer mes* de vida, otro chequeo toma lugar la cual se centra en la talla del bebé, el estado de los sentidos y el desarrollo neurológico y psicomotor. Posteriormente se realizan revisiones a los *02, 04, 06, 09 y 12 meses* de vida en donde se inicia la aplicación de las vacunas correspondientes, se evalúa constantemente el desarrollo psicomotor, la respuesta ante estímulos y se dan pautas a los padres para el cuidado de la salud odontológica, la alimentación y la promoción de la autonomía del menor (Sociedad Ecuatoriana de Pediatría, 2018).

Entre los 02 y 04 años de vida se hace especial énfasis en el cumplimiento del calendario de vacunas y en el desarrollo físico, locomotor y del lenguaje. Desde los 06 hasta

los 08 años los pediatras verifican el correcto desarrollo del aparato visual, locomotor, el sistema cardíaco, circulatorio y la tensión arterial. Al inicio de la adolescencia, aproximadamente a los 12 años de edad se vigila el cumplimiento de nuevas dosis de vacunas, el desarrollo puberal, la vista, los dientes y el crecimiento normal. El último chequeo en el área de pediatría toma lugar a los 14 años en donde se colocan las últimas vacunas y se hace una revisión del estado general físico y del desarrollo sexual del adolescente (Sociedad Ecuatoriana de Pediatría, 2018).

Los pediatras en el Ecuador recomiendan realizar estas revisiones a aproximadamente las edades descritas anteriormente aún en el caso de haber acudido al pediatra con anterioridad debido al tratamiento de diversas patologías. El realizar estos chequeos permite a los médicos detectar y prevenir enfermedades de desarrollo psicomotor, del aparato locomotor, de los sentidos, anomalías en el proceso de crecimiento. Así mismo estos chequeos son espacios idóneos para que los padres puedan obtener información importante en relación al estado de salud general de sus hijos, su proceso de crecimiento físico y posibles anomalías que pudieran presentarse, así como en medidas de promoción de la salud y prevención (Sociedad Ecuatoriana de Pediatría, 2018).

A manera de conclusión, se puede decir que el psicoanálisis de niños surge gracias a los planteamientos teóricos de Freud en torno a la neurosis y la sexualidad infantil y que posteriormente, gracias a los aportes de los autores mencionados, ha adquirido especificidad en sus conceptos teóricos y prácticas clínicas. La medicina ha sido de influencia como punto de partida para la comprensión de las manifestaciones sintomatológicas que varios psicoanalistas han analizado, situando a la etiología de las mismas en relación con la historia y las relaciones del sujeto con el otro. La pediatría, al estudiar el desarrollo y la patología en la infancia hasta la adolescencia, toma en consideración también aspectos relaciones y sociales en la salud de los menores y, por ende, puede verse nutrida de aportes del psicoanálisis y viceversa.

2. SEGUNDO CAPÍTULO: LA RELACIÓN ENTRE EL PSICOANÁLISIS DE NIÑOS Y LA PEDIATRÍA

Una vez realizada la revisión de algunos de los conceptos fundamentales del psicoanálisis de niños y la pediatría, en el presente capítulo se busca plasmar la relación existente entre ambas disciplinas, a través del trabajo teórico y la praxis clínica de autores cuya formación inició en la pediatría pero que posteriormente se formaron en el psicoanálisis e incorporaron elementos de esta disciplina en su práctica clínica como Dolto y Winnicott. También se exploran ejemplos de psicoanalistas como Marie-Christine Laznik y Alfredo Jerusalinsky, quienes han apostado por el trabajo conjunto de la pediatría y el psicoanálisis con el fin de llevar a cabo iniciativas de prevención y detección temprana del autismo y las psicosis infantiles.

2.1 La relación entre psicoanálisis y pediatría

El vínculo histórico existente entre psicoanálisis y pediatría se remonta al año 1913 en la clínica de Brunswick Square en Londres, Inglaterra en donde por alrededor de una década el psicoanálisis fue empleado como método de cuidado y tratamiento a los pacientes. El psicoanálisis llega a Francia y desarrolla un lazo importante con la medicina de la mano de Eugénie Sokolnicka quien lo practicó en la consulta del psiquiatra Georges Heuyer en el hospital Sainte Anne de París. Jenny Aubry, psicoanalista y psiquiatra francesa quien por la influencia de Anna Freud descubrió el psicoanálisis y se formó con Jacques Lacan, se convierte en la directora del servicio de pediatría del hospital Ambroise Paré de París. En sus inicios el psicoanálisis en medios hospitalarios tuvo una fuerte presencia de médicos especializados en pediatría situando a esta especialidad como pionera del diálogo entre el psicoanálisis y la medicina, en el hospital general (Louka, 2003).

La práctica pediátrica; pensada desde el psicoanálisis; de Françoise Dolto en el Hospital Bretonneau de París y la Jenny Aubry en el hospital “ Des Enfants- Malades”⁴, son ejemplos del desarrollo del psicoanálisis hospitalario en los años 60 en Francia. En los años 70 gracias a la influencia de Ginette Rimbault; médica y psicoanalista francesa; se desarrollan investigaciones de problemáticas psicoanalíticas en el contexto del trabajo

⁴ Traducción del francés: “Hospital de Niños Enfermos” por Josué Berrú (enero de 2019).

hospitalario. Se llevan a cabo consultas psicoanalíticas y se realizan investigaciones con el “INSERM”⁵. Esta es una década en la cual se llevan a cabo numerosos trabajos de investigación sobre temáticas que atañen en conjunto al psicoanálisis y a la medicina, con un coloquio anual en donde se presentan los resultados de las investigaciones. Durante la década de los 80, se exploran áreas como la psiquiatría infantil y la oncología pediátrica en donde el psicoanálisis aportó y fue parte del desarrollo posterior de la psicooncología, que en la actualidad se encuentra en pleno auge (Louka, 2003).

2.1.1 El lugar del psicoanalista en el hospital

Los ejemplos arriba citados plantean el cuestionarse sobre el rol del psicoanalista en el hospital. El psicoanálisis puede considerarse como un método para acercarse al psiquismo y a la dimensión real de los sujetos. En tanto método, es capaz de ser trasladado por fuera de la práctica clínica en consulta o del dispositivo tradicional de la situación analítica. El psicoanalista encarna este método *en acto* y al moverse entre distintos contextos, transporta al psicoanálisis como un método. Sin embargo, esta afirmación genera controversias ya que si se piensa al psicoanalista fuera de la consulta cabría preguntarse sobre el lugar de la demanda en esta situación en donde no puede ser el objeto transferencial del paciente quién habla. No obstante, lo que cabe es pensar al psicoanalista como una posición que es capaz de ocupar siempre que el otro le dirija la palabra y en la cual el desplazamiento de síntomas y el establecimiento de una relación transferencial ocurran. Por lo tanto, la posición del analista; a diferencia de la del psicólogo clínico, la del psiquiatra y la del médico, no es la de brindar cuidados como parte de un tratamiento ni de intervenir con el fin de curar. Es una posición que se sustenta en la lógica del inconsciente, una lógica del *sin espacio* que permita un lugar de subjetivación en un medio donde lo singular del sujeto se intenta neutralizar (Louka, 2003).

La pediatría, al encargarse del cuidado de la salud y el desarrollo de niños y adolescentes, posibilita en el seno de la consulta, que padres y niños depositen su deseo y malestar a causa de las patologías y síntomas que despiertan la demanda en los cuidadores de los menores, para ser llevados a la consulta pediátrica. Aun cuando en núcleo familiar se presentan situaciones complejas como violencia intrafamiliar, la muerte de un ser querido, divorcios, problemas en la relación de pareja, es el pediatra con frecuencia quien primero es

⁵ “ Institut national de la santé et de la recherche médical”. Traducción del francés: “Instituto nacional de la salud y de la investigación médica” por Josué Berrú (enero de 2019).

consultado. Situaciones como las descritas pueden encontrar una vía de manifestación a través de síntomas en el cuerpo de los niños además de dificultades en el desarrollo y nivel de crecimiento esperados. La complejidad de la etiología de los síntomas que atañen la práctica médica de la pediatría hace que los pediatras; posterior a un ejercicio de reconocimiento de las limitaciones de su disciplina; busquen respuestas en profesionales de otros campos, entre ellos el psicoanálisis, por su posibilidad de dar luces en el entendimiento de síntomas y patologías a la luz de la historia del sujeto quien los manifiesta (Veiroj, 2013).

El aporte del psicoanálisis en la medicina ocurre puertas afuera y se fundamenta principalmente en el acto de la *remisión* a través del cual, los médicos tratantes derivan a sus pacientes ante necesidades en el área de la salud mental, las cuales están por fuera de sus competencias profesionales. Cabe diferenciar esta práctica de la *interconsulta* en la cual, el profesional de otro campo de la salud, es parte de la consulta médica y posteriormente comparte criterios y aporta al entendimiento de los síntomas y estado general de salud del paciente. Existen iniciativas llevadas a cabo en medios hospitalarios en donde se realizan interconsultas entre pediatras y psicoanalistas. En ejemplos como este, pese a que la responsabilidad sobre la atención, el diagnóstico y el tratamiento recae enteramente sobre el médico, la visión teórica y práctica del psicoanalista enriquece a la visión del médico y aporta a un mejor entendimiento de los síntomas presentados por el paciente (Veiroj, 2013).

A continuación, se revisarán algunos autores que han trabajado la relación existente entre el psicoanálisis y la pediatría a través de sus teorías y experiencias clínicas y que, a lo largo de la historia hasta la actualidad, han hecho confluir ambas disciplinas para un mejor entendimiento de los síntomas y malestares de niños, los cuales suscitan demanda de atención médica por parte de padres y cuidadores.

2.2 Aportes teóricos y clínicos de Françoise Dolto

Françoise Dolto estableció con algunas nociones fundamentales que han aportado a mirar a la infancia con ojos distintos desde la perspectiva del mundo de los adultos. Su obra hace una crítica al lugar que el mundo de los adultos otorga a la infancia y consigue en parte el virar la mirada a la subjetividad del niño en donde otras disciplinas o profesionistas sólo consiguen ver síntomas de etiología fisiológica. La invisibilización de la infancia desde el mundo adulto se ha expresado sobre todo en el campo del cuerpo. En su obra *La Causa de los niños* (1985) Dolto relata las experiencias infantiles que motivaron su interés posterior

por el trabajo con niños. Siendo niña manifestó su interés en convertirse en una “médico de educación” es decir un especialista en ocuparse de los malestares infantiles suscitados en el campo educativo. Era muy observadora y sensible frente a lo que ocurría a su alrededor, especialmente en su hogar lo cual le ayudó a comprender que ocasionalmente situaciones externas al campo de control de los niños como conflictos entre los adultos a su cargo, enfermedades de personas cercanas a ellos o la enfermedad y muerte en el contexto de la guerra, afectaba la salud emocional de los pequeños, así es como comprendió que los niños necesitaban expresar sus conflictos frecuentemente camuflados detrás de síntomas psíquicos mal entendidos por padres y médicos.

El contexto del conflicto ponía en evidencia situaciones familiares de gran complejidad. La primera guerra mundial había provocado la desintegración de millones de familias las cuales, ante la muerte de sus padres, veían una profunda transformación de su dinámica, esto llevó a la psicoanalista francesa a forjar su vocación para el trabajo con niños comprendiendo la necesidad de explorar las razones subyacentes con los cuales usualmente médicos y educadores se veían confrontados. La naturaleza observadora y minuciosa del carácter de Françoise Dolto le permitió nutrirse de la observación de las experiencias que no sólo el contexto social en el cual vivía le proporcionaban, sino también las vivencias familiares. Relata que, al ocuparse del cuidado de su hermano pequeño, fue capaz de darse cuenta que es en la infancia donde reside una proporción amplia del saber y que en su curiosidad insaciable está implícito el deseo de buscar respuestas a las cuales nos adultos no saben responder por su deseo de dominación sobre los niños, otorgando gran valor al saber infantil rico en respuestas que trascienden la rutina de la vida adulta llena de vicisitudes y angustias (Dolto, 1985).

En 1936 la pediatra francesa, inicia su práctica como psicoanalista recibiendo en su consulta a niños psicóticos bajo la dirección del Doctor Heuyer. Posteriormente recibe una propuesta de Édouard Pichon; médico, lingüista y psicoanalista francés; para trabajar en el servicio de pediatría del hospital Bretonneau. Gracias a esta experiencia nace su tesis de medicina que más adelante daría lugar a su obra célebre *Psicoanálisis y Pediatría*. Luego de la muerte de Pichon, Dolto dirige su consulta en el hospital la cual devendría famosa como referente de la práctica clínica psicoanalítica en Francia (Louka, 2003).

2.2.1 El niño como sujeto en el psicoanálisis

Cómo se mencionó en el capítulo I, la historia del arte refleja este hecho al haber excluido de sus producciones pictóricas hasta antes del siglo XVIII al cuerpo del niño, el cual permanece sepultado bajo vestimentas adultas que no están adaptadas a sus necesidades. Por otro lado, las representaciones emergentes de su cuerpo lo colocan como un juguete, es decir como un objeto. No es sino hasta la revolución industrial que el cuerpo infantil es tardíamente reconocido como sujeto que ejercer la acción de “hacer”, ya que ahora es capaz de producir al ser inmerso en espacios laborales plagados de explotación y castigo. Pese al reconocimiento de un sujeto con verbo, el poder sigue estando del lado adulto, como menciona Dolto “El mensaje ideológico del adulto está permanentemente sustrayéndolo a sí mismo de su historia” (Dolto, 1985, pág.19).

Este análisis permite a Dolto dar espacio en su práctica clínica y trabajo teórico a la palabra del niño al acercarse a su discurso otorgándole el lugar de sujeto y permitiendo las condiciones para el afloramiento del inconsciente, la cual es capaz de transmitir algo de la experiencia subjetiva infantil. Detrás de las palabras del niño, está su deseo de devenir en adulto y es justamente esto lo que inspiró el trabajo de la psicoanalista francesa, el destrabar aquello que pueda impedir el proceso de convertirse en el sujeto adulto para el cual el niño está destinado a llegar a ser. Sin embargo, esta no es una tarea sencilla, es deber del analista el considerar que las palabras del infante han sido tomadas como prestadas desde el mundo adulto y están marcadas por su subjetividad por lo cual el trabajo del psicoanalista será el de permitir que el niño las represente por medio de vías que no son comunes en el psicoanálisis de adultos tales como el dibujo o el modelado. No obstante, las significaciones dadas por el analista a lo expresado por los niños deben abstenerse de ser adulto céntricas, especialmente por la naturaleza de las mismas: no son frecuentemente expresadas a través de palabras sino por medio de movimientos, gestos, mímicas, dibujos y modelados. (Dolto, 1984).

Es imprescindible la consideración de la familia en el psicoanálisis de niños, Dolto enseña que con frecuencia lo que demanda la consulta del niño es el síntoma de sus padres quienes inconscientemente utilizan las manifestaciones sintomáticas de sus hijos para poder recurrir ellos mismos al análisis. El crecimiento y desarrollo de sus hijos suscita la actualización de sus propios conflictos con los cuales avivan una relación imaginaria. De ahí la necesidad para Dolto de que un psicoanalista de niños se haya formado primero como psicoanalista de adultos para tratar con experticia la conglomeración de inconscientes que

interactúan en la dinámica familiar y que resuenan en el trabajo clínico de niños. Una prueba de esto es la desaparición de los síntomas infantiles durante las primeras entrevistas por la descarga que el niño experimenta de los conflictos inconsciente que ya no le son transferidos a él sino al analista, así la demanda de análisis por parte de los padres puede surgir (Dolto, 1984).

Por otro lado, se puede suscitar la necesidad de un proceso individual del niño en donde el terapeuta encarnará el rol de receptor de la transferencia de sus pulsiones pasadas, sin reemplazar el papel educador de los padres cuyas tareas se sitúan en la realidad de su hijo, mientras que las del analista en la fantasía y en lo imaginario. Son los padres los interlocutores del infante con el mundo exterior y quienes posibilitan la sublimación de las pulsiones sexuales y la inserción en la cultura. El lugar del analista es en cambio, el posibilitar el trabajo individual en torno a los conflictos inconscientes inherentes a la propia historia (Dolto, 1984).

2.2.2 El lenguaje en la infancia y en la clínica con niños

Dolto reivindica el lugar de la palabra en los niños aún en estadios tan tempranos como a los tres o cuatro meses de vida. Son conocidas sus experiencias como interna en hospital de niños “Trousseau” en París en donde realizaba intervenciones peculiares, les hablaba a los recién nacidos sobre múltiples temáticas: sobre sus padres, sus compañeros de sala, su realidad y los médicos quienes los atendían. Esto sin lugar a dudas le generaba críticas por parte de sus colegas pediatras para quienes sus intervenciones carecían de valor alguno por la imposibilidad de los pequeños de entender las palabras, hecho que Dolto contradecía. Una de las tantas anécdotas en su práctica es la de Michel quien era un niño de dieciocho meses interno quien estuvo en contacto suyo en el servicio de radiología a quien Françoise había prometido despedirse antes de irse del hospital, ya que no lo vería hasta el lunes. Ella olvidó despedirse del niño y la supervisora del servicio le hizo conocer sobre el deterioro del estado del menor, es así que la entonces pediatra regresa a donde Michel y esquivando a los otros niños que reclamaban su atención, se acerca a Michel y le dice:

Ya lo ves, tu señorita Murette es muy mala. Esta mañana olvidé saludarte cuando estabas en radiología... Parece que no has merendado ¿no te sientes bien? Escúchame, yo pienso en ti Y ahora el doctor... va a pasar (era el interno) y yo vuelvo el lunes por la mañana. Mañana es domingo,

es un día que yo no vengo, pero el doctor está aquí y además tu mamá y tu papá vendrán a verte, y además tienes a tus amigos. Hasta el lunes” (Dolto, 1985, pág.156).

Llegando el lunes, la supervisora dio noticia a la doctora Dolto de que el estado de Michel había mejorado sustancialmente, tenía deseos de beber y la fiebre había bajado. Este ejemplo constituye una pequeña muestra de las intervenciones de Dolto en el campo de la pediatría, intervenciones que estaban pensadas desde el psicoanálisis. La doctora hablaba con los pequeños, les explicaba los procedimientos a los cuales iban a ser sometidos a pesar de que, para la mayoría de los adultos a cargo de su cuidado, nada comprenden. A través de sencillos actos en su práctica como pediatra, se generaban situaciones que permitían establecer una relación transferencial entre el pediatra y el infante y se generaban espacios en donde el lenguaje único y particular de la infancia podía aflorar, a través de sus propios modos de expresión, para expresar el malestar contenido en su pequeño cuerpo capaz de sentir y desear. El lenguaje y la comprensión del mismo por los niños en su opinión, es capaz de comprender el sentido intuitivo del mismo y, por ende, su dimensión inconsciente. De ahí la importancia para los adultos de hablar a los menores con franqueza y claridad, siendo precisos en la sintaxis de la lengua materna con ellos usada y en la transmisión de mensajes a quienes considera la psicoanalista francesa como iguales e incluso superiores que los adultos (Dolto, 1985). Aquello constituye una verdadera revolución en la concepción de la infancia ya que sitúa como se ha mencionado antes, a los niños como sujetos en proceso de incorporación en el lenguaje a través de una serie de castraciones sucesivas cuyo fin ulterior es el humanizarles (Dolto, 1997). Al respecto sobre el lugar que los adultos otorgan a los niños Dolto afirma “la sociedad de los adultos debería dejar a los niños la libertad de su lenguaje propio, para la expansión, no sólo de la primera infancia sino también de la gran infancia” (Dolto, 1985, pág.153).

2.2.3 El método de Dolto

En su consulta de los martes en el hospital Trousseau, idea una forma novedosa de transmisión del psicoanálisis. Agrupó a varios analistas en formación para observar a sus pacientes en el transcurso de un año, interesada en que otros puedan observar los efectos del inconsciente mostrados en consulta. Ellos estaban presentes mientras que Dolto trabajaba con sus pacientes. En ocasiones, ante el pedido de la psicoanalista o de los niños, participaban de la sesión de una manera discreta pero fundamental. Los asistentes tomaban

notas de lo trabajo en las sesiones mientras observaban, constituyéndose como terceros en la relación compuesta por la analista, el paciente y el grupo de analistas en formación. Aquello permitía, por un lado, transmitir el psicoanálisis y formar a nuevos analistas brindando un espacio de palabra a miles de niños en el hospital Trousseau (Dolto, 2001).

Dolto considera que el método de la asociación libre no es posible en la práctica con niños por lo cual, en su consulta, emplea los métodos del juego, el dibujo libre y la conversación; esta última especialmente en medios hospitalarios en donde usualmente no se cuenta con las instalaciones apropiadas para el juego. Durante la conversación, el objetivo es observar cuidadosamente mímicas, lapsus, errores y gestos. Por su parte a través del dibujo libre, es posible acercarse a la afectividad y simbolismo del comportamiento interior de los niños. Los contenidos proyectados son útiles para guiar la conversación con el niño mas no para elaborar interpretaciones directas sobre los dibujos, es pertinente situar a los simbolismos hallados en un contexto, tener en consideración el estado afectivo del sujeto al momento donde produce los contenidos proyectados, la historia relatada y el rol de los símbolos en el juego y los dibujos. En la conversación sostenida en el análisis de niños, no se busca mantener un lenguaje pensado desde la lógica y la evaluación de las capacidades lingüísticas ni de la inteligencia del infante, sino en “hablar a su inconsciente que jamás es lógico en ninguna persona” (Dolto, 1971, pág., 143).

2.3 Donald Winnicott, entre la pediatría y el psicoanálisis.

A finales de la década de los 50, Donald Winnicott ; pediatra y psicoanalista inglés; se desempeñaba como jefe del Departamento pediátrico en la London Clinic of Psychoanalysis⁶ y como médico en el Paddington Green Children’s Hospital en Londres. ⁷ En el contexto de la práctica médica y psicoanalítica en las instituciones sanitarias mencionadas, nace su obra *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis (1958/1999)* la cual recoge charlas y conferencias científicas dictadas a lo largo de su trayectoria profesional.

La experiencia cercana de Winnicott a la pediatría y a las problemáticas sociales a las cuales se vio confrontado en un hospital dedicado al cuidado de la infancia, además de su práctica privada, le llevó a afirmar que la pediatría es una vía “legítima y eficaz “para

⁶ Traducción del inglés: “Clínica de Psicoanálisis de Londres” por Josué Berrú (enero de 2019).

⁷ Traducción del inglés: “Hospital de Niños Paddington Green” por Josué Berrú (enero de 2019).

llegar el entendimiento de los conflictos inconscientes que subyacen al malestar infantil (Winnicott, 1958/1999, pág., 12).

Winnicott considera importante que los médicos tengan conocimiento de los procesos psicológicos que en ocasiones subyacen a los síntomas para poder diferenciar aquellas enfermedades que se deben a causas físicas de otras cuya etiología es psicógena. Al respecto cita el caso de Joan, una pequeña de dos años y medio que, desde el embarazo de su madre hasta el nacimiento de su hermano, presenta síntomas como enuresis, mal humor, estreñimiento y congestión de las vías respiratorias. En casos como el mencionado, se hace necesario que el pediatra posea conocimientos de psicología para hacer un diagnóstico apropiado y determinar el tratamiento adecuado, considerando también las fuerzas que gobiernan el comportamiento las cuales tienen fuertes raíces en el inconsciente y producen montos de angustia (Winnicott, 1958/1999).

En el caso de enfermedades físicas que produzcan deterioro paulatino del estado de salud o que pongan en riesgo la vida del niño, las dificultades de índole psicológica se intensifican, y viceversa. El deber del pediatra será entonces; especialmente en menores con dificultades emocionales, estar alerta ante el posible desarrollo de enfermedades orgánicas como encefalitis y problemas motores, por los niveles de angustia que poseen y además por la predisposición exacerbada a infecciones como la tuberculosis y la neumonía, dados los efectos negativos de la angustia sobre el sistema inmunológico del paciente (Winnicott, 1958/1999).

Cabe destacar la importancia que el psicoanalista inglés dio a la infancia al afirmar que, entre el primer y el quinto año de vida, se constituyen los fundamentos de una buena salud mental y en donde se originan también, la mayoría de neurosis. De ahí la relevancia para el médico de entender la etiología e implicaciones de los conflictos emocionales ya que tanto enfermedades físicas como del comportamiento, encuentran usualmente su origen en la angustia provocada por las psiconeurosis (Winnicott, 1958/1999).

Finalmente, en cuanto a la influencia del psicoanálisis en el trabajo de los pediatras, considera que es necesario que incorporen conocimientos sobre la etiología de las neurosis y sus implicaciones en la salud en general. Sin embargo, sostiene que la psicoterapia debe ser dejada para los analistas ya que la pediatría ha realizado grandes avances en los fenómenos físicos, no así en los psicológicos. La habilidad de la mayoría de pediatras el tratar niños se diferencia profundamente de la habilitación profesional para realizar

psicoterapia, de ahí la importancia de la formación psicoanálisis en médicos que trabajan con niños (Winnicott, 1958/1999). Al respecto menciona lo siguiente:

(...) deberá reconocerse que la ciencia que subyace a la pediatría psicológica *ya existe*, en la psicología dinámica, o en la psicología de los procesos conscientes e inconscientes que nace con Freud. El psicoanálisis, tanto en su carácter de ciencia como gracias al adiestramiento que es capaz de ofrecer, merece la coexistencia con la fisiología. Aquí y ahora pido respeto, pido que las ciencias físicas respeten al psicoanálisis y lo pido especialmente *a aquellos a quienes les disgusta*. El hecho de que no les guste no constituye un argumento en contra (Winnicott, 1958/1999, pág., 423).

La dificultad de acoger el psicoanálisis en el campo de la medicina se debe en parte al aporte del psicoanálisis a la comprensión de la subjetividad humana ya que implica que quienes se desempeñan en ámbitos clínicos, estén interpelados a explorar en sí mismos, las problemáticas y psiconeurosis que observan en sus pacientes, es decir a cuestionarse sobre sus propios conflictos inconscientes (Winnicott, 1958/1999).

2.4 La prevención del autismo como iniciativa de trabajo interdisciplinario

Tras más de 25 años de experiencia en la clínica del autismo, algunas hipótesis de carácter metapsicológico sobre la estructuración del aparato psíquico y el *nacimiento del sujeto* llevan a Marie Christine Laznik; psicoanalista francesa miembro de la Asociación Lacaniana Internacional (ALI); a plantear la posibilidad de prever la presentación del síndrome autístico debido a que existen signos que indicarían que las estructuraciones necesarias para la construcción del aparato psíquico, no se estarían llevando a cabo. A criterio de la psicoanalista, al intervenir tempranamente se incrementa la probabilidad de que la estructuración del aparato psíquico se produzca (Laznik, 2000).

Con el fin de acreditarse en instituciones públicas, se llevó a cabo un proyecto de investigación en donde se buscó estudiar el grado de previsibilidad de dos signos relacionados al riesgo de evolución autista. Médicos del servicio público de salud de París fueron formados para la detección temprana de estos signos luego de haber recibido capacitación sobre la estructuración del aparato psíquico y el proceso de subjetivación, desde el psicoanálisis. El prevenir en este caso significa intervenir en la relación del niño con el

Otro ya que el síndrome autista puede ser visto como una falla en el establecimiento de esta relación sin la cual, no es posible el advenimiento del sujeto (Laznik, 2000).

Los dos signos que se pensaron como factibles para ser observados y detectados por los pediatras son los siguientes. El primero: que no haya mirada entre la madre y el niño, es decir la falla en la pulsión de ver y ser visto, pulsión que interpela e invoca al otro. El segundo: el fracaso en el tercer tiempo del circuito de la pulsión oral. El primer tiempo de la pulsión oral es activo, por ejemplo, el bebé se dirige hacia el objeto, ya sea el seno o el biberón para atraparlo. En el segundo tiempo se dan procesos auto-eróticos o auto-calmantes. El tercer tiempo se caracteriza por presentar una aparente pasividad en la cual alguien se deja mirar o se deja comer, etc. Es el tiempo en donde se presenta la prueba del goce en el Otro barrado limitado por la castración, noción que es fundamental para el nacimiento del sujeto, es decir, el reconocimiento de la castración del otro. Un ejemplo es cuando el bebé lleva el pie a la boca de su madre como un juego y esta sonríe y le responde o cuando el bebé contorsiona su vientre y la madre sonriendo, le hace bajarlo. Lo que el bebé comprende es la satisfacción de la madre, permitiendo así que al autoerotismo haga lazo con el otro. (Laznik, 2000).

En conclusión, se puede decir que esta experiencia de relevancia en el pensar a la clínica con niños como un trabajo interdisciplinario en donde se posibilita el diálogo entre dos discursos, que, aunque diferentes en epistemología, son capaces de encontrarse para acercarse a los fenómenos relevantes a la salud de los infantes y de las vicisitudes en la construcción subjetiva de los recién nacidos en su relación con el Otro.

2.5 Los aportes de Alfredo Jerusalinsky

Uno de los aportes fundamentales para el trabajo interdisciplinario entre el psicoanálisis y la pediatría ha sido el de Alfredo Jerusalinsky, psicólogo clínico y psicoanalista argentino radicado en el Brasil desde 1977 como exiliado de la dictadura argentina. Su formación la inició en la Universidad de Buenos Aires como ayudante de cátedra y en el Servicio de Neurología Infantil del Hospital Gutiérrez, con la Dra. Lydia Coriat a quien considera una de las fundadoras de la neuropediatría en Latinoamérica. Para Jerusalinsky el aporte de la Dra. Lydia Coriat fue fundamental al introducir en su práctica, una clínica interdisciplinaria en donde campos como la neuropsiquiatría fueron influenciados por la concepción psicopatológica y clínica del psicoanálisis (Kahn, 2014).

Además, era instructor de residentes en el Hospital Gutiérrez impartiendo enseñanzas en maduración, desarrollo psicológico y constitución psíquica dirigida a médicos. La apuesta por el trabajo interdisciplinario inicia en Brasil en el contexto del control hegemónico de la circulación del psicoanálisis, de práctica clínica y vinculación social del psicoanálisis por parte de la *Sociedade Brasileira de Psicoanálisis (SPPA-IPA)*. El acceso a la formación psicoanalítica estaba restringido únicamente a médicos psiquiatras por lo cual médicos de otras ramas optaron por formarse en la *Asociación Psicoanalítica Argentina (APA)*. Estos profesionistas junto con jóvenes psicoanalistas y psicólogos, abrieron las puertas para la práctica del psicoanálisis a Jerusalinsky, quien poseía una amplia experiencia de trabajo con niños que presentaban cuadros de psicosis, autismo y síndromes genéticos y neurológicos, para la formación de equipos interdisciplinarios de atención y formación profesional. Además, se posibilitó la formación de grupos de estudio y lectura de las obras de Freud y Lacan compuesto por psicólogos, médicos, filósofos, literatos y estudiantes (Kahn, 2014).

El trabajo interdisciplinario en Brasil ha dado pasos importantes en la inclusión del psicoanálisis dentro del campo de la medicina. Una investigación dirigida por Jerusalinsky donde participaron 250 investigadores de los cuales 92 eran pediatras, 100 psicoanalistas, metodólogos, estudiantes de psicología y sociólogos epidemiólogos buscó incluir en los manuales de procedimientos para la prevención de problemas del desarrollo temprano durante el primer año de vida que incluyeran referencias al proceso de constitución psíquica del sujeto. Un primero paso fue la incorporación de tres ítems en la “*Cartilha de saúde da criança*”⁸ referidos a la estructuración psíquica de los bebés (Kahn, 2014).

Para Jerusalinsky, desde mediados del siglo pasado hasta la mitad del siglo XX, la práctica clínica en el campo de la salud mental ha estado centrada en la adultez. Sin embargo, a partir del surgimiento de la neuropsiquiatría pediátrica, se da un viraje de importancia considerable en donde, como ya se ha mencionado, la Dra. Lydia F. de Coriat ha tenido un rol fundamental en el viraje de concepción de paradigmas. Para comprender los orígenes del cambio de paradigma propuesto y de la concepción distinta frente a la infancia, es preciso regresar a inicios del siglo XVIII en donde a partir de la propuesta de Lasalle, se establecen estándares homogéneos en base a los cuales los niños serán continuamente comparados y

⁸ Traducción del portugués: “Cartilla de Salud del Niño” por Josué Berrú (enero de 2019).

valorados, desde una perspectiva de normalidad hegemónica y generalizada (Jerusalinsky, 1997).

Aquello es la génesis de la psicopatología de la adaptación escolar en donde se establece una posición rígida en la que los infantes han de situarse y en donde los desvíos de la norma, serían considerados como patologías. Posteriormente dado el surgimiento de una perspectiva psicológica centrada en la medición de aprendizajes producidos, surgen los tests como instrumentos para medir la distancia existente entre el sujeto y la normalidad estadística. Aquella medida estadística debería ser vista con ojos críticos por haber sido elaborada en base a una muestra de sujetos pertenecientes a la sociedad industrial y con los ideales educativos y de desempeño cognitivo propios de esta. A este conglomerado Jerusalinsky denomina como psicopedagogía clínica la cual responde las necesidades de fuerza laboral de la sociedad industrializada. Más tarde a partir de la segunda mitad del siglo XX surgió el boom de la neuroquímica y de la psiquiatría biológica produciendo así, un enfoque neurológico con gran vocación diagnóstica y menos práctica clínica (Jerusalinsky, 1997).

La alternativa crítica que más tarde surgiría es la de la psicopatología psicoanalítica introduciendo conceptos base para su acercamiento a la psicopatología, como lo son: la transferencia, lo infantil y el descubrimiento del inconsciente. La psicopatología no es entendida desde medias estadísticas y de un concepto de normalidad validado únicamente desde los estándares de las sociedades industriales, sino en el regreso a lo infantil que ha sido reprimido y que, por tanto, es inconsciente. Los lapsus como fallas en el lenguaje aportan al aproximamiento al inconsciente por ser errores que dan cuenta de lo oculto bajo la represión en el inconsciente, en la operación de sujeción del sujeto humano frente al lenguaje dado por su cultura. La importancia del lenguaje es tal que el cerebro del *homo sapiens sapiens* como entidad biológica gobernada por neuronas y sustancias químicas, no sería capaz de construir, sin el lenguaje, lo que diferencia al ser humano del resto de animales. No obstante, la única manera de poder llegar a conocer algo sobre la particular relación entre sujeto humano y lenguaje, es a través de la escucha de sus síntomas, en la situación analítica (Jerusalinsky, 1997).

Gracias a los aportes del psicoanálisis, se abre la posibilidad de una práctica clínica y concepción psicopatológica infantil específica debido a que ya no es necesario el comparar al niño en base a normas o estándares propios de los adultos, sino de escuchar sobre su malestar y sus síntomas tomando en cuanto el modo específico y único de este, de

relacionarse con aquello que le es demandado desde el otro, en base a la articulación lenguaje-sujeto y lo que inconscientemente ha quedado inscrito de esta (Jerusalinsky, s.f). Es por esto que Jerusalinsky subraya la importancia de hablar de un psicoanálisis *de niños*, en contraposición a un psicoanálisis *con niños* ya que este último sintagma implicaría afirmar que la clínica psicoanalítica se constituye como una y que se practica “con este o con el otro o con los otros” (Jerusalinsky, 2003. pág., 17).

La clínica psicoanalítica es la clínica del sujeto de lo inconsciente y se fundamenta en la escucha de aquello que falla o hace falta en el discurso de quien habla y opera en el campo de la palabra. Sin embargo, el psicoanálisis no es un trabajo únicamente con la palabra o en lenguaje, sino que es la práctica con el lenguaje en tanto un sujeto se representa en sus significantes. Lo fundamental es entonces la interlocución entre la palabra y el sujeto en ella representado. La relación del sujeto con los significantes no es similar en todos los casos y la operación que se produce en la relación del sujeto con el significante en donde su residuo es el inconsciente, difiere notablemente en el caso por caso, un ejemplo de aquello es la operación de esta ecuación en la psicosis en donde la relación con el significante es totalmente distinta al de la neurosis, al no recibir los significantes en el orden de lo simbólico sino de lo real. De ahí la pertinencia de hablar de un *psicoanálisis de niños* ya que la relación de estos con el significante no es la misma que la que poseen los sujetos adultos (Jerusalinsky, 2003).

Algo comúnmente expresado por los niños son las frases “*ahora yo era*”, forma verbal incorrecta en el castellano en donde se evidencia al sujeto y su relación con el significante, hecho que deja a la lingüística insuficiente para explicar esta relación que no corresponde al del sujeto gramatical sino al del inconsciente. Se podría afirmar que el sujeto niño al apelar a un tiempo verbal localizado en el presente pero que corresponde al pasado, es decir imaginario, hace referencia al futuro o al ideal parental al que tiene que responder y al sujeto sexuado que evidentemente es, pero desde el cual aún no es capaz de responder a través de sus actos, el “que yo era” o “ahora yo era” responde a la esencia del juego de los niños, el jugar a ser lo que aún no son pero que están destinados a llegar a ser. Esta es la oportunidad perfecta para el despliegue de lo imaginario que suplanta lo que les es desconocido para jugar a ser papá o mamá. Las teorías sexuales propias de la infancia, que los niños inventan, son también una respuesta a los cuestionamientos que les surgen por ser sujetos sexuados sin posibilidad de actuar como lo harían sus padres o sujetos adultos cercanos (Jerusalinsky, 2003).

La relación del sujeto niño con el significante entonces “tienen mucho más una función de sostener una suficiencia para responder un ideal futuro que una relación de establecer el límite simbólico de lo real en la infancia” (Jerusalinsky, 2003, pág. 20). En cambio, en el adulto donde los límites entre lo simbólico y real están mucho más definidos, esta relación infantil con el significante se encuentra reprimida con la posibilidad de tornar y de situar al sujeto de nuevo en el borde. Pese a que en la adultez no nos situamos con tanta frecuencia en el borde como en la infancia, es a través de otras prácticas que producen goce en donde lo reprimido emerge a través de los síntomas del sujeto. Sin embargo, en el adulto se arriba a un límite que es el de lo real en exceso, que permanece en el horizonte como el borde o frontera de lo imposible e inalcanzable (Jerusalinsky, 2003).

2.5.1 Alfredo Jerusalinsky y la multidisciplinariedad

El avance de las ciencias y la investigación de la etiología de los padecimientos propios de la infancia produce un conglomerado de disciplinas e intervenciones dando origen a la multidisciplinariedad en la práctica clínica. En las décadas de los 60 y 70 era común encontrarse con pacientes niños que se sometían a varios tratamientos simultáneos para tratar una misma patología, el menor difícilmente podía integrar y asimilar el conjunto de intervenciones, produciéndose consecuencias simbólicas por la fragmentación del tratamiento, el niño como sujeto “ se veía confrontado a tantos discursos presentados en equivalencia, que no se constituía en él una opción para determinar su sistema de significaciones” (Jerusalinsky, 1997, pág. 18).

Una primera alternativa propuesta ante este hecho por el equipo dirigido por la Dra. Coriat era el trabajo interdisciplinario para la toma de decisiones en cuanto al enfoque terapéutico de las intervenciones, en donde se decidió dar prioridad a las afecciones más graves del paciente para escoger los terapeutas que intervendrían, contando el aporte continuo de otros profesionistas para el aporte específico en el tratamiento de otras áreas afectados en menor grado, aquello brindó la posibilidad de dar cuenta de la verdadera dificultad para el avance del tratamiento que no era precisamente las afecciones más serias, sino que un síntoma orgánico se posiciona también como síntoma psíquico, es decir, al tomar un malestar meramente orgánico el estatuto de síntoma intrapsíquico, era cuando evidentemente un obstáculo de envergadura para la evolución favorable del paciente, se presentaba. El gran aporte que el psicoanálisis haría en la clínica interdisciplinaria sería el de aportar al entendimiento del estatuto psíquico del síntoma orgánico, lo cual destierra la

importancia de la competencia por establecer qué discurso es más pertinente o válido que otro (Jerusalinsky, 1997).

El trabajo clínico con bebés evidenció que esta era la población que más negativamente afectada se veía por la intervención simultánea de varios profesionistas en el abordaje de las psicopatologías. La experiencia de trabajo con bebés dio cuenta de una fuerte coyuntura entre pediatras que hacían hincapié en sentar las directrices a seguirse en el proceso de crianza del menor, y de especialistas que aportaban de manera específica en concepciones particulares sobre el desarrollo infantil, sin tomar en cuenta las condiciones emocionales de la familia quien recibe el diagnóstico e intervención de los clínicos. Lo más evidente era el conflicto de poder sobre la crianza del bebé entre profesionistas, dejando de lado el saber y experiencia de los padres, como figuras fundamentales en el desarrollo físico y psíquico de sus hijos (Jerusalinsky, 1997).

Al estar los bebés en un tiempo de inscripción, en el cual descifrarán e incorporarán los significantes arrojados desde los otros a su alrededor, es fundamental que posean figuras referencias coherentes y unificadas. Frente a la intervención múltiple, existía una fragmentación de la lengua, en tanto código de desciframiento del medio exterior al infante, y la intervención de los padres en estos procesos, prácticamente quedaba desterrada. Así, fenómenos de desfragmentación propios de la psicosis encontraban terreno fértil para surgir. La excesiva tecnificación de la lengua, es decir del código simbólico en base al cual los bebés estructurarán en tanto sujetos la filiación, sexuación y procesos de identificación, así como la exclusión de los padres en estos procesos, los coloca en riesgo de fragmentación imaginaria o indiferenciación real (Jerusalinsky, 1997).

Los niños de los cuales se ocupaba el equipo interdisciplinario de Jerusalinsky poseían trastornos genéticos y/o neurológicos que sumada a la fragmentación y “diversificación de su imagen especular en el Otro” (Jerusalinsky, 1997, pág. 23), provocaban la catexis pulsional sobre su propio cuerpo. La angustia vivida por los padres por el cuerpo de sus hijos provocada que pongan en duda sobre su propia capacidad para guiar la vida de su pequeño y de otorgarle los significantes necesarios para su estructuración psíquica, en su lugar, los padres cedían este saber y función al discurso técnico-científico encarnado por médicos y especialistas, deslegitimando las funciones parentales y la transmisión de la lengua. La falta de estabilidad en la figura de un Otro confiable, unificado y coherente dejaba a los bebés proclives a caer un estado incipientemente esquizofrénico o en estados melancólicos que les hacían tener la apariencia de ser pacientes idóneos, al

mostrar actitudes pasivas, y tranquilas, sin la posibilidad mostrar frustración o ira, con el riesgo de maquinizarse. Lo que sería imperativo entonces es la posibilidad de insertarse para estos bebés en el lenguaje, es decir en lo humano, desde un Otro coherente y no fragmentado (Jerusalinsky, 1997).

2.5.2 La propuesta del terapeuta único en la clínica multidisciplinaria y transdisciplinaria.

Jerusalinsky hace la propuesta de un terapeuta único que se inserte en el trabajo multidisciplinario en la atención clínica, basado en la importancia que tiene la función materna para la estructuración psíquica del niño en tanto sujeto. La madre, en tanto función, provee las condiciones necesarias para el reconocimiento del menor como sujeto. Su función opera desde la continuidad de la significación que su función encarna. Sin que esta se repita y sea continua, el reconocimiento no se produce., la continuidad de la imagen de la función materna es fundamental al recordar lo enuncia por J. Lacan, sobre que el Otro para el menor no puede estar en el anonimato. Por otro lado, la función paterna posibilita la separación de la díada madre-niño al hacer la devolución del reconocimiento subjetivo más allá de la relación especular con la madre. Así se posibilita la separación del sujeto respecto del fantasma materno y la alienación del infante al Otro en tanto sujeto, hechos necesarios para que la pulsión no retorne sobre el registro real del propio cuerpo, sino que se proyecta hacia el deseo del Otro en base a cuál ha sentado las bases de su propia subjetividad (Jerusalinsky, 1997).

El trabajo del terapeuta único no es de la substitución integral de la función materna cuando ésta se halle ausente ya que su deseo está en el orden de lo terapéutico y no en el de lo maternal. Sin embargo, desde su rol clínico y terapéutico está en la capacidad de afirmar y apoyar los procesos que sean necesarios para que quienes cumplen la función materna en la vida del bebé o de acuerdo a lo singular de cada caso, proveer las sustituciones que puedan ser necesarias. El asegurar la continuidad de figuras parentales que le otorguen al niño la posibilidad de constituirse como sujeto en el deseo del otro, abrirá el camino para el surgimiento de un deseo propio que le permita dar los pasos necesarios al niño en tratamiento pediátrico, neurológico o psiquiátrico, para un desarrollo adecuado, pese a los retos y dificultades que su situación física podría suponer. Cabe aclarar que el terapeuta único no sería un profesionalista capaz de dominar varios campos para poder ayudar de manera idónea a su paciente, lo cual es inconcebible. Su rol es más bien de traductor “de la unicidad de la

lengua hablada en la diversidad de los discursos técnicos y científicos, que se revele portador de los que otros proponen e informan” (Jerusalinsky 1997, pág., 27).

Es decir, sostenido en la transferencia, el terapeuta único apoya al menor en la tarea de asimilar las múltiples intervenciones a las cual podrían estar siendo sometido para la elaboración y significación de estas experiencias, apostando por la unicidad frente a la posibilidad de fragmentación que el discurso y praxis técnica y médica podrían ofrecer. Su saber atravesado por el psicoanálisis permitiría responder a la situación psíquica del niño y establecer y reconocer los límites de su intervención frente a los otros saberes, como parte de un equipo interdisciplinario ofreciendo un espacio de escucha y de palabra, en el cual se verterá la subjetividad de niños y padres (Jerusalinsky, 1997).

2.6 El trabajo interdisciplinario entre psicoanálisis de niños y pediatría en el contexto ecuatoriano

En el Ecuador en la década de los años 70, cabe destacarse la gran migración de ciudadanos de Chile y Argentina, hecho que aportó al desarrollo de las ciencias sociales en áreas como la filosofía, la psicología clínica, la sociología y el psicoanálisis. Particularmente desde Argentina, se tiene el aporte de Maria Luisa Barrera, psicoanalista argentina de la ciudad de Mendoza con formación kleniana como una de las pioneras del psicoanálisis de niños en la ciudad de Quito, desde este enfoque. También cabe destacarse las contribuciones de la Escuela Freudiana del Ecuador, la Nueva Escuela Lacaniana con sede en Guayaquil, la revista A..b..c..dario Freud Lacan de Quito, como colectivos de transmisión y formación del psicoanálisis cuyas reflexiones han aportado teóricamente al desarrollo del psicoanálisis de niños (Entrevistado E1, 2018).

Con el transcurrir de los años, se han llevado a cabo iniciativas que han buscado promover el diálogo entre la medicina y el psicoanálisis, particularmente en lo que concierne a la práctica médica y clínica con niños. A criterio del psicoanalista experto entrevistado, estas iniciativas no hay podido progresar en el tiempo por las dificultades en establecer diálogo con los profesionales de la medicina, al posicionarse como dueños del saber. Se han dado grupos de discusión de casos clínicos en hospitales como el “ Carlos Andrade Marín” de la ciudad de Quito en donde se ha planteado cuestionarse sobre causas psíquicas para dolencias fisiológicas como las dermatitis, la enuresis y los problemas de aprendizaje y de atención. El trabajo usualmente se ha limitado al acto de derivación a través del cual, el

médico pediatra busca la opinión de un psicólogo clínico sin necesariamente especificar un enfoque teórico determinado, ante la imposibilidad de la medicina de dar respuesta a ciertos síntomas infantiles. Esta es una situación que también se da al revés, de psicólogos clínicos hacia los médicos, sin que exista un verdadero trabajo interdisciplinario basado en el dialogo y escucha al otro, más allá de la derivación (Entrevistado E1, 2018).

Es digno de destacarse también el aporte de la psicoanalista belga Marie- Astrid Dupret, cuyo trabajo de orientación psicoanalítica ha contribuido grandemente a la comprensión de la subjetividad de los adolescentes en situación de marginalización y violencia, a través de un trabajo de campo de varios años con niños y jóvenes en el Ecuador. Sus reflexiones permiten reflexionar sobre la relevancia de la estructuración simbólica en adolescencia a través de la transmisión de la lengua, como herramienta de la cultura para acceder a la subjetivación y la adquisición del tesoro sociocultural propio de cada cultura, hecho que se dificulta cuando no existen estos medios para su transmisión. Los actos de violencia entonces se constituyen como los únicos canales de comunicación. Estas contribuciones permiten pensar la atención en salud mental hacia niños y adolescentes considerando la influencia que familia y sociedad juegan en esta área (Dupret, 2013).

El encuentro entre dos discursos, con distintas epistemologías y lógicas de entender al sujeto y sus síntomas, inevitablemente generan retos, oportunidades y dificultades ante el cruce de ideas y modos de entender a las personas y sus malestares. En las instituciones que se ocupan de la salud de las personas es donde confluyen a través de psicólogos clínicos, por un lado, el psicoanálisis de niños y por otro, la pediatría como rama de la medicina que se encarga de precautelar la salud y desarrollo de los menores. En estas instituciones no es raro encontrarse con situaciones de maltrato, violencia, violación a derechos e imposibilidad de hacer frente a la demanda de pacientes debido a la falta de suficientes recursos humanos y materiales (Vaca, 2016).

Ante esta realidad usualmente el psicoanálisis es visto como una alternativa poco práctica y costosa que implica demasiado tiempo y no opera en la lógica de la adaptación, que probablemente predomina en las instituciones sanitarias del país. Sin embargo, dadas las problemáticas que estos espacios enfrentan, hay un consenso generalizado de que el abordaje debe ser interdisciplinario, con las dificultades que esto implica por la hegemonía de unos saberes sobre otros y por el conflicto que el juntar visiones provenientes de los campos médicos, psicológicos, jurídicos y educativos, suponen (Vaca, 2016).

Agregado a esto, en la práctica del psicoanálisis y su producción teórica en el Ecuador, ha predominado la tendencia a preferir un modo de realizar la práctica clínica del psicoanálisis que implica sesiones de larga duración en el encuentro con el paciente cuyo fin ulterior es el poder poner al sujeto en relación con su deseo, a través del trabajo analítico. Esto inevitablemente supone que el acceso a este tipo de dispositivo tradicional estará restringido a personas que vienen de una determinada clase social privilegiada que pueden pagar el costo y dedicar el tiempo requerido. Así, el trabajo del psicoanálisis en conjunto con otros saberes en instituciones, no tiene mayor difusión y no ha accedido a una suficiente visibilización de las iniciativas emprendidas (Vaca, 2016).

A manera de conclusión tenemos que la relación entre el psicoanálisis de niños y la pediatría se remonta a mediados del siglo XX gracias a pioneros que, utilizando a su formación médica como punto de partida, apostaron por la incorporación de la teoría psicoanalítica como vía de lectura y entendimiento de los malestares en la infancia. El psicoanálisis es capaz de aportar a la pediatría una visión crítica sobre la salud y bienestar infantil. Ante tendencias que pretenden situar la patología en relación con lo estadísticamente atípico o anormal, el psicoanálisis permite intervenir en la relación del niño en tanto sujeto, con el Otro. El rol del psicoanálisis en medios sanitarios entonces es de gran valor al permitir que el malestar de los sujetos, en un medio que tiende a la homogenización y estandarización del sufrimiento, pueda ser contenido desde una posición de vacío, escucha y unificación. La conformación de equipos de trabajo tanto interdisciplinarios como multidisciplinarios, permite incorporar visiones distintas en materia de entendimiento de la etiología de diversas patologías, tanto fisiológicas como psicógenas, y prevenir; es decir intervenir en la relación del sujeto con el Otro, para posibilitar en ocasiones la construcción de lazos vinculares con los otros y humanizar a campos como la medicina, entre otros.

3.TERCER CAPÍTULO: EL CONCEPTO DE DISPOSITIVO

3.1 El concepto de dispositivo

En vista de que el objetivo de esta investigación es el explorar las particularidades y problemáticas que se producen en el diálogo entre dos discursos; el psicoanálisis de niños y la pediatría a través de la experiencia médica y clínica de los expertos entrevistados, como producto de los resultados obtenidos, se propone de manera teórica un dispositivo psicoanalítico pensado como un espacio de diálogo, encuentro, desencuentro, análisis y discusión, en donde se posibilite la participación de psicólogos de orientación psicoanalítica cercanos al trabajos con niños, así como pediatras , para que puedan encontrar en este espacio vías de discusión desde las diferencias de sus respectivas formaciones frente a un trabajo en común : la atención a la infancia. En vista a lo expuesto, en el presente capítulo se realizará la definición y descripción de lo que se entiende como dispositivo para desarrollar posteriormente el concepto de dispositivo psicoanalítico.

3.1.1 Definición y etimología de la palabra dispositivo

La palabra dispositivo tiene sus raíces etimológicas en el latín *dispositus* cuyo significado es “dispuesto”, y se refiere a un artificio o mecanismo que produce una acción prevista y cuyo fin es la ejecución de actividades del quehacer cotidiano (Real Academia Española, 2014). También se puede entender a un dispositivo como la organización detrás del cometimiento de una acción particular. Es decir, el fin ulterior de un dispositivo sería el de disponer las prácticas y condiciones para el cometimiento de una acción o la consecución de un fin. La utilización del término dispositivo en las ciencias sociales está poco extendida en comparación al de las ciencias exactas. Sin embargo, tanto en la psicología como en el psicoanálisis se utiliza el mismo con el fin de referirse a modos de trabajo particulares bajo conceptos fundamentales de sus teorías (García, 2011).

En el campo de la filosofía, autores como Agamben, Foucault y Deleuze han propuesto en sus obras algunos elementos que han aportado a la construcción del concepto de *dispositivo* en el psicoanálisis. Para Michel Foucault, su trabajo teórico alrededor de las “prácticas no discursivas”; que permiten entender la hegemonía del poder, hace surgir el concepto de dispositivo como respuesta a estos cuestionamientos. En una entrevista otorgada por el filósofo francés para presentar este concepto, expone aspectos fundamentales del

mismo. El dispositivo entonces, se caracteriza por: la heterogeneidad de los elementos que lo construyen; es decir la diferenciación de las partes que lo componen, su forma de ser entendida como la naturaleza cambiante de los elementos que componen el dispositivo y su vinculación en una coyuntura que responde a una función específica, las propiedades del lazo que vincula a los elementos heterogéneos del dispositivo las cuales se caracterizan por los cambios, alteraciones y movimiento de las funciones que los gobiernan, y la función de los mismos; las cuales están controladas por relaciones de poder que responden a un contexto histórico y social determinado que a su vez, responden a saberes concretos (Foucault, 1984).

Para Foucault un dispositivo es un conjunto heterogéneo compuesto por discursos, instituciones, facilidades arquitectónicas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas o morales, cuyos elementos pertenecen tanto a prácticas discursivas (lo dicho) como a prácticas no discursivas (no-dicho). El vínculo entre los distintos elementos heterogéneos del dispositivo es de importancia ya que podrían ser pensados desde una institución para los fines que esta sostenga o con la intención de justificar u ocultar ciertas acciones. Se da en una red de relaciones de saber/poder y su emergencia se da en un acontecimiento específico, no como construcciones abstractas sino con condiciones materiales específicas para responder a requerimientos precisos en una época determinada (Foucault, 1984).

Foucault emplea el término *dispositivo* en ocasiones como un concepto general o también para referirse a instituciones, obras arquitectónicas, procedimientos, discursos, reglamentos, artefactos o formas de subjetividad; lo que deja al descubierto que un dispositivo no se refiere únicamente a prácticas discursivas sino también a las no-discursivas ya que para el autor, los discursos pueden devenir en prácticas produciendo formas de subjetividad, por lo cual se afirma que un dispositivo constituye a los sujetos inscribiendo en el cuerpo, en una forma específica de ser y estar. Aquello inscrito en los cuerpos de los sujetos son discursos, saberes, prácticas, reglamentos cuyo fin ulterior es la administración, gobierno u control de la subjetividad individual. Al utilizar el término dispositivo para referirse a instituciones, Foucault no lo emplea como sinónimo de las mismas, sino que hace especial énfasis en la relación de saber/poder que se produce en estos lugares, entonces se entiende que el dispositivo es la relación misma entre estos elementos heterogéneos como el discurso, las instalaciones arquitectónicas, y por ejemplo enunciados de tiempo moral, filosófico y científico (García, 2011).

En el Seminario *Los Anormales*, dictado por Foucault en el año de 1975 hace una comparación de las instituciones médicas en el ámbito psiquiátrico frente a las judiciales, aquello que las convierte en dispositivos es la relación de saber/poder es la práctica de la “pericia médico-legal” cuyo campo es mutuo a ambas áreas del saber, esta red de saber y poder las asocia y convierte en dispositivos, por los objetivos de carácter político que están por detrás que ayudan a legitimar cierta autoridad que permite el funcionamiento correcto de los dispositivos en consonancia con los objetivos dispuestos. Los dispositivos tienen efectos sobre los sujetos al producirlos y quedar estos capturados por formas determinadas de saber y poder (Foucault, 1974/2000).

El filósofo francés Gilles Deleuze aporta a un mayor entendimiento de lo planteado por Foucault al definir al dispositivo como una máquina que permite el hacer ver y hacer hablar dentro de una lógica determinada inscrita en regímenes históricos de enunciación y visibilidad, los cuales disponen lo que ha de ser visible e invisible, denunciado y no denunciado. La capacidad de entender un dispositivo estaría entonces en función de su inscripción en un orden histórico determinado lo cual implica la existencia de relaciones de saber/poder y de otras fuerzas constitutivas del momento histórico en cuestión. Así, la definición de dispositivo para Deleuze lo forman líneas de fuerzas que yendo de un punto al otro forman una red de poder, saber y subjetividad, de ahí que un dispositivo sea generador de subjetividad (Deleuze, 1990).

Por su parte el filósofo italiano, Giorgio Agamben hace un vínculo entre el término dispositivo y el de *positividad*, comprendida como el conglomerado de rituales, creencias y reglas que son impuestos en una sociedad y contexto histórico determinado a los sujetos, como fuerzas externas. La imposición de la positividad se produce a través de la coacción basada en una relación de mando y obediencia. Agamben define a un dispositivo como aquello que posea la habilidad de capturar, orientar, determinar, interceptar, modelar, controlar y asegurar opiniones, comportamientos, discursos. En conclusión, un dispositivo es un mecanismo que causa que un sujeto se encuentre en distintas posiciones o posibilidades de subjetivación, de acuerdo a las fuerzas históricas y sociales que a modo de red lo gobiernen. La concepción de sujeto de Agamben es quizás su mayor aporte en la comprensión de los dispositivos ya que este sería el producto de la relación entre lo humano y los dispositivos lo cual posibilita el surgimiento de la identidad que implica necesariamente el sometimiento a fuerzas externas. Sin embargo, los dispositivos no son únicamente

productores de subjetividad, sino que, en el contexto contemporáneo, se producen también procesos de desubjetivación o de anulación del sujeto (Agamben, 2006).

3.2 El psicoanálisis y el trabajo grupal

La inserción del psicoanálisis en el trabajo de grupo nace como una ruptura a la concepción generalizada del dispositivo psicoanalítico tradicional del cura creado por Freud, a través del cual se puede dar cuenta de lo inconsciente en el ser humano. A partir de la segunda guerra mundial y ante la necesidad de atención a las necesidades en salud mental de la población, surgen propuestas de trabajo basados en el psicoanálisis aplicado en grupos. Algunos de los representantes de estas innovaciones son Bion y Rickman en Inglaterra, Anzieu, Martin y Käes en Francia. No obstante, el trabajo psicoanalítico grupal ha sido fuertemente criticado por la comunidad psicoanalítica (Vaca, 2016).

Buzzaqui (1998) menciona que las críticas que se hacen al psicoanálisis de grupos suelen estar basadas en enunciados teóricos de Freud al mencionar la imposibilidad de practicar el psicoanálisis en situaciones grupales, haciendo énfasis en la importancia del análisis personal de quien se interesaba por formarse como psicoanalista, de ahí que Freud no ejerciera intento alguno de emprender una práctica grupal. Esta es una característica en común con otros grandes autores del psicoanálisis como Melanie Klein y Jacques Lacan (Buzzaqui, 1998).

Autores como Pichon Rivière (1907-1977), psiquiatra suizo naturalizado argentino, se considera un pionero en el psicoanálisis grupal y creador del *Grupo Operativo*; la cual es una técnica grupal cuyo objetivo es el analizar dificultades que surgen en el campo grupal y no individualmente, a menara de una práctica grupal del psicoanálisis. Su fin ulterior es la capacidad de pensar en grupo al considerar el pensamiento y al conocimiento como creaciones socialmente construidas. Uno de los aportes fundamentales del trabajo en grupal en psicoanálisis es comprender que los sujetos provienen de la construcción vincular con el Otro en un proceso que se lleva a cabo continuamente. En esta relación vincular, se crea un lazo social discursivo que configura lo social, como producto de la relación entre el sujeto y el Otro (Vallejos, 2013).

En los dispositivos psicoanalíticos grupales, se presentan según Käes algunas características particulares. En primer lugar, son intervenciones en donde confluyen varias personas a la vez y que permiten la creación de relaciones que posibilitan el anudamiento al lazo social y la transformación del psiquismo, los efectos grupales se dan a nivel inconsciente

a través de complejos procesos intersubjetivos. Los dispositivos pueden ser planteados entonces como espacios para el análisis de fenómenos intrapsíquicos en espacios plurales, en donde el individuo sea confrontado con la vivencia subjetiva del otro (Käes, 2000).

3.3 Los dispositivos psicoanalíticos

En el campo del psicoanálisis, un dispositivo puede ser concebido como elementos en conjunto con funciones y características particulares que entrelazados, forman un sistema de relaciones único. La relación entre los componentes del dispositivo produce significados para cada uno de los elementos que lo componen y para el grupo que forman. El dispositivo psicoanalítico estaría compuesto por el psicólogo de orientación psicoanalítico o el analista, los participantes de la interlocución, la transferencia, la circulación de la palabra y el encuadro definido para el mismo (Mauer, Moscosa, & Resnizky, 2014). El fin ulterior de la puesta en marcha de un dispositivo sería la emergencia del sujeto, la transformación de la realidad psíquica inconsciente y la posibilidad de conocimiento y exploración del inconsciente (Käes, 2000).

Pueden ser entendidos, así mismo, como lugares de “confluencia y de tejido de lazos” basados en el respeto y la escucha al otro. Espacios de acompañamiento donde lo dicho por quienes lo componen a nivel verbal y no verbal, es reconocido, sostenido y escuchado. En la experiencia de dispositivos emprendida, la autora hace énfasis en la importancia de alejarse de la posición del *saber*, haciendo una apuesta por la co- construcción del mismo en donde el aporte del otro es inevitable para poder construir los dispositivos. La noción de espacio en la tesis de Egas es vista como un lugar abierto que permite la interacción. Se trata de un espacio amplio, pero dentro de un encuadre definido que permite el atar y el desatar de lazos, la construcción y deconstrucción del saber (Egas, 2010).

En cuanto al funcionamiento de los mismos, cabe destacarse sus componentes principales que son : la transferencia ⁹, la cual toma una orientación distinta a la que se produce en la situación analítica, ya que se da entre los miembros del dispositivo, hacia el analista y hacia el lugar. Al respecto de este último componente, es necesario tomar el ejemplo del dispositivo planteado por Françoise Dolto denominado “*La Maison Verte*” cuya traducción al francés es “*La Casa Verde*”. En este espacio, dirigido a niños muy jóvenes

⁹ La transferencia es definida como el vínculo que se produce entre el analista y el paciente de manera inconsciente, donde se reactualizan los conflictos y demandas de amor de la infancia las cuales son proyectadas en la imagen del analista (Chemama & Vandersmech, 2010).

con el fin de brindar un lugar que permita el afloramiento de su subjetividad y la construcción de lazos sociales, surge el concepto de *transferencia al lugar*, por la variedad de personas que dirigen la intervención. Al no existir un sólo individuo con el cual se establezca transferencia, esta se da hacia el lugar del dispositivo (Dolto, 1986).

Otro aspecto importante de los dispositivos psicoanalíticos es el uso de la palabra como vehículo para poner en evidencia la vida intrapsíquica del sujeto, puesta en palabras, a la escucha del otro. A través del discurso, se genera una narrativa colectiva la cual versa alrededor de historias, relatos, experiencias, prácticas y saberes. Aquello es posible si el analista deja a un lado el lugar del saber absoluto y permite la libre circulación de la palabra, facilitando la escucha entre todos los miembros del grupo. Gracias a la acción de la palabra, es posible resignificar, dar sentido y construir un discurso colectivo alrededor de las problemáticas y malestares que surgen en el interior del dispositivo (Favre & Dimarco, 2015).

Finalmente, tenemos al rol del acompañante cuyo nombre responde a la posición que este ocupa en el dispositivo. No se posiciona en el lugar de un saber absoluto, sino contrariamente, su función es “el acompañamiento y la escucha sin posicionarse en calidad de filtro moral o con un saber predeterminado” (Egas et al., 2013, pág.146). A través de las intervenciones habladas de los participantes, el saber es explicitado por lo cual este no se posiciona del lado del analista, diferenciándose de la experiencia en el dispositivo tradicional del psicoanálisis. La palabra juega un rol importante al promover el surgimiento de la subjetividad inherente a quien habla y al permitir simbolizar el malestar (Vaca, 2016). La función principal del acompañante es el “devolver” estas enunciaciones, de manera poco invasiva y permitiendo la circulación continua de la palabra y el saber, evitando que los participantes le otorguen el lugar del saber absoluto (Egas, et al., 2013).

3.3.1 Ejemplos de dispositivos psicoanalíticos

La psicoanalista francesa, Françoise Dolto creó, como se mencionó previamente, el dispositivo de la “Casa Verde”. Esta fue una intervención pensada desde el psicoanálisis, como un espacio de acogida de las problemáticas que se dan en la relación entre padres e hijos alrededor de los procesos de separación del niño de sus padres, con el fin de promover la autonomía del sujeto en construcción. La Casa verde estuvo dirigida para niños jóvenes entre los 0 meses de vida y los 3 años, además de mujeres embarazadas. El equipo de intervención en el dispositivo de Dolto se caracterizaba por realizar intervenciones ligeras y

poco directivas, la experiencia de los profesionales inmersos en este trabajo fue amplia y proveniente de campos como la educación, la psicología y el psicoanálisis (Dolto, 2009).

Fue un espacio pensado para padres y sus hijos, por lo cual nunca un adulto sin el acompañamiento de un niño, podía formar parte del dispositivo. No era una guardería, por lo cual se requería la presencia continua de los padres, ni un lugar de consultas clínicas. Entre los efectos de la Casa Verde tenemos el de la *socialización*, mediada por los padres de los pequeños que interactuaban entre sí, facilitando la creación de lazos por fuera del núcleo familiar, para el niño. Por otro lado, está la *prevención*, es decir el venir antes que algo. Dado el encuadre de este dispositivo, los niños venían antes de socializar en otros lugares: guardería y escuela, padres e hijos se preparaban juntos para las separaciones futuras. Aquello evitaba que los pequeños hagan un vínculo entre pérdida y desaparición temporal de sus padres, con la interacción con otros niños. La Casa Verde era un espacio para la humanización y el advenimiento del sujeto; contrariamente a espacios hegemónicos y totalitarios que producen la despersonalización del mismo (Dolto, 2009).

En el Ecuador, entre los años 2006 al 2010, la Dra. Verónica Egas realizó una investigación para la obtención del Doctorado en Psicología en la Universidad Católica de Lovaina en Bélgica. En cooperación con la Universidad Andina Simón Bolívar y la Fundación Telefónica en el Ecuador, se crearon varios dispositivos para acercarse a la problemática del trabajo infantil. El dispositivo “Estrategia de Trabajo Familiar” (ETF), fue una propuesta psicoanalítica de trabajo grupal, para responder a la realidad de la población atendida. El propósito de las ETF fue “la construcción grupal de saberes, en base a la demanda, preocupación y movilización de los participantes” (Egas. et. al., 2013, pág., 139).

El dispositivo de las ETF funcionaba manteniendo reuniones periódicas con distintos actores: niñas, niños, padres, técnicos institucionales y psicólogos para conversar alrededor de temas que no eran previamente definidos, sino que surgían espontáneamente de los participantes de la iniciativa de grupo. En los encuentros mantenidos, se contaba con la participación de *acompañantes*, cuya labor era la acogida y el asegurar la circulación de la palabra. El *técnico institucional*, aportando para la ejecución y planificación de la estrategia. Se disponía de un *espacio físico y material físico de distensión*, cuyo fin es la reducción de la ansiedad producida, un *refrigerio* como elemento distensor y que permite la socialización. El dispositivo contó con entre cuatro y quince participantes con una duración de dos horas por encuentro. Era un espacio de encuentro entre padres e hijos no destinado a la práctica clínica en donde se intercambia contenidos inter e intrapsíquicos. Las ETF demandaban de

pares e hijos el posicionamiento en un rol activo en cuanto a sus propios saberes produciendo que se entiendan como “actores responsables de su realidad y su posible modificación, siguiendo así el trabajo, una lógica del orden de la prevención global”. Los acompañantes, por su parte, acogen el síntoma, las problemáticas, los malestares desde una posición de acompañamiento y escucha. Los participantes se apropian del espacio a través de distintas manifestaciones, poniendo en evidencia la pertinencia del aporte de Dolto al teorizar sobre la transferencia hacia el lugar (Egas. et. al., 2013, pág., 145).

En conclusión, el termino dispositivo en las ciencias sociales alude a mecanismos, encuadres y situaciones gobernadas por distintos componentes que dan cuenta de la particular relación entre el saber y el poder en una situación social e histórica determinada. Son mecanismos para la producción de subjetividad o para la anulación de la misma. En el campo del psicoanálisis, existen numerosas iniciativas de intervención grupal denominadas como dispositivos que permiten, la co-construcción de saberes colectivos, la escucha y el sostenimiento de distintos malestares y la confluencia de conocimientos provenientes de distintas disciplinas, en espacios de reconocimiento de la falta y de la necesidad de la escucha al otro.

4. CUARTO CAPÍTULO: METODOLOGÍA Y RESULTADOS

4.1 Metodología y análisis de los resultados

En el siguiente capítulo se presenta el tipo de investigación llevado a cabo, la metodología y el procedimiento utilizado para la obtención y análisis de los resultados. Se discuten los resultados enlazados a las elaboraciones teóricas de los capítulos anteriores, para la obtención de conclusiones relevantes en torno al problema de investigación y la posterior construcción teórica del dispositivo psicoanalítico, en base a los resultados obtenidos.

4.2 Tipo de investigación

La presente disertación ha utilizado metodología de tipo cualitativa empleando herramientas de investigación tales como la investigación bibliográfica y las entrevistas a expertos. El método cualitativo no utiliza medición numérica en la recolección de datos para el planteamiento del problema de investigación y la generación de preguntas de investigación es un proceso dinámico de “ida y venida” entre la revisión bibliográfica y los datos recabados (Sampieri, Fernández, Baptista, 2010). La información recabada fruto del trabajo investigativo fue recolectada a través de la lectura y subrayado de textos y toma de apuntes en el caso de la investigación bibliográfica y de grabaciones de audio y transcripciones escritas de las entrevistas a expertos. Además, se generó un cuadro de análisis por categorías con el fin de sintetizar la información para la discusión de los resultados y la generación de la propuesta de dispositivo teórico.

4.3 Instrumentos

Las herramientas utilizadas fueron investigación bibliográfica y las entrevistas semiestructuradas a expertos. A continuación, se explican las características de las herramientas empleadas y el procedimiento seguido para la obtención de los resultados.

A través de la investigación bibliográfica, se realiza una búsqueda extensiva de la información existente en torno al tema del estudio. Se buscan conocimientos, técnicas y datos relacionados con el campo del saber a ser investigado para contrastar la información recabada con la realidad y así, generar posibles preguntas de investigación. El material a ser revisado lo constituyen principalmente obras de autores clásicos sobre la teoría que sustenta

el trabajo, artículos científicos y textos académicos relacionados (Sampieri, Fernández, Baptista, 2010).

Por otro lado, la entrevista semiestructurada a expertos es una técnica de investigación cualitativa en donde dos personas que son el entrevistado y el entrevistador, se reúnen con el fin de dialogar e intercambiar información. A través de la conversación en la entrevista, se logra recabar datos y construir significados relacionados con el tema a ser tratado. En el caso de las entrevistas semiestructuradas, el entrevistador posee una guía de preguntas las cuales no son rígidas y pueden irse modificando y agregando en el transcurso de la entrevista, con el fin de recabar más información. En la investigación cualitativa se sugiere que las entrevistas sean lo más abiertas posibles y sean llevadas a cabo por el investigador con el propósito de que los participantes puedan hablar libremente sobre sus experiencias sin ser influidos por la opinión y perspectiva del investigador (Sampieri, Fernández, Baptista, 2010). Las entrevistas a expertos son técnicas de investigación que aportan a la recolección de datos detallados y personalizados en el encuentro entre el entrevistado y el entrevistador. Algunas de las temáticas que frecuentemente se abordan en este tipo de entrevistas son las opiniones, criterios, actitudes, creencias y percepciones en torno a la experiencia del sujeto entrevistado sobre el campo a ser estudiado (García, M., Martínez, C., Naira, M., & Sánchez, L. (S.F). Para los efectos de la presente disertación, se realizaron dos guías de entrevista semiestructurada, una dirigida a psicólogos clínicos y otra a médicos pediatras, previamente revisadas y aprobadas por la directora de la disertación ¹⁰.

4.4 Población/Muestra

Los profesionales que fueron parte de la investigación son por un lado tres psicólogos clínicos de orientación psicoanalítica, con amplia experiencia en el trabajo con niños y en el trabajo interdisciplinario en el campo de la educación y la medicina en ámbitos tanto públicos como privados. Por otro lado, se contó con la participación de tres médicos pediatras con experiencia en el trabajo interdisciplinario con psicólogos clínicos los cuales llevan a cabo su práctica médica en un hospital público infantil de la ciudad de Quito. En la elección de la muestra de pediatras, se tomó en consideración su experiencia en la atención médica en un hospital público infantil en donde se posibilite la articulación con el área de psicología, lo que permite que el trabajo interdisciplinario sea accesible.

¹⁰ Véase: Anexos 2 y 3 Guías de entrevista semiestructurada.

No se pudo determinar específicamente si los psicólogos clínicos con los que los pediatras han llevado a cabo su trabajo en conjunto, estaban atravesados por el enfoque psicoanalítico. Sin embargo, las experiencias relatadas en las entrevistas son de gran valor al dar cuenta de la realidad del trabajo conjunto entre la medicina y la psicología; como área de atención en salud mental en los hospitales públicos y privados del Ecuador. A pesar de que la experiencia de trabajo interdisciplinario de los pediatras no estén basadas necesariamente en un intercambio entre el psicoanálisis y la medicina, a través de las mismas es posible explorar las particularidades y problemáticas de la relación entre la pediatría y la atención en salud mental para así aportar a obtener mayor conocimiento de un campo en el cual el psicoanálisis; como disciplina distinta a la psicología clínica; se ha insertado a nivel mundial. Finalmente, esto podría permitir en trabajos e iniciativas posteriores hacer una lectura crítica desde el psicoanálisis, a la realidad en el contexto ecuatoriano de la atención a la infancia en medios hospitalarios, en el área de la salud mental.

Se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas. En apego a la ética de investigación, las condiciones del consentimiento informado y por solicitud expresa de los participantes de la investigación, se ha guardado el anonimato de sus nombres y de sus lugares de trabajo¹¹.

Los criterios de inclusión para la participación en el estudio fueron los siguientes:

- Expertos psicólogos clínicos de orientación psicoanalítica y psicoanalistas con experiencia en el trabajo con niños
- Médicos pediatras en ejercicio profesional con experiencia de trabajo en conjunto con psicólogos clínicos en ámbitos públicos o privados.
- Que hayan ejercido su práctica clínica en la ciudad de Quito.

Los criterios de exclusión para la participación en el estudio fueron los siguientes:

- Psicólogos clínicos cuya orientación teórica sea distinta al psicoanálisis y que no hayan tenido experiencia en la práctica clínica con niños.
- Médicos pediatras sin experiencia previa en el trabajo con psicólogos clínicos en ámbitos públicos como privados

¹¹ Véase: Anexo 1 Consentimiento Informado.

- Que su práctica profesional se haya desarrollado en ciudades distintas a la de Quito.

4.5 Procedimiento

Las entrevistas se llevaron a cabo en la ciudad de Quito entre los meses de junio a noviembre del 2018, con una duración de 20 minutos en promedio. Se contó con dos guías de entrevistas distintas para psicólogos clínicos y pediatras. Las entrevistas fueron grabadas en audio, luego de la firma del consentimiento de los participantes de la investigación; documento del cual recibieron una copia. Posteriormente las grabaciones fueron transcritas a texto, para después obtener extractos los cuales fueron agrupados en categorías de análisis y sintetizados en cuadros que son parte de los anexos de esta disertación, con el fin de facilitar el análisis de la información recabada y la discusión de los resultados.

4.6 Análisis y discusión de los resultados

En el siguiente apartado se presentan las categorías de análisis por medio de las cuales se sintetizó y analizó los datos obtenidos en las entrevistas. Las mismas fueron construidas con el fin de responder a la pregunta de investigación y a las reflexiones producidas por la investigación bibliográfica previamente realizada.

4.6.1 Categorías de análisis

En la investigación cualitativa, el mayor reto del investigador es lograr captar las unidades de análisis en el proceso de recolección y análisis de datos. Tales unidades pueden ser *significados* o referentes lingüísticos que los sujetos emplean para referirse a vivencias sociales desde su experiencia; *prácticas* las cuales pueden ser comprendidas como unidades de análisis conductuales que implican una actividad continua por parte de miembros de un sistema social; *episodios* que al contrario de las prácticas, no son eventos rutinarios sino más bien extraordinarios y sobresalientes; *encuentros* es una unidad de pequeño tamaño que se produce en la reunión de una o varias personas con el propósito de trabajar en una tarea en específico o intercambiar conocimientos. *Papeles o roles*, aquello que organiza y da sentido social a las personas y sus prácticas. *Grupos*, están constituidos por colectivos de personas que comparten una meta en común y se reúnen por un período extendido (Sampieri, Fernández, Baptista, 2010).

Las mencionadas son algunas de las unidades de análisis a través de las cuales se han generado las categorías para la interpretación de los datos obtenidos en las entrevistas y la posterior discusión de resultados. Para el análisis de la información recolectada en las entrevistas, se generaron dos cuadros de análisis por categorías ¹² correspondientes a las entrevistas a psicólogos clínicos y pediatras.

4.6.2 Análisis de entrevistas a psicólogos clínicos ¹³

A. Origen y características del psicoanálisis de niños en el contexto ecuatoriano.

Al respecto el primer profesional entrevistado (E1) comparte información sobre el origen de la práctica del psicoanálisis de niños en el Ecuador haciendo referencia al exilio que debieron sufrir miles de argentinos a mediados de la década de los 70 a causa del golpe de estado a Isabel Perón y la posterior instalación de la dictadura militar de derecha del general Jorge R. Videla. Este proceso social y político acarrió un sinnúmero de consecuencias en la población de la Argentina al estar basado en la propagación de terror y autoritarismo entre la población bajo el eslogan de llevar a cabo un “Proceso de Reorganización Social” (Patierno, N. y Martino, S., 2016). A raíz de esto, varios argentinos llegan a la ciudad de Quito provenientes de diversas áreas del conocimiento como la filosofía, la sociología y el psicoanálisis, entre otros. Una de estas personas es María Luisa Barrera oriunda de la ciudad argentina de Mendoza quien se había formado como psicoanalista kleiniana y trabaja con niños y adolescentes, aportando desde su conocimiento y experiencia al desarrollo de la práctica del psicoanálisis de niños en la ciudad capital por varios años y trabajando desde el enfoque kleiniano del psicoanálisis (Entrevista E1, 2018).

Por su parte el segundo profesional entrevistado menciona como característica de la práctica del psicoanálisis de niños en nuestro contexto, la apertura paulatina que se ha producido hacia el diálogo con otras disciplinas como la medicina y la educación (Entrevista E2, octubre de 2018). Finalmente el tercer entrevistado (E3) comenta sobre las críticas que el psicoanálisis de niños recibe al no poderse efectuar de la misma manera que con adultos con quienes no se pueden mantener sesiones en donde la asociación libre en el diván sea la regla, hecho ante el cual es necesario remarcar que el psicoanálisis permite dar una lectura

¹² Véase: Anexos 4 y 5

¹³ Véase: Anexo 4 Cuadro de análisis por categorías - Entrevistas a psicólogos clínicos

que trasciende el trabajo cognitivo, la psicoeducación y las demandas familiares permitiendo que criterios distintos sobre el niño inmerso en estas demandas, puedan tener cabida en las instituciones y en el entendimiento de los síntomas infantiles (Entrevista E3, noviembre de 2018).

En relación a este punto cabe retomar algunas de las experiencias de psicoanalistas de niños descritas en el tercer capítulo, como es el caso de Françoise Dolto quien en su teoría y práctica da lugar a la palabra del niño en tanto sujeto en medios en donde un espacio para la escucha como es el medio hospitalario. Dolto afirma que es necesario no restar importancia a la capacidad de los niños de comprender el lenguaje adulto para lo cual, no es necesario un amplio desarrollo de las habilidades lingüísticas, sino que a través de la intuición estos son capaces de captar la verdad detrás del lenguaje. Sin embargo, no basta con otorgar la importancia necesaria a la capacidad de comprensión del lenguaje sino en dar un espacio de escucha y afloramiento al malestar contenido en el lenguaje infantil. Su experiencia como interna en un asilo cercano a París le dio pistas para darse cuenta de la importancia para la salud mental de poder hablar sobre los retos reprimidos de la infancia con el fin de prevenir, ya que aquello que no es expresado a su criterio, estallaría posteriormente en la vida a través de un sinnúmero de síntomas psíquicos además de su práctica en medios hospitalarios e intervenciones con bebés internos a quienes también, les posibilitaba escucha y espacio para el afloramiento de su malestar (Dolto, 1985).

Es así que se encuentran puntos en común entre la situación de la práctica del psicoanálisis de niños en el contexto de la ciudad de Quito y la experiencia en la práctica clínica de Dolto en donde hay una necesidad inminente de abrir espacios de escucha a la singularidad de los niños en campos de atención hospitalaria y educativa. El psicoanálisis de niños en el contexto estudiado se ha nutrido del conocimiento teórico y clínico que expertos han traído en procesos sociales de migración como, por ejemplo, en el éxodo de exiliados argentinos durante la dictadura militar en el cono sur y progresivamente ha ido abriéndose camino a espacios de trabajo en conjunto con médicos de distintas especialidades, docentes y psicopedagogos. Además, se ha diferenciado de la práctica del psicoanálisis con adultos por la especificidad del mismo en el encuadre y reflexiones teóricas que lo caracterizan (Entrevista E1, 2018) (Entrevista E2, 2018) (Entrevista E3, 2018).

B. Experiencia de prácticas de trabajo en conjunto entre psicólogos clínicos y pediatras

Con el fin de conocer las particularidades y problemáticas inherentes al trabajo conjunto entre el psicoanálisis y la pediatría, es necesario referirse a las experiencias personales y subjetivas de los profesionales que participaron en esta investigación y en donde haya habido formas de trabajo en conjunto y de confluencia de ambos discursos. Al respecto E1 comparte su experiencia de trabajo en conjunto con pediatras en el campo de la psicoprofilaxis quirúrgica. Su importancia radica a su criterio en la posibilidad de hablar con el paciente a ser intervenido sobre el procedimiento quirúrgico y sus consecuencias a nivel físico y emocional. Esto es evidente sobre todo cuando se trata de cirugías genitales como la circuncisión, la fimosis o testículos en ascensor, que generan grandes montones de angustia en el paciente. La opinión del entrevistado es que al haber espacios de palabra y escucha en estas situaciones, provistos por profesionales de la psicología y atravesados por el psicoanálisis, el niño tendrá más elementos para afrontar la angustia inevitable que este tipo de cirugías producen (Entrevista E1, 2018).

Además de lo mencionado, el profesional hace referencia a una experiencia del pasado de trabajo conjunto entre psicólogos clínicos y pediatras en el Hospital “Carlos Andrade Marín” de la ciudad de Quito, es una institución pública regentada por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) que brinda servicios médicos a quienes con afiliados y aportan económicamente a la seguridad social del país, tanto a afiliados económicamente activos como jubilados. Opera los 365 días del año, las 24 horas al día y atiende aproximadamente a un total de 20 000 pacientes mensuales (Burbano, 2014). En este hospital el entrevistado menciona se llevó a cabo grupos de supervisiones con pediatras en donde se discutían casos de alta complejidad en donde los pediatras identificaban ciertos elementos a los cuales no podrían dar explicación, dando lugar al criterio de psicólogos alrededor de los mismos (Entrevistado E1, 2018). En el mismo sentido E2 menciona su experiencia de trabajo en un centro escolar en donde el trabajo apuntaba a detectar necesidades específicas de los niños y a posteriormente referir a otros profesionales como terapistas de lenguaje o de acompañamiento y control en la ejecución de las tareas escolares, no obstante, considera que no se trataba de un verdadero trabajo interdisciplinario al no poder dialogar con estos profesionales sobre el progreso de los casos referidos. Finalmente indica haber recibido en su consulta varios casos de padres que buscan la opinión de un psicólogo clínico por consejo de su pediatra tratante (Entrevistado E2, 2018). Finalmente, E3 menciona al grupo de

formación de psicoanalistas “Grupo Psicoanálisis Quito” como referente en la puesta en marcha de iniciativas de trabajo interdisciplinario a través de conferencias y ponencias no solamente teórico-clínicas sino en diálogo con otras áreas del saber. En la práctica clínica del entrevistado es frecuente la solicitud de evaluación a profesionales de la medicina con el fin de descartar lesiones cerebrales en cuadros de enuresis y encopresis. Habla de un caso particular, se trataba de un niño que había superado el cáncer fruto del cual, perdió un testículo, por lo cual se comunicó con el pediatra tratante con el fin de obtener información al respecto y sus consecuencias a nivel fisiológicos y sus efectos y así poder integrar estos datos en el entendimiento integral del caso.

C. Dificultades en el trabajo interdisciplinario entre psicoanálisis de niños y pediatría

Como fue mencionado en el tercer capítulo, en la apuesta por el trabajo interdisciplinario es inevitable la aparición de dificultades ante la confluencia de diversos discursos. El ejercicio de la práctica clínica, sobre todo en ámbitos públicos, acarrea dificultades propias de la realidad de estos contextos en donde frecuentemente aparecen situaciones de vulneraciones de derechos, maltrato, violencia y desbordamiento de la capacidad de atención ante la falta de personal y recursos necesarios. En este sentido, ha surgido la necesidad de que las intervenciones por parte de la psicología entren en la lógica de la eficiencia y la optimización de costos, por lo cual, el psicoanálisis pensado desde el dispositivo tradicional de la cura, no sería factible (Vaca, 2016).

Al respecto E1 menciona algunas dificultades a las que se tienen que enfrentar psicólogos y pediatras al trabajar juntos. En primer lugar, hay que considerar que al incorporar la perspectiva de psicólogos en el trabajo con los pediatras implica un aumento considerable de los costos para el paciente, lo cual evidentemente restringe el acceso a la población a estos servicios. En segundo lugar, a criterio del entrevistado, los profesionales médicos del país están mayormente influenciados por la línea norteamericana de entender la salud en donde el trabajo en equipo probablemente no es tan valor. Al contrario, en Argentina existen variedad de espacio de trabajo interdisciplinario. En tercer lugar y retomando la experiencia mencionada en el Hospital Carlos Andrade Marín del seguro social, el entrevistado relata la existencia de algunas dificultades en el trabajo en esta institución particularmente en la relación con los médicos al discutir los casos clínicos. Los médicos quizás se sentían cuestionados y el hecho de poder quedar en evidencia posiblemente generó

resistencias que impidieron que el trabajo se sostenga por mucho más tiempo. Finalmente, la falta del conocimiento de lo que es el psicoanálisis por parte de los médicos generan dificultades en el trabajo además de las diferencias en el encuadre de la consulta entre médicos y psicólogos sobre todo debido a la duración distinta de ambas y la prolongada duración de las sesiones psicológicas por la naturaleza y objetivos de las mismas; hecho que generaba malestar en los médicos con los que el experto trabajaba (Entrevistado E1, 2018).

E2 coincide con E1 en las dificultades con los médicos por la idea de que podrían tener mayor jerarquía y conocimiento frente a los psicólogos. En este sentido menciona otra complicación con los pediatras que al ser médicos de niños se podrían arrogar la función de dictaminar aquello que se debe hacer con la salud emocional de los niños. Así, considera que es necesario dejar a un lado posiciones egocéntricas de parte de ambos lados y que es necesario que los psicólogos eviten posicionarse en un nivel secundario frente a los médicos. Finalmente, en cuanto al trabajo de los psicólogos, considera que no se debe dar un papel secundario a la influencia del cuerpo en la presentación de la sintomatología la cual no siempre puede ser de origen psicógeno, el trabajar con médicos pediatras puede enriquecer la práctica clínica psicológica para tener una visión más general de qué pasos tomar con el paciente (Entrevistado E2, 2018).

Finalmente, E3 coincide con ambos entrevistados en la subordinación del rol del psicólogo frente a la del médico. Los médicos, de acuerdo a lo que expresa el entrevistado, se encuentran teóricamente ubicados en el discurso del amo y en el discurso universitario, no permitiendo la escucha al discurso de la histeria ni al discurso analítico. En el discurso del amo existe subordinación rígida a un saber inamovible, en este caso, al saber de la medicina (Entrevistada E3, 2018). En este sentido, resulta conveniente revisar algunas de las construcciones teóricas de Jacques Lacan en torno al discurso en psicoanálisis. Para Lacan, la teoría psicoanalítica está sostenida en esencia en un discurso sin palabras lo que implica que el psicoanálisis es un discurso y que no todo discurso posee palabras, diferenciándolo del enunciado el cual es el mensaje frontalmente dicho con palabras (Savio, 2015). Lacan (1977/1983) centra su preocupación en torno al discurso en los vínculos presentes entre los distintos elementos que componen mas no en el contenido del mismo. Para el autor, el discurso representa una relación fundamental a la que subyace un vínculo social determinado. Las elaboraciones teóricas de Lacan entorno al discurso representan diferentes tipos de lazo social y son cuatro: el discurso del amo, el discurso de la histérica,

el discurso del analista y el discurso de la universidad las cuales podrían ser las modalidades del saber en la realidad de la cultura occidental contemporánea (Savio, 2015).

El discurso universitario según Lacan encarna la hegemonía del saber ya que es esta estructura la que ocupa la posición de mando. Según el psicoanalista francés, este discurso implica una suerte de regresión al discurso del amo, pero de manera modernizada ya que el amo es quien garantiza formalmente el saber (Savio, 2015). Al respecto Lacan dice: “Precisamente por este signo, porque el signo del amo ocupar ese lugar toda pregunta por la verdad resulta, hablando con propiedad, aplastada” (Lacan, 1975/2006, pág.110). El universitario quien ocupa el lugar del otro y sigue las directrices del amo y posee el rol de difusor del saber de los autores clásicos del saber (Juránville, 1992 citado en Savio, 2015). Por otro lado, el discurso del amo, el significante del amo se encuentra como agente y contenedor de la ley negando aquello que también es verdad para este: la división del sujeto, así el amo no acepta su propia castración (Savio, 2015).

Las elaboraciones teóricas de Lacan en cuanto al discurso y la esencia hegemónica, arbitraria y autoritaria del saber están presentes en las experiencias subjetivas de los entrevistados, en su relación profesional con médicos pediatras. Aquello implicaría dificultad para el trabajo interdisciplinario al no presentarse espacios para el diálogo, la aceptación de las limitaciones propias y la búsqueda de saberes alternos en el otro. Como los participantes han mencionado, para poder llevar a cabo un verdadero trabajo interdisciplinario, es necesario dejar a un lado posiciones egocéntricas que estén en la ilusión de poseer toda la verdad y aceptar que, más allá de las especificidades de la formación de psicólogos y médicos pediatras, es solamente por medio del diálogo y la valoración de distintas experticias y formas de hacer las cosas, que el trabajo interdisciplinario podría encontrar maneras de llevarse a cabo y de desarrollarse.

D. Fortalezas o ventajas en el trabajo interdisciplinario entre el psicoanálisis de niños y la pediatría.

En cuanto a las posibles ventajas y fortalezas que los expertos hallan en el trabajo interdisciplinario en el contexto de su práctica profesional, tenemos que E1 considera que los pediatras son los médicos que probablemente más abiertos se encuentran a considerar a la psicología como una disciplina válida para el diálogo y estarían más abiertos a posibilidades de trabajo conjunto como las derivaciones, además en su experiencia en psicoprofilaxis quirúrgica, el contacto con pediatras fue estrecho. Remarca el hecho de que

en países como Argentina o en Francia con el caso de Françoise Dolto, los psicoanalistas se habían formado primeramente como médicos algo que quizás permitió un mayor acercamiento a la medicina ya que para un pediatra, otro médico resulta ser un interlocutor válido y estaría en ventaja frente a un psicólogo. (Entrevistado E1, 2018). Finalmente, E3 refiere algunas experiencias positivas de trabajo interdisciplinario entre pediatras, neurólogos y psiquiatras pero que se han producido en medios universitarios en donde, a criterio de la participante, el discurso de la psicología “está menos estigmatizado” (Entrevistado E3, 2018).

E. Síntomas o patologías fisiológicas que han sido intervenidas desde el psicoanálisis en la práctica clínica

La presentación de diversas patologías y síntomas de carácter médico es común en la práctica clínica psicológica. Diversas condiciones como enuresis, encopresis, dermatitis, etc. son abordadas en la clínica y entendidos como síntomas en relación a la historia del sujeto que los porta. Al respecto de los síntomas infantiles Françoise Dolto plantea que estos responden a necesidades inconscientes derivados de pulsiones reprimidas cuya energía psíquica demanda una vía de salida o de expresión, así el sujeto está en capacidad de liberar angustia que el conflicto entre pulsiones libidinales y prohibiciones sociales produce (Dolto, 1971).

Por su parte Maud Mannoni expresa que el síntoma tiene la función de enmascarar sucesos distintos al síntoma en cuestión a manera de un lenguaje que le pertenece al niño, así el analista se acerca al menor a intentar descifrar el contenido reprimido en el síntoma. Las manifestaciones orgánicas usualmente son reemplazos del conflicto inconsciente (Mannoni, 1987).

Entre las manifestaciones orgánicas que se han presentado en la práctica clínica de los expertos, E1 menciona a la enuresis, la encopresis y la dermatitis como causas comunes de consulta. Al respecto de esta última patología, E1 menciona que su aparición suele ocurrir tan pronto como a los 15 o 20 días en la vida de los recién nacidos y a criterio del entrevistado, las madres de estos niños son absolutamente ansiosas y carecen de la capacidad de dar sostenimiento al niño, además suelen ser extremadamente dependientes de sus propias madres. La dermatitis puede devenir posteriormente en otras complicaciones como psoriasis y asma. Finalmente se acuerdo a estudios que el entrevistado refiere, estos niños pueden enfrentarse a dificultades de aprendizaje relacionadas con las matemáticas e inteligencia

espacial lo cual se podría ser entendido como una dificultad de acceso a la dimensión simbólica (Entrevistado E1, 2018).

E2 coincide con E1 y refiere a la enuresis como una patología que podría no tener un origen fisiológico y frente a la cual se presenta la posibilidad de remisión de pediatras hacia psicólogos. Además, menciona también a la dermatitis, los problemas del lenguaje y la tartamudez. Finalmente indica que a pesar de que en psicoanálisis no es conveniente llegar a conclusiones generalizadas sobre la etiología de los síntomas y hay que tomar en cuenta la especificidad de cada caso, en los problemas de la piel de causa psicógena usualmente subyacen dificultades en la relación madre-hijo (Entrevistado E2, 2018).

E3 hace referencia al autismo como un cuadro complejo que ha hecho que el trabajo conjunto entre médicos y psicólogos sea necesario, aunque probablemente más desde una perspectiva cognitiva que desde el campo clínico. Coincide con ambos entrevistados en cuanto a la enuresis y la necesidad de descartar desde el lado médico, complicaciones como infecciones de vías urinarias, antes de abordarla desde la psicología. También menciona al igual que E2 a los problemas de adquisición del lenguaje y a los problemas atencionales a los cuales hay que abordar críticamente por ser, a perspectiva de la entrevistado, una lectura posmoderna de la infancia (Entrevistado E3, 2018).

F. Posibles formas de trabajo interdisciplinario entre el psicoanálisis y la pediatría

Al respecto E1 habla sobre la importancia de que entre los médicos se difunda información sobre los diferentes dispositivos que se han llevado a cabo alrededor del mundo para fomentar el trabajo entre psicólogos y médicos, cita el ejemplo de Jerusalinsky y el trabajo multidisciplinario (Entrevista E1, 2018). Por su parte E2 comenta que el diálogo debe ser la vía para fomentar espacios de construcción de trabajo en conjunto y poder trascender la remisión, que es actualmente lo que prima en el trabajo interdisciplinario. Además, menciona a los “Baby Test” las cuales son pruebas psicológicas creadas desde el psicoanálisis y son aplicadas a bebés recién nacidos y están basadas en procesos de observación a la respuesta de los recién nacidos ante estímulos como la luz, los sonidos y estímulos visuales con el fin de explorar el proceso de estructuración subjetiva del menor. Considera además que es necesario generar espacios de diálogo para poder conseguir iniciativas reales de interdiscipliniedad y sobre todo el poder acercarse y entender la

posición de los otros profesionales, tanto los psicólogos la de los pediatras y viceversa (Entrevistado E2, 2018).

A manera de síntesis, se tiene que la práctica del psicoanálisis de niños en la ciudad de Quito ha evolucionado a través del tiempo y se ha diferenciado paulatinamente, dialogando con discursos distintos, presentando varias dificultades en este proceso, por lo cual la necesidad de abrir espacios de diálogo es un imperativo. Las prácticas de trabajo conjunto han consistido en su mayoría en la remisión para descartar patologías físicas, discusión de casos clínicos que se han sostenido por tiempo limitado e intervenciones de psicoprofilaxis con el fin de dar soporte emocional a pacientes atravesando procedimientos médicos complicados. En el encuentro de ambas profesiones, han surgido dificultades por la hegemonía del discurso médico sobre el psicoanalítico, la exacerbación de los costos al incluir a la psicología clínica en el cuidado del paciente, y la verticalidad de las relaciones de médicos sobre psicólogos clínicos. A criterio de los expertos, la pediatría es una de las ramas de la medicina más abiertas al diálogo con otras disciplinas, lo cual es una fortaleza para el trabajo interdisciplinario junto con iniciativas de discusión llevadas a cabo en contextos universitarios. Síntomas como la enuresis, encopresis, dermatitis, problemas digestivos y respiratorios, son causas frecuentes de remisión entre psicólogos clínicos y pediatras. Finalmente, se encuentra necesario el generar espacios de diálogo y trabajo en conjunto para replicar experiencias de otros países en materia de prevención y comprensión de diversos síntomas y patologías.

4.6.3 Análisis de entrevistas a médicos pediatras¹⁴

A. Definición y campo de la pediatría

Con el propósito de tener un acercamiento a la visión personal que los pediatras participantes de la investigación, se indagó sobre lo que para su perspectiva es la pediatría, su definición y campo de acción. Al respecto el primer entrevistado sostiene que la pediatría se ocupa de la atención integral a niños y adolescentes con el fin de establecer acciones para la cura y prevención de patologías, además menciona al aspecto psicológico a pacientes y familiares como un área competente de esta rama de la medicina (Entrevistado EP1, 2018).

¹⁴ Véase: Anexo 5 Cuadro de análisis por categorías - Entrevistas a pediatras

Por su parte el segundo participante especifica el rango de edad de la atención en pediatría el cual afirma es desde los 29 días de vida hasta aproximadamente los 18 años de edad (Entrevistado EP2, 2018). Finalmente, la última entrevistada precisa que la atención en pediatría en el Ecuador es hasta los 14 años de edad (Entrevistada EP3, 2018).

B. Síntomas o enfermedades fisiológicas frecuentemente ligadas a causas psicológicas

Con el fin de conocer, por un lado, las particularidades de la práctica clínica de los entrevistados y por otro de acercarse a al estatuto que estos profesionales otorgan a la psicología en el trabajo en conjunto con la pediatría, se consultó sobre síntomas y/o enfermedades que comúnmente se asocian a dificultades psicológicas o, que, a pesar de no tener etiología psicógena, requieren acompañamiento y soporte del área de la psicología.

En ese sentido EP1 manifiesta que hay varios síntomas entre los cuales se tiene a la somatización de síntomas a través de manifestaciones fisiológicas como dolores abdominales dificultades respiratorias, dolores torácicos, irritabilidad y cuadros de ansiedad en niños (Entrevistado EP1, 2018). EP2 coincide con EP1 al mencionar también a los estados de irritabilidad expresados a través del llanto en donde no se encuentra etiología orgánica definida además de la diarrea la cual es un cuadro común asociado a problemas psicológicos (Entrevistado EP2, 2018). Finalmente, EP3 refiere a la desnutrición como una patología en la cual con frecuencia se encuentran causas psicológicas subyacentes. La desnutrición es una condición patológica que reúne tres características específicas: es reversible, es inespecífica y es sistémica; es decir que afecta a todo el cuerpo (Márquez, H., García, V., Caltenco, M., Márquez-Flores, H., García, E., Villa, A., 2012). Refiere también condiciones que son consecuencias de la negligencia por parte de los cuidadores de menores como son dificultades respiratorias que son frecuentes en el país. La edad de los padres, a criterio de la experta, tiene influencia en la génesis de patología psicológica en el contexto pediátrico ya que los hijos de padres adolescentes suelen presentar complicaciones de este tipo con mayor frecuencia (Entrevistado EP3, 2018).

C. Experiencia de prácticas de trabajo en conjunto entre psicólogos clínicos y pediatras.

El entrevistado EP1 comparte la experiencia que ha tenido en el hospital donde trabaja en donde indica que una gran parte del trabajo conjunto con psicólogos se lo lleva a cabo con el fin de dar apoyo a familiares de niños que se encuentran en estado crítico y que tienen una alta probabilidad de mortalidad. Refiere que es un trabajo interdisciplinario en

donde confluyen neonatólogos, pediatras y psicólogos y da un ejemplo específico de su práctica en el servicio de cardiología de este trabajo. Cuando se presentan cardiopatías congénitas en recién nacidos, la noticia de la condición a los padres del bebé se la da con todo el equipo compuesto por los profesionales ya mencionado, así los familiares sienten más apoyo por parte de la institución. Previo a dar la noticia a los familiares, se discute el caso con el equipo interdisciplinario y se establecen pautas y objetivos para la intervención con los familiares. Para el profesional, el poder discutir casos como este y brindar apoyo a los familiares en colaboración con distintos profesionales de la salud produce menos estrés para quienes reciben la noticia de una enfermedad grave. Finalmente remarca el hecho de que en todas las enfermedades se presentan complicaciones a nivel emocional y que es necesario que los psicólogos compartan su conocimiento para sobrellevar el impacto emocional de una patología de mejor manera, tanto para la persona afectada como para sus familiares (Entrevista EP1, 2018).

El entrevistado EP2 coincide con EP1 al referir que es común en el hospital solicitar la colaboración del servicio de psicología para brindar orientación a la madre o a los cuidadores del menor que está siendo cuidado, para otorgar apoyo emocional durante el tratamiento. Cuando se trata de pacientes en estado crítico, se dan reuniones de equipo conformadas por los médicos tratantes y psicólogos para tomar decisiones vitales sobre el paciente, por ejemplo, si se brindará o no reanimación cardiorrespiratoria (RCP) en caso de paro cardíaco y también para dar la noticia sobre la posibilidad de fallecimiento inminente a los familiares con el propósito de promover una mayor aceptación de la situación de su ser querido (Entrevista EP2, 2018).

El participante EP3 manifiesta que en el hospital público donde trabaja, existe un alto índice de interacción entre psicólogos clínicos y pediatras. El soporte a los menores comienza desde que son neonatos en programas de estimulación para ellos y sus madres; quienes frecuentemente son adolescentes. También cuando se tratan de niños de mayor edad, es usual que estas cuestiones el porqué de su estancia en el hospital, hecho ante el cual se hace necesaria la intervención del departamento de psicología incluso a través de recursos lúdicos para dar apoyo a los internos. El trabajo entre psicólogos y pediatras en hospital que refiere el entrevistado funciona así: el pediatra contacta a los psicólogos vía interconsulta a través de una llamada telefónica y el psicólogo acude inmediatamente al llamado del médico tratante. Finalmente coincide con los dos pediatras mencionados anteriormente en que el

trabajo en equipo funciona de manera positiva desde su punto de vista (Entrevistado EP3, 2018).

D. Dificultades o desventajas en el trabajo interdisciplinario entre la psicología y la pediatría.

Al respecto de las dificultades o desventajas que se presentan en la cotidianidad del trabajo entre psicólogos y pediatras, EP1 afirma que es necesario que se difunda mayor información entre médicos tratantes sobre la necesidad de pacientes y familiares de recibir apoyo psicológico por las ventajas que esto conlleva. Una dificultad es la falta de conocimiento de algunos pediatras sobre la posibilidad de contar con el soporte del servicio de psicología dirigido tanto a familiares y pacientes (Entrevistado EP1, 2018).

Por su parte EP3 comenta que se debería aumentar el personal disponible para la atención psicológica ya que es insuficiente. Con frecuencia se deben seleccionar a unos niños sobre otros para el acceso a las intervenciones psicológicas, como las estrategias lúdicas, lo que produce que no todos los menores puedan tener acceso a las mismas. El trabajo realizado por los profesionales de la psicología resulta insuficiente ante la falta de personal y de espacios de trabajo, por lo que recomienda crear áreas lúdicas dentro del hospital (Entrevistado EP3, 2018).

E. Fortalezas o ventajas en el trabajo interdisciplinario entre la psicología y la pediatría.

El entrevistado EP1 rescata algunas fortalezas y ventajas del trabajo interdisciplinario entre ambas disciplinas de la salud. En primer lugar, considera que al darse el trabajo conjunto hay mayor probabilidad de que tanto familiares como pacientes asuman la enfermedad de mejor manera y se evita desinformación en torno a la condición del paciente. En segundo lugar, afirma que está estadísticamente demostrado que cuando un paciente y/o familiar están bien informados de la enfermedad y tratamiento que atraviesan; por parte de un grupo de médicos y psicólogos; existen menos demandas de los pacientes hacia las instituciones de salud por mala práctica médica. Finalmente, considera que el trabajo interdisciplinario puede prevenir el rechazo de algún tratamiento por parte del paciente. Existen casos en que algunas personas no acceden a determinados tratamientos por experiencias negativas del pasado en torno a los mismos. El trabajo del psicólogo se fue trascendental en estas situaciones para poder identificar algunos factores en la experiencia del sujeto que le impidan acceder al cuidado médico y así poder diseñar un mejor tratamiento, aún ante la existencia de experiencias traumáticas pasadas (Entrevistado EP1, 2018).

Por su parte EP2 considera que la psicología es de gran valor al permitirles tomar en cuenta áreas que los médicos no exploran a profundidad, como es el área emocional. Además, el vínculo que se establece entre el psicólogo y el paciente es de gran ayuda para esto. Considera también que aspectos inherentes a la dinámica familiar del paciente influyen en el posterior desarrollo de enfermedades y en el curso del tratamiento, así como en la adherencia al tratamiento. También es clave en la aceptación de patologías graves como las lesiones ocupantes de espacios o tumores (Entrevistado EP2, 2018). La adherencia al tratamiento es definida por Haynes como “el grado en que la conducta del paciente en relación a la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o el personal sanitario” (como se citó en López, L., Romero, S., Parra, D. Rojas, L., 2016, pág.119).

EP3 expresa que, desde su punto de vista, hay que tener una visión integral del ser humano, no tomando en consideración solamente los aspectos biológicos sino también los emocionales, sobre todo en el trabajo con niños. Afirma que esto es de beneficio para el paciente ya que, al beneficiarse de un abordaje integral, se tiene a disminuir el número de días de estancia en el hospital (Entrevistado EP3, 2018).

F. Posibles formas de trabajo interdisciplinario entre la pediatría y la psicología.

En la siguiente categoría de análisis, se exploran los criterios de profesionales de la pediatría en torno a la posibilidad de llevar a cabo trabajo interdisciplinario entre ambas disciplinas, a través de espacios de diálogo, encuentro y reflexión entre la psicología y la pediatría. A criterio del entrevistado EP1 reuniones de encuentro con el equipo de psicólogos en su medio de trabajo serían de gran valor al permitir estar al tanto de la evolución de los pacientes, acercarse a la situación emocional de pacientes y familiares para fomentar un tratamiento con más éxito (Entrevistado EP1, 2018). EP2 considera que es necesario mantener espacios de diálogo con los psicólogos para ayudar a pacientes y familiares a aceptar el diagnóstico y además investigar a mayor profundidad la etiología de algunas enfermedades (Entrevistado EP2, 2018).

Finalmente, EP3 afirma que en el hospital público donde ejerce su profesión, se han llevado a cabo grupos de discusión de casos clínicos entre psicólogos y pediatras, pero de manera informal y tomando en consideración la naturaleza de cada caso (Entrevistado EP3, 2018).

Para sintetizar, se tiene que la pediatría se ocupa de la atención en salud de niños a partir del mes de nacimiento hasta la adolescencia. Los expertos afirman que síntomas de

carácter gastroenterológico, cardiológicos y respiratorio usualmente requieren la intervención de profesionales de la salud mental, en conjunto con los pediatras, además de situaciones familiares y sociales complejas que incrementan la posibilidad de dificultades psicológicas. Ante diagnósticos de enfermedades de gravedad y el fallecimiento de pacientes, es usual la colaboración entre ambas profesiones con el fin de brindar apoyo emocional a pacientes y familiares para la aceptación del diagnóstico, la adherencia al tratamiento y las dificultades emocionales que la internación en hospitales genera a los niños. En este sentido, es necesario que exista mayor difusión entre el personal sanitario sobre la importancia de recibir apoyo psicológico para los pacientes e incrementar los recursos disponibles. El trabajo conjunto trae ventajas como una mayor aceptación de diagnósticos complicados, mejor evolución de patologías, mayor adherencia al tratamiento y la toma en consideración de la influencia del contexto familiar y social en la salud de los niños. Finalmente, consideran pertinente generar espacios de diálogo y encuentro con el fin de comprender mejor la etiología de algunas patologías y las implicaciones de lo psicológico en la salud en general.

4.7 Propuesta teórica de dispositivo

La propuesta teórica de dispositivo surge como resultado de la investigación realizada que a nivel teórico; recoge reflexiones alrededor de la práctica conjunta entre pediatría y psicoanálisis, y a nivel práctico, los criterios de expertos sobre las problemáticas y particularidades del trabajo conjunto, obtenidos a través de las entrevistas. Los resultados indican que es necesario la apertura de espacios de diálogo, debate y reflexión entre pediatras y psicólogos clínicos con el fin de poseer una mirada clara de la realidad de estas distintas profesiones. Como producto de esta reflexión, surge la presente propuesta de dispositivo psicoanalítico de encuentro como una posible forma de trabajo interdisciplinario y de instrumento de diálogo entre ambas disciplinas, las cuales se confrontan en su práctica diaria, al malestar de niñas y niños.

4.7.1 Encuadre

Título: “Dispositivo de encuentro entre el psicoanálisis y la pediatría en relación al trabajo clínico con niños”

Posibles lugares para la realización del dispositivo:

Como se ha podido evidenciar en la investigación, los medios hospitalarios se constituyen como espacios en donde se hace posible el encuentro de discursos con distintas epistemologías que se juntan alrededor de la salud como el de la psicología clínica, la pediatría y el psicoanálisis. Además, retomando lo planteado en el Plan Nacional de Salud Mental del Ecuador; documento que remarca la importancia de proporcionar servicios sanitarios desde una perspectiva holística e integral; se considera que los lugares más apropiados para llevar a cabo esta iniciativa de diálogo interdisciplinario serían hospitales públicos de atención a la infancia. En primer lugar, por ser instituciones que permiten el encuentro de las distintas áreas de la salud previamente mencionadas que intervienen en la atención a la niñez. Las diferentes áreas implicadas podrían beneficiarse del dispositivo planteado al tener la posibilidad de discutir sobre su práctica clínica y médica, en permanente escucha a otras posiciones. En segundo lugar, las instituciones públicas atienden a gran cantidad de pacientes por lo cual los beneficios provenientes de una iniciativa que promueva el diálogo entre estas disciplinas, tendrían un mayor alcance (MSP, 2014).

Duración de los encuentros:

La investigación da cuenta de algunas dificultades que se producen en el encuentro entre profesionales de la salud mental y pediatras entre las cuales se tiene la falta de personal en el área de psicología clínica en los hospitales. Esto evidentemente implica una saturación en el tiempo disponible para la atención a pacientes, lo cual reducen significativamente la posibilidad de emplear tiempo para actividades adicionales a las demandadas en los hospitales. Esto por esto que un encuentro de entre una hora a una hora y media, es una duración razonable que traería beneficios a la práctica médica y psicológica. Sin embargo, por la naturaleza de un dispositivo psicoanalítico, la duración se establecería una vez llevada a cabo la propuesta y de acuerdo a la demanda de los integrantes que participen en él.

Frecuencia

Se propone un encuentro mensual para iniciar la propuesta, dadas las limitaciones en el tiempo de los profesionales de salud en el sector público, previamente mencionada. Es necesario resaltar el hecho de que la frecuencia de los encuentros podría ir ajustándose a la demanda de los profesionales por sostener el espacio y la posibilidad de reuniones periódicas de la institución que acoja el dispositivo.

Participantes:

- Psicólogos clínicos con experiencia en el trabajo con niños y que trabajen desde el enfoque psicoanalítico o desde otros enfoques, se esperan aproximadamente tres voluntarios.
- Médicos pediatras con experiencia en medios hospitalarios y que hayan estado en contacto con el área de psicología en su práctica profesional, se esperan aproximadamente tres voluntarios.
- Facilitador, que será psicólogo clínico con enfoque psicoanalítico o psicoanalista.

4.7.2 Justificación

La propuesta de dispositivo que se plantea, surge posterior a las conclusiones obtenidas en la investigación denominada “Propuesta teórica de dispositivo de encuentro entre el psicoanálisis y la pediatría en relación al trabajo clínico con niños - Estudio realizado desde el psicoanálisis con psicólogos clínicos y pediatras de la ciudad de Quito en el período de noviembre 2018 a enero de 2019).

A través del estudio realizado, el cual consistió en revisión bibliográfica sobre la relación existente entre el psicoanálisis y la pediatría y además entrevistas a expertos de la materia, se llegaron a conclusiones que evidenciaron la necesidad de creación de espacios de diálogo interdisciplinario entre el psicoanálisis de niños y la pediatría, con el fin de fomentar una visión integral de la atención en salud a los pacientes y nutrir el entendimiento sobre la etiología de patologías que poseen origen tanto físico como psicológico, en la experiencia clínica de los profesionales participantes.

En la literatura revisada, se encontraron ejemplos de trabajo conjunto entre el psicoanálisis y la pediatría en medios hospitalarios; como las intervenciones de Françoise Dolto en el hospital de niños “ Trousseau” de París, el trabajo de Alfredo Jerusalinsky para la evaluación temprana del estado psíquico de los recién nacidos además de su teorización sobre el “terapeuta único” y finalmente la experiencia similar de Marie-Christine Laznik en Francia en la detección del autismo pensadas desde el psicoanálisis, entre otras. Los ejemplos mencionados dan cuenta de la posibilidad de articular el discurso médico con el saber del psicoanálisis en medios hospitalarios, al ser instituciones que acogen el malestar infantil expresado de múltiples formas.

Al tomar en consideración las políticas públicas del Ecuador en materia de promoción de salud y bienestar para la población, se hace hincapié en garantizar el acceso libre y extendido a servicios de salud integrales que aporten a construir una visión compleja de las distintas patologías a las cuales la práctica clínica infantil se enfrenta. Por su parte el Código Orgánico de la Niñez y la Adolescencia establece que niñas, niños y adolescentes tienen derecho a acceder a servicios de salud de la más elevada calidad en las áreas de prevención tratamiento y rehabilitación, tanto de la salud física como psicológica. Además señala al estado como el responsable de mejorar y promover el mejoramiento de la calidad en los servicios sanitarios y de promover iniciativas de trabajo interdisciplinario en el estudio de la etiología de patologías del desarrollo, con el fin de generar tratamientos eficaces y oportunos (Código de la Niñez y la Adolescencia, 2003: Art. 27).

En cuanto a la situación actual del trabajo interdisciplinario entre psicoanálisis y pediatría, se obtuvo que en el contexto de la ciudad de Quito han existido iniciativas de acercamiento de carácter informal que no se han sostenido en el tiempo; probablemente a causa de la hegemonía del discurso médico sobre el psicoanalítico, por la tendencia de los psicólogos a posicionarse en un rol secundario frente al del médico y por la poca tendencia al diálogo entre ambas disciplinas. La práctica de trabajo conjunto más frecuente consiste en la remisión vía interconsulta, lo cual no posibilita vías de trabajo interdisciplinario ni de abordaje integral sobre la etiología de los síntomas ni sobre el tratamiento elegido para el paciente.

Sin embargo, se encontraron también fortalezas a partir de las cuales se podrían ir construyendo estrategias de diálogo y trabajo conjunto. A criterio de los profesionales participantes, la pediatría se constituye como una de las ramas de la medicina que, en su opinión, se encuentra más presta para el dialogo interdisciplinario y la consideración de reflexiones de carácter psicoanalítico en cuanto a las manifestaciones sintomáticas en niños. Además, la práctica médica de los pediatras entrevistados, se hallaron intervenciones grupales que se realizan en los hospitales en conjunto con psicólogos clínicos, con el fin de dar soporte psicológico a pacientes y familiares ante noticias de enfermedades graves, fallecimiento y largas estancias en el hospital. En el discurso de psicólogos y pediatras entrevistados, se halló un alto grado de valoración al trabajo de las otras disciplinas e interés de compartir práctica y conocimientos, en beneficio del paciente y del mejoramiento de la calidad de servicios de salud ofrecidos.

Adicionalmente, se encontró una alta recurrencia en la presentación de patologías como enuresis, encopresis, problemas respiratorios, dermatitis e irritabilidad y ansiedad, en la práctica médica y psicológica. Al respecto estas patologías y síntomas, tanto médicos como psicólogos, reconocen la posibilidad de etiologías combinadas y la necesidad de intervenir de manera interdisciplinaria en el diagnóstico y tratamiento de las mismas. Al ser síntomas que son comunes en la práctica médica y clínica de los profesionales participantes, proponer un espacios de diálogo y reflexión en torno a las causas y características de los mismos ; tanto desde una perspectiva médico-biológica como de la psicoanalítica basada en la historia personal del sujeto y en la construcción inconsciente de los síntomas; aporta a un entendimiento más complejo de la etiología de estas patologías, hecho que posibilita intervenciones integrales en el área de la salud, tanto en materia de prevención como de tratamiento.

Frente a la apertura y reconocimiento de necesidad de diálogo de los expertos de ambas disciplinas, la presente propuesta se constituye como una posible vía de trabajo interdisciplinario con el propósito de fomentar el diálogo y entendimiento entre las perspectivas de ambas disciplinas, en el campo de la salud. El dispositivo ha sido pensado utilizando conceptos del psicoanálisis, como un espacio de encuentro y reflexión en donde es posible la confluencia de distintos saberes, dentro de un espacio de escucha y sostenimiento a lo que el otro tiene que decir. En el dispositivo planteado se pretende mantener la horizontalidad en relación al saber, apostando por la co-construcción del mismo, alejándose de la hegemonía y autoritarismo de un discurso sobre otro, hecho que resulta problemático en la práctica conjunta entre psicoanálisis y medicina, como se corroboró con los resultados de la presente investigación.

4.7.3 Necesidad

Como la investigación ha evidenciado, es el modelo médico-positivista el que más prevalece en la atención a la salud mental, lo cual, a lo largo de los años, ha dejado poca cabida a la inserción y transmisión del psicoanálisis en medios hospitalarios ecuatorianos. Además, entre la comunidad médica como se ha mencionado ya, existe falta de conocimiento sobre el psicoanálisis (Entrevistado E1, 2018). Por otro lado en consonancia con la política pública del país, se llevan a cabo iniciativas comunitarias a manera de brigadas, talleres y campañas con el fin de dar un enfoque comunitario e integral a la atención en salud (Entrevistado E3, 2018). Así también, en nuestro medio se le atribuye al médico una posición

de jerarquía hegemónica en donde su saber no posibilita la escucha a otro tipo de saberes, sin favorecer el reconocimiento de otras profesiones y especialidades implicadas en la atención a la infancia, sobretodo en materia de atención psicológica. Finalmente, los costos de la atención psicoanalítica pensada desde el dispositivo tradicional en el encuentro uno a uno, son exacerbados y son accesibles un sector privilegiado de la sociedad, por lo cual los grandes sectores de la población que utilizan los servicios de salud públicos, no poseen acceso a dispositivos pensados desde el psicoanálisis (Vaca, 2016).

En vista a lo mencionado, es que es necesario plantearse la posibilidad de crear un espacio en donde, sin un encuadre rígido ni en donde la palabra ni el saber se monopolicen hegemónicamente, confluyan los criterios y opiniones de médicos pediatras que en el quehacer cotidiano de su profesión se encuentran con los malestares de los niños y sus padres y que frecuentemente, aquellos no responden a causas fisiológicas y por ende, las repuestas por parte de la medicina, no son suficientes para atender estas demandas.

4.7.4 Temáticas a abordarse

Temática general: el trabajo conjunto entre la psicología clínica de orientación psicoanalítica y la pediatría

Temáticas específicas: dado el encuadre del dispositivo, se espera que las temáticas a ser tratadas surjan paulatinamente por medio del diálogo libre en torno a los temas propuestos. Sin embargo, como parte del encuadre del dispositivo, se ha escogido ejes centrales alrededor de los cuales construir el diálogo en base a las particularidades y problemáticas del trabajo entre ambas disciplinas. El espacio de diálogo, encuentro y reflexión en torno al trabajo clínico con niños girará alrededor de varios conceptos como: el diagnóstico, la etiología de los síntomas y la prevención además de las experiencias de trabajo conjunto expresadas en los resultados de la investigación y de las dificultades halladas.

A continuación, se proponen algunas posibles temáticas alrededor de las cuales el dialogo en el dispositivo podría darse. Estas temáticas surgen de la investigación realizada y versan alrededor de las particularidades y problemáticas halladas en el trabajo conjunto entre el psicoanálisis de niños y la pediatría:

- Definición y campo del psicoanálisis de niños y la pediatría: diferencias epistemológicas, el síntoma visto desde ambas disciplinas, patologías de origen psicógeno con manifestación orgánica y viceversa.
- Ejemplos de trabajo interdisciplinario entre el psicoanálisis de niños y la pediatría: el legado de Françoise Dolto, Alfredo Jerusalinsky y Donald Winnicott, la detección precoz del autismo infantil.
- La situación del trabajo interdisciplinario entre psicoanálisis de niños y pediatría en el Ecuador: experiencias profesionales, particularidades, fortalezas, debilidades y posibles vías de encuentro y diálogo.

4.7.5 Objetivos

Objetivo general: crear un espacio de diálogo, análisis y reflexión que agrupe a profesionales de la psicología clínica atravesados por el psicoanálisis y que trabajen con niños, así como a médicos pediatras en cuya práctica profesional trabajen en conjunto con profesionales de la salud mental. A través del espacio propuesto se busca que se posibilite el encuentro de saberes pertenecientes a epistemologías y campos diferentes pero que en conjunto aporten al entendimiento del malestar infantil desde distintas perspectivas.

Objetivos específicos:

1. Dialogar sobre conceptos importantes de cada disciplina en cuanto a la etiología, el tratamiento, las intervenciones y la investigación, con el fin de establecer puntos de convergencia y diferencias tanto prácticas como epistemológicas.
2. Analizar ejemplos de trabajo interdisciplinario encontrados en la literatura mundial entre el psicoanálisis y la pediatría, con el fin de hallar pautas de trabajo que se puedan replicar y adaptar al contexto ecuatoriano.
3. Discutir las particularidades y problemáticas encontradas en la experiencia diaria de trabajo de los profesionales de ambas disciplinas, a través de la experiencia de vida profesional en medios hospitalarios públicos.
4. Proponer intervenciones, iniciativas de diálogo y/o dispositivos de trabajo conjunto en el contexto de los profesionales involucrados, considerando los contenidos que el dispositivo permita elucidar y lo singular del contexto de la práctica psicoanalítica y médica en la ciudad de Quito.

4.7.6 Dinámica del dispositivo:

En el dispositivo planteado, se buscará la circulación de la palabra y del saber de manera horizontal y equitativa, con el fin de evitar la hegemonía de un discurso sobre el otro y para fomentar el diálogo y la escucha; esto con el fin de superar una de las dificultades encontradas en la investigación que es la estructura vertical del trabajo conjunto en donde el saber y rol de los médicos posee mayor relevancia que el de los psicólogos.

Para iniciar el trabajo dentro del dispositivo, el facilitador planteará la primera temática con el fin de iniciar la discusión, asegurándose de circular la palabra por todos los participantes en donde se puedan recoger los criterios de los profesionales alrededor de las distintas definiciones que puedan otorgar a la pediatría, el psicoanálisis y sus campos de acción. Posterior a esto, se buscará que la conversación siga su curso de manera fluida y no enmarcada rígidamente en una planificación estricta, permitiendo la construcción del saber en conjunto alrededor de la temática general, que es la práctica clínica con niños entre ambas disciplinas.

La metodología de trabajo del grupo se irá definiendo a partir del primer encuentro y es importante que surja gracias a la discusión de todos sus participantes. Con el fin de que algo de la subjetividad de quienes harán parte del dispositivo, es conveniente que esta no sea rígida ni diseñada o impuesta con anterioridad, sino que el grupo vaya construyendo y definiendo su dinámica de trabajo alrededor de las posibles temáticas previamente planteadas.

La duración y término de los encuentros será igualmente definida por el grupo cuya demanda y deseo de sostener el trabajo, determinará el periodo para llevarlos a cabo el cual se podría extender, de ser el caso, a encuentros mensuales por un año para eventualmente finalizar con una sesión de cierre en la cual se recojan las reflexiones, problemáticas y situaciones específicas discutidas a lo largo de los encuentros.

4.7.7 Beneficios esperados

Como aporte de esta investigación, se ha propuesto la realización de un dispositivo que posibilite la confluencia de conocimientos y posicionamientos alrededor de la atención a la niñez en materia de salud mental y física, la cual es una prioridad tanto para el estado como para la sociedad civil. Al recoger los testimonios de trabajo de los profesionales participantes y posterior a la revisión bibliográfica en el Ecuador y en las experiencias en el

mundo citadas en el presente trabajo, resulta evidente que el generar espacios de diálogo y encuentro en donde; el saber sobre determinados malestares psíquicos y físicos no se posiciona como el saber absoluto y único; produce beneficios al superar las limitaciones que por el lado de la medicina, el paradigma biologicista presenta al entender la salud mental desde una visión mecanicista, y por otro lado el psicoanálisis, disciplina que no puede eludir la influencia del cuerpo biológico sobre el malestar subjetivo y la etiología de los síntomas.

Además, se espera que una iniciativa de este tipo favorezca también la relación profesional entre psicólogos clínicos, psicoanalistas y médicos, al ser profesionistas que se encuentran en contextos similares y que están todos llamados a la atención del sufrimiento físico y emocional de sus pacientes. El superar posiciones egocéntricas de ambos sectores entonces, podría permitir el reconocimiento de que a cada profesión le hace falta, para el entendimiento de la compleja realidad detrás de síntomas tanto físicos como psíquicos en los niños (Entrevistado E2, 2018).

Finalmente, se podría constituir como un espacio para la exploración y elaboración de intervenciones y estrategias conjuntas de trabajo interdisciplinario, entre el psicoanálisis de niños y la pediatría, en instituciones sanitarias de atención a la infancia de carácter público y privado. Sin embargo, para conocer los beneficios que la presente propuesta podrían producir, es necesario que sea puesta en marcha tomando en consideración la información que la investigación ha arrojado la cual resulta valiosa al explorar la naturaleza de la relación entre el psicoanálisis y la pediatría en el contexto de la ciudad de Quito. De esta manera, se recomienda poder poner en práctica esta iniciativa a manera de plan piloto para así posteriormente, generar reflexiones sobre las características y demandas específicas que un dispositivo en marcha es capaz de suscitar y que no es posible conocer con anticipación a su realización en la realidad efectiva.

CONCLUSIONES

El trabajo teórico en torno al psicoanálisis de niños es amplio y existen autores que, desde distintas perspectivas dentro del psicoanálisis, aportan su visión acerca del abordaje de la clínica infantil. Se reconoce un constante debate teórico sobre la etiología de las neurosis en los niños, el rol de las figuras parentales en el desarrollo de patologías en la edad adulta y el estatuto de sujeto que estas perspectivas teóricas otorgan a los menores. La utilización del término *psicoanálisis de niños* frente a *psicoanálisis con niños* genera discusiones teóricas sobre la pertinencia de ambas para denominar y diferenciar a la práctica del psicoanálisis con la infancia. Al respecto cabe destacarse que el preferir la utilización del sintagma *psicoanálisis de niños* responde a la especificidad de la relación subjetiva de los niños con el otro en donde existe predominancia del registro imaginario frente al simbólico, el cual predomina en la adultez por la acción de la represión y además por la temporalidad infantil al enviar mensaje al otro, la cual se encuentra en el futuro gobernada por el imperativo de llegar a ser adulto.

Con respecto a la relación entre psicoanálisis y pediatría, se concluye que en la práctica clínica de autores como Françoise Dolto, Alfredo Jerusalinsky, Donald Winnicott, y Marie-Christine Laznik, se encuentran claros ejemplos de trabajo en conjunto entre el psicoanálisis con otras disciplinas como la medicina, en donde se ha logrado influenciar los medios hospitalarios con conceptos provenientes del psicoanálisis al situar a los niños como sujetos de su deseo y malestar, expresados por medio de síntomas fisiológicos, lo cual ha aportado a tener una visión integral del ser humano en la provisión de cuidados a la salud y ha permitido que los menores puedan expresar su malestar en un espacio de escucha y palabra. El rol de los psicoanalistas en las iniciativas mencionadas, ha sido el de intervenir en la relación del sujeto con el Otro en el contexto del malestar físico, desde una posición unificador, que permita el depósito de la palabra del paciente.

En cuanto a las particularidades de la experiencia de trabajo interdisciplinario por parte de los psicólogos clínicos de orientación psicoanalítica, se tiene que a lo largo de su trayectoria de trabajo ha predominado la práctica de remitir a profesionales de la medicina, cuando los casos clínicos que han sido atendidos por ellos lo han requerido, sin fomentar diálogo más allá del requerimiento de interconsulta. La importancia de obtener el criterio de otros profesionales en casos particulares ha radicado en el poder obtener información relevante para la comprensión general del estado físico del paciente, aclarar puntos en la

historia vital y poder descartar anomalías orgánicas. Han existido también iniciativas llevadas a cabo en hospitales públicos para fomentar el diálogo y la discusión de casos clínicos con profesionales de ambas ramas, ejemplos que no han podido sostenerse en el tiempo y han sido de carácter informal.

En relación a las experiencias de trabajo en conjunto relatadas por médicos-pediatras, se tiene que la mayoría buscan el apoyo de profesionales de la psicología de distintos enfoques teóricos, para brindar soporte a pacientes y familiares en la aceptación de diagnósticos de gravedad y promover una correcta adherencia al tratamiento. Previo a la divulgación de diagnóstico de seriedad a familiares de menores o de noticias de fallecimiento de pacientes internos, se llevan a cabo reuniones entre psicólogos y pediatras en el lugar de trabajo de los expertos entrevistados, para definir estrategias y objetivos en el abordaje con pacientes y familiares, hecho que, a criterio de los expertos, reduce el nivel de estrés en pacientes y familiares además de aumentar la correcta adherencia al tratamiento indicado.

En la práctica de ambas disciplinas, se presentan sintomatologías y patologías que podrían tener causas tanto médicas como psíquicas. Al respecto se encuentra que los profesionales de orientación psicoanalítica coinciden en que los síntomas más comunes de origen psicógeno con presentación fisiológica son la enuresis, la encopresis, la dermatitis y los problemas respiratorios. A pesar de que desde la perspectiva del psicoanálisis de niños los síntomas responden a la historia singular de cada sujeto, se encuentran similitudes en la experiencia clínica de estos profesionales que indicarían dificultades en la relación madre-hijo y experiencias que producen angustia, como posibles causas. Ante la aparición de cuadros clínicos similares, se coincide en que es pertinente remitir a un profesional de la medicina con el fin de descartar etiología orgánica. Por su parte de acuerdo a los criterios emitidos por los pediatras, se puede concluir que una constante en su práctica médica son manifestaciones sintomatológicas como: dolores torácicos, problemas respiratorios y gastrointestinales las cuales frecuentemente tienen etiología psicógena. En base a los relatos, se puede llegar a la conclusión que en estas situaciones consideran relevante la interconsulta con psicología para descartar causas emocionales de estos síntomas y dar apoyo psicológico al paciente en el hospital y que ven como trascendental el tomar en consideración factores ambientales y familiares en el desarrollo de las diversas patologías que se presentan.

En la praxis clínica conjunta entre psicólogos y pediatras, se presentan dificultades que son inherentes a las diferentes visiones que tanto el psicoanálisis como la medicina tienen alrededor de los síntomas y las enfermedades. De acuerdo a las experiencias relatadas

por los expertos, se puede concluir que existe la tendencia a hegemonizar el discurso médico por sobre el discurso psicoanalítico en el contexto de la atención a la infancia y de posicionar al rol del psicólogo, en un nivel secundario frente al del médico. El discurso médico, sustentado por el quehacer de los pediatras, se ubicaría al nivel del discurso universitario teorizado por Lacan el cual encarna la hegemonía del saber y del discurso del amo, el cual niega la castración y la división del sujeto. Aquello evidentemente presenta una problemática compleja que impide en ocasiones que surjan espacios de diálogo, aceptación de las limitaciones propias de la pediatría y la búsqueda de saberes contenidos en otros discursos distintos al médico.

En cuanto a las ventajas del trabajo conjunto encontradas en las experiencias de los participantes, se puede concluir que la colaboración entre psicólogos y pediatras aporta a brindar atención integral a los pacientes al poder brindarles apoyo psicológico ante el diagnóstico de enfermedades de gravedad y las noticias de fallecimiento pacientes. Además, a criterio de los entrevistados, aumenta la probabilidad de adherencia al tratamiento y disminuye el estrés y la angustia que la internación y los procedimientos quirúrgicos pueden ocasionar en los niños, dotándolos de herramientas psicológicas para hacer frente a experiencias que pueden resultar traumáticas.

En relación a las posibilidades de trabajo en conjunto entre psicólogos clínicos y pediatras, se puede concluir que, a criterio de los psicólogos entrevistados, es necesario difundir entre pediatras de la ciudad de Quito información en relación a las distintas posibles formas de colaboración entre ambas disciplinas, tomando como referencia los dispositivos emprendidos por autores como Dolto y Jerusalinsky. Se concluye además que es necesario el crear espacios de diálogo, encuentro y reflexión en torno a la práctica clínica de psicólogos y pediatras, con el fin de llegar a una comprensión integral de los síntomas que aquejan a los pacientes, para poder trascender de la remisión como única alternativa de trabajo conjunto.

A pesar de que la psicología clínica y el psicoanálisis sean disciplinas distintas, se puede concluir que las experiencias de trabajo relatadas por los pediatras en conjunto con el área de psicología de los hospitales donde llevan a cabo su práctica, son de relevancia al evidenciar la realidad en la atención a la salud mental infantil en la ciudad de Quito, en donde esta tarea es llevada a cabo por profesionales de la psicología desde distintos enfoques teóricos. Las particularidades y problemáticas que se suscitan en este contexto pueden ser leídas desde el psicoanálisis, posibilitando dar una visión crítica a la atención en salud mental y a la comprensión de los síntomas infantiles.

Finalmente, el dispositivo planteado es una alternativa de trabajo interdisciplinario que recoge los criterios y opiniones en torno a las particularidades y problemáticas que psicólogos y pediatras enfrentan en el día a día del trabajo con la infancia. Gracias al encuadre que los dispositivos psicoanalíticos ofrecen, se concluye que es una alternativa que probablemente facilitaría discutir las problemáticas inherentes a la clínica infantil de una manera horizontal, evitando el posicionamiento de los discursos en un lugar de saber absoluto y hegemónico.

RECOMENDACIONES

Se recomienda continuar la problematización de la especificidad del psicoanálisis de niños frente al psicoanálisis de adultos, con el fin de generar mayores reflexiones teóricas en torno a la infancia y su influencia en la estructuración subjetiva de las personas y en la aparición de manifestaciones psicopatológicas en la adultez, tomando en consideración lo particular del trabajo teórico del psicoanálisis y su práctica clínica en la ciudad de Quito.

Difundir en ámbitos médicos, tanto públicos como privados, las experiencias de trabajo en conjunto entre el psicoanálisis de niños y la pediatría, utilizando los ejemplos citados en esta disertación, con el propósito de encontrar alternativas de intervención conjunta que se ajusten al contexto ecuatoriano.

Realizar investigaciones que se acercan a los ámbitos privados de la práctica de la pediatría y del psicoanálisis, con el fin de estudiar sus particularidades y problemáticas para diferenciarlas de la realidad los medios públicos y poder establecer posibles formas de trabajo en conjunto de acuerdo a sus necesidades específicas.

Fomentar espacios de diálogo, encuentro y reflexión a través de grupos de discusión de casos clínicos, ponencias alrededor de patologías tratadas tanto por pediatras como psicólogos, creación de artículos científicos conjuntos y de dispositivos de prevención, en medios públicos y privados, con el fin de evitar la jerarquización de médicos sobre psicólogos y abrir la posibilidad de escucha a saberes distintos.

Realizar disertaciones de carácter cuantitativo de las problemáticas tratadas en la presente investigación para obtener datos estadísticos sobre el nivel de incidencia de las problemáticas expuestas por los profesionales entrevistados, con el fin de determinar la frecuencia de los síntomas infantiles presentados en la consulta pediátrica y así elaborar respuestas e intervenciones pensadas desde el psicoanálisis.

Llevar a cabo del dispositivo planteado a manera de plan piloto en un medio hospitalario público, con el fin de evaluar la situación posterior de las particularidades y problemáticas expuestas por los expertos participantes.

BIBLIOGRAFÍA

- Aberastury, A. (1972). *Teoría y Técnica del Psicoanálisis de Niños*. Buenos Aires: Paidós.
- Aberastury, A. (1973). *Aportaciones al psicoanálisis de niños*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Agamben, G. (2006). *¿Qué es un dispositivo?* Roma: Edizioni Nottetempo.
- Álvarez, M. (2014). El concepto del falso self. Importancia en la clínica psicoanalítica actual. *Aperturas psicoanalíticas. Revista internacional de psicoanálisis*. (48). Obtenido de: <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000867>.
- Anthony, J. (1986). A Brief History of Child Psychoanalysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 8-11. Obtenido de: [https://www.jaacap.org/article/S0002-7138\(09\)60593-8/pdf](https://www.jaacap.org/article/S0002-7138(09)60593-8/pdf).
- Blanch Cañellas, M. (s.f). *Recordando a Françoise Dolo*. Obtenido de: asociación intercambios: http://intercanvis.es/pdf/23/23_art_02.pdf
- Burbano, P. (2014). *Evaluación de la aplicación de del sistema de gestión de calidad y mejoramiento de procesos en el centro obstétrico del Hospital Carlos Andrade Marín*. (tesis de pregrado). Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito, Ecuador.
- Chemama, R., Vandersmech, B. (2010). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Código Orgánico de la Niñez y la Adolescencia (2003).
- Deleuze, 1990. *¿Qué es un dispositivo?* En, Varios Autores, *Michel Foucault filósofo*. Gedisa: Barcelona.
- Dolto, F. (1971). *Psychanalyse et pédiatrie*. Paris: Éditions du Seuil.
- Dolto, F. (1984). *Seminario de psicoanálisis de niños I*. Siglo XXI Editores: México D.F.
- Dolto, F. (1985). *La causa de los niños*. Ediciones Paidós Ibérica, S.A.: España.
- Dolto, F. (1986). *La imagen inconsciente del cuerpo*. Ediciones Paidós Ibérica, S.A.: España.
- Dolto, F. (1997). *Trastornos de la infancia. Reflexiones sobre los problemas psicológicos y emocionales más comunes*.
- Dolto, F (2009). *Une psychanalyste dans la cité. L'aventure de la Maison verte*. Éditions

- Gallimard: Paris.
- Dolto, C. (2001). *Françoise Dolto et l'Hôpital Trousseau*. En: Intervención de Catherine Dolto en el coloquio por los 100 años del Hospital Trousseau. Obtenido de: http://www.dolto.fr/archives/siteWeb/docs_a_garder/trouscat.htm.
- Dupret, M.-A. (2013). *École Pratique des Hautes Études en Psychopathologies*. Obtenido de Lalengua con Sombras: <http://ephep.com/fr/content/texte/marie-astrid-dupret-lalengua-con-sombras>
- Egas, V. (2010). *Concevoir des espaces d'écoute clinique pour des enfants travailleurs et leur famille : une recherche-action dans des institutions éducatives d'éradication du travail des enfants en Équateur"* (Tesis doctoral). Louvain-la-neuve: Université catholique de Louvain, Faculté de Psychologie et des Sciences de l'éducation.
- Egas, V., & Salao, E. (2011). Trabajo comunitario desde una perspectiva psicoanalítica. Un acompañamiento en la construcción grupal de saberes. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 2 (9), 899-911.
- Egas, V., et. al. (2013). *Psicólogos fuera de los muros de la consulta. Experiencia de orientación psicoanalítica dentro del programa de erradicación de trabajo infantil- Proniño*. Quito: Universidad Internacional SEK.
- Favre, A.S., & Dimarco, R.M. (2015). *Variantes de la cura en los dispositivos psicoanalíticos*. (Vol 1). Buenos Aires. Letra Viva.
- Foucault, M. (1974/2000). *Los Anormales. Curso en el Collège de France*. Fondo de Cultura Económica: México D.F.
- Foucault, M. (1984). *El juego de Michel Foucault*. En, Saber y Verdad. Ediciones de la Piqueta: Madrid.
- Freud, S. (1893/1991). Obras Completas. En, *Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos históricos*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1909/1992). Obras Completas. En, *Análisis de la fobia de un niño de cinco años (el pequeño Hans)*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Garbarino, H. (2012). Las diferentes concepciones psicoanalíticas de la angustia. *Revista uruguaya de psicoanálisis* (114), 15-26.
- García, L. (2011). ¿Qué es un dispositivo? Foucault, Deleuze, Agamben. *A parte Rei(74)*, 1-8.
- García, M., Martínez, C., Naira, M., & Sánchez, L. (S.F). *La Entrevista*. Obtenido:

[https://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/Met_Inves_Avan/Presentaciones/Entrevista_\(trabajo\).pdf](https://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/Met_Inves_Avan/Presentaciones/Entrevista_(trabajo).pdf).

Grinberg, L., & Grinberg, R., (2000). *Identidad y cambio*. España: Paidós.

Hayes, H. (2000). An Introduction to Melanie Klein and Object Relations Theory. Reino Unido: *Life force centre for natural well-being*. Obtenido de: https://www.lifeforce-centre.co.uk/downloads/level4_yr1/session14/an_introduction_to_melanie_klein_and_object_relations_theory.pdf.

Jerusalinsky, A. (1997). ¿Cuántos terapeutas para cada niño? En A. Jerusalinsky, *Escritos de la infancia*. Año V No. 8. (págs. 11-27). Buenos Aires: F.E.P.I

Jerusalinsky, A. (2003). *Para entender al niño claves psicoanalíticas*. Quito: Ediciones Abya-Ayala.

Käes, R. (2000). *La palabra y el vínculo*. Buenos Aires: Amorrourtu

Kahn, V. (25 de mayo de 2014). *Entrevista a Alfredo Jerusalinsky*. Obtenido de: el Sigma: <http://www.elsigma.com/entrevistas/entrevista-a-alfredo-jerusalinsky/12725>.

Klein, M. (1974). *Psicoanálisis del desarrollo temprano*. Buenos Aires: Ediciones Hormé S.A.E.

Lacan, J. (1975a/2006). *Seminario XX*. Barcelona: Editorial Paidós.

Lacan, J.(1977/1983). *Psicoanálisis, radiofonía y televisión*. Barcelona: Editorial Anagrama.

Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (2004). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.

León, S. (2013). *El lugar del padre en psicoanálisis*. Santiago: RIL Editores.

López, L., Romero, S., Parra, D. Rojas, L., (2016). Adherencia al tratamiento: Concepto y medición. *Hacia promoc. Salud.* (1). Vol.21. 117-137. DOI: 10.17151/hpsal.2016.21.1.10.

Louka, J-M. (2003). Un psychanalyste à l'hôpital général. Position et propositions entre la médecine et la psychanalyse. *Le Coq-Héron.* (174). Vol.3. (144-149). Obtenido de : <https://www.cairn.info/revue-le-coq-heron-2003-3-page-144.html>.

Mannoni, M. (1987). *El niño, su "enfermedad" y los otros*. Buenos Aires, Ediciones Nueva Visión.

Márquez, H., García, V., Caltenco, M., Márquez-Flores, H., García, E., Villa, A., (2012). Clasificación y evaluación de la desnutrición en el paciente pediátrico. *El Residente.* (2). Vol.7. (59-69). Obtenido de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2012/rr122d.pdf>.

MSP. (febrero de 2014). *Ministerio de Salud Pública del Ecuador*. Obtenido de:

- <http://www.confbasaglia.org/wp-content/uploads/2015/01/PDF.pdf>
- MSP, (s.f). Hospital pediátrico “Baca Ortiz” cumple 66 años de gestión histórica en favor de la niñez ecuatoriana. Quito, Ecuador. *Ministerio de Salud Pública*. Obtenido de: <https://www.salud.gob.ec/hospital-pediatico-baca-ortiz-cumple-66-anos-de-gestion-historica-en-favor-de-la-ninez-ecuatoriana/>.
- OMS (1992), *CIE-10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínicas y pautas para el diagnóstico*, Madrid: Ed. Méditor.
- Oxford Dictionary (2019). *English Oxford Living Dictionaries*. Obtenido de: <https://en.oxforddictionaries.com/definition/self>.
- Sampieri,R., Fernández, C., Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. (5a Edition). México D.F.: McGraw-Hill.
- Savio, K. (2015). Aportes de Lacan a una teoría del discurso. *Revista FOLIOS, Universidad de Buenos Aires*. (42). 43-54. Obtenido de: <http://www.scielo.org.co/pdf/folios/n42/n42a04.pdf>.
- Segal, H. (1979). *Klein*. Glasgow: Willian Colins Sons & Co.
- Segal, H. (1981). *Introducción a la obra de Melanie Klein*. Buenos Aires: Paidós.
- SENPLADES. (2013). *Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo*. Obtenido de : <http://documentos.senplades.gob.ec/Plan%20Nacional%20Buen%20Vivir%202013-2017.pdf>
- Real Academia Española. (octubre de 2014). *Definición de Dispositivo*. Diccionario de la Lengua Española. Edición del Tricentenario. Obtenido de: <http://dle.rae.es/?id=Dxo9Gvr>.
- Rampulla, 2017. Una mirada sobre Françoise Dolto (1908-1988). Más allá de la psicoanalista de niños. *Clínica e Investigación Relacional. Revista electrónica de Psicoterapia, (1), Vol. II*. 165-176. Córdoba, Argentina.
- Patierno, N, y Martino, S. M. (2016). Historia y memoria en Argentina: análisis de la dictadura militar (1976-1983) a través del cine como estrategia de intervención a lternativa en el escenario escolar. *Revista Colombiana de Educación, (71)*, 279-297.
- Vallejo, R. (2004). Hermine Hug-Hellmuth, genuina pionera del psicoanálisis del niño. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (89)*, 131-142. Obtenido de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265019661009>.
- Vallejos, L. F. (2013). Más allá de las cuatro paredes. En E. et.al., *Psicólogos fuera los muros*

- de consulta* (págs. 186-201). Quito: Universidad Internacional SEK-
- Vaca, C. (2016). ¿Psicoanálisis con la comunidad? Del efecto de lo grupal al lazo social asistido por otros. *Revista PUCE*, III(103), 127-147.
- Veiroj, S. (2013). Un psicoanalista en el consultorio pediátrico. *Revista del Hospital de Niños de Buenos Aires*, (249), Vol.55. 114-120. Obtenido de : <http://revistapediatria.com.ar/wp-content/uploads/2013/07/114-120-Pelenur-Psicoan%C3%A1lisis.pdf>.
- Winnicott, D. (1958/1999). *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Paidós: Barcelona, España.
- Winnicott, D. (1960). The Theory of the Parent-Infant Relationship. *The International Journal of Psychoanalysis* (41), 585-595. Obtenido de: <http://icpla.edu/wp-content/uploads/2013/09/Winnicott-D.-The-Theory-of-the-Parent-Infant-Relationship-IJPA-Vol.-41-pps.-585-595.pdf>.
- Winnicott, D. (1964). Further thoughts on babies as persons. En *D. Winnicott, The child, the family and the outside world* (págs. 85-92). Harmondsworth: Penguin Books.
- Winnicott, D. (1965). *El proceso de maduración en el niño*. Barcelona: Laia.
- Winnicott, D. (1991). *Exploraciones Psicoanalíticas*. Argentina: Paidós.
- Winnicott, D. (1997). *La mère suffisamment bonne*. Paris: Éditions Payot.

ANEXOS

Anexo 1: Consentimiento informado para la entrevista a expertos

CONSENTIMIENTO INFORMADO - ENTREVISTA

Título de la investigación:

“PROPUESTA TEÓRICA DE DISPOSITIVO DE ENCUENTRO ENTRE EL PSICOANÁLISIS Y LA PEDIATRÍA EN RELACIÓN AL TRABAJO CLÍNICO CON NIÑOS”

(ESTUDIO REALIZADO DESDE EL PSICOANÁLISIS CON PSICÓLOGOS CLÍNICOS Y PEDIATRAS DE LA CIUDAD DE QUITO EN EL PERÍODO DE NOVIEMBRE DE 2018 A ENERO DE 2019).

Investigador Principal: Berrú Negrete Josué David

Unidad Académica: Pontificia Universidad Católica del Ecuador- Facultad de Psicología

Número de Teléfono del Investigador: 0987542217

Dirección Electrónica del Investigador: jberru661@puce.edu.ec

Director de Investigación de la Facultad: Verónica Egas Reyes, PhD

Número de Teléfono del Director: 0985964316

Dirección Electrónica del Director:MEGAS776@puce.edu.ec

Mediante la presente, usted es invitado a participar en un estudio sobre “Propuesta teórica de dispositivo de encuentro entre el psicoanálisis y la pediatría en relación al trabajo clínico con niños”. La investigación tiene como propósito aportar, a partir de resultados, a una mejor comprensión sobre la relación entre el psicoanálisis de niños y la pediatría en el contexto del trabajo interdisciplinario.

En base a la información obtenida, se desea generar conocimiento basado en investigación que oriente el mejoramiento de la calidad de la calidad de vida de la población, fomentando el dialogo y trabajo interdisciplinario entre el psicoanálisis de niños y la pediatría, con el fin

de mejorar la comprensión de la etiología de diversos síntomas y las estrategias de intervención en salud con la población infantil.

En este contexto, deseo solicitar su participación en el proyecto, lo que se materializará realizando la siguiente actividad:

Participar en una entrevista

RIESGOS Y BENEFICIOS

Para los participantes, este estudio no presenta ningún riesgo en términos de su integridad. Se trata de una actividad complementaria y voluntaria; y no de una evaluación. No es posible prometer beneficios inmediatos. Sin embargo, los resultados de esta investigación podrían, eventualmente, dar a conocer las particularidades y problemáticas que surgen en el encuentro entre el psicoanálisis de niños y la pediatría, en el contexto del trabajo interdisciplinario.

ALMACENAMIENTO DE LOS DATOS PARA LA CONFIDENCIALIDAD DEL PROYECTO

La entrevista será audio-grabada, previa autorización en la investigación, y transcrita posteriormente. Esta investigación preservará la confidencialidad de su identidad y usará los datos con propósitos profesionales, codificando la información y manteniéndola en archivos seguros. Solo los investigadores tendrán acceso a esta información y cualquier reporte que se genere presentará los datos de manera agregada.

LUGAR Y TIEMPO

La entrevista durará entre 45 y 60 minutos y se llevará a cabo en un lugar acordado con los responsables del estudio y que se acomode a sus necesidades.

DERECHOS DE LOS PARTICIPANTES

He leído y discutido la descripción de la investigación con el investigador. He tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca del propósito y procedimientos en relación con el estudio.

Mi participación en esta investigación es voluntaria. Puedo negarme a participar o renunciar a participar en cualquier momento sin perjuicio para mi futuro estatus como alumno.

Si, durante el transcurso del estudio, llega a estar disponible nueva información significativa que haya sido desarrollada y se relaciona con mi voluntad de continuar participando, el investigador deberá entregarme esta información.

Cualquier información derivada del proyecto de investigación que me identifique personalmente no será voluntariamente publicada o revisada sin mi consentimiento particular.

Recibo una copia del presente consentimiento informado.

Mi firma significa que estoy de acuerdo con participar en este estudio y que la entrevista sea grabada en audio.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, estoy de acuerdo en participar del estudio titulado “Propuesta teórica de dispositivo de encuentro entre el psicoanálisis y la pediatría en relación al trabajo clínico con niños”. El propósito y naturaleza del estudio me ha sido descrito por el investigador principal Josué David Berrú Negrete. Yo comprendo lo que se me solicita y también sé que puedo hacer las consultas que estime pertinentes. Sé que puedo contactarme con el investigador principal y también con la directora de la tesis en cualquier momento. También comprendo que puedo suspender mi participación en cualquier momento.

Nombre del participante: _____

Firma del participante

Anexo 2: Entrevistas

E1. (23 de junio de 2018). Entrevista a experto psicólogo clínico. (J. Berrú, Entrevistador).

E2. (25 de octubre de 2018). Entrevista a experta psicóloga clínica. (J. Berrú, Entrevistador).

E3. (12 de noviembre de 2018). Entrevista a experta psicóloga clínica. (J. Berrú, Entrevistador).

EP1. (30 de octubre de 2018). Entrevista a experto médico pediatra. (J. Berrú, Entrevistador).

EP2. (30 de octubre de 2018). Entrevista a experta médico pediatra. (J. Berrú, Entrevistador).

EP3. (30 de octubre de 2018). Entrevista a experta médico pediatra. (J. Berrú, Entrevistador).

Anexo 3: Guía de entrevistas para expertos psicólogos clínicos

Guía de entrevista semiestructurada

- ¿De qué manera y a través de quienes llega el psicoanálisis al Ecuador?
- ¿Qué características ha tenido la práctica del psicoanálisis de niños en nuestro contexto?
- ¿Cuáles han sido iniciativas emprendidas para fomentar el dialogo entre el psicoanálisis y otras disciplinas y/o ciencias como la educación y la medicina?
- A lo largo de la historia del psicoanálisis en el país, ¿han existido iniciativas para trabajar en conjunto con médicos en medios hospitalarios o en centros de atención a la salud integral?
- ¿Cuáles cree usted son las dificultades en el trabajo interdisciplinario con médicos, en torno a la clínica infantil?
- ¿Cuáles cree usted que son las fortalezas del nuestro contexto que podrían contribuir al trabajo en conjunto entre el psicoanálisis de niños y la pediatría?
- ¿Qué patologías de carácter médico suelen ser más frecuentemente abordadas como síntomas psíquicos por parte de psicoanalistas infantiles?
- ¿Ante que manifestaciones orgánicas los médicos suelen plantearse la posibilidad de indagar la etiología de los síntomas por fuera de causas meramente orgánicas?
- Si pensamos en un dispositivo psicológico, como un lugar de encuentro y desencuentro de saberes alrededor de una práctica, ¿de qué manera cree usted que aportaría al diálogo interdisciplinario entre el psicoanálisis de niños y la pediatría?
- ¿Cómo se podría estructurar un dispositivo de encuentro entre el psicoanálisis de niños y la pediatría en nuestro contexto?

Anexo 4: Guía de entrevista semiestructurada para expertos pediatras

Guía de entrevista semiestructurada

- De manera breve, ¿cómo definiría la pediatría y cuál es su campo de acción?
- En el contexto del trabajo clínico, ¿cuáles son los síntomas físicos más frecuentes que podrían estar ligados a causas emocionales o psicológicas y que requieren la intervención de un profesional de la psicología?
- Desde su experiencia, ¿cómo ha funcionado el trabajo interdisciplinario entre la pediatría y la psicología infantil?
- ¿Cuál es su experiencia diaria en el hospital en relación al trabajo interdisciplinario con profesionales de la psicología?
- ¿Es necesario el trabajo en conjunto entre pediatras y psicólogos clínicos infantiles?
¿Por qué?
- ¿Cuáles han sido las posibles ventajas y desventajas del trabajo interdisciplinario?
- ¿Cuáles son las fortalezas y debilidades del trabajo en conjunto entre ambas profesiones en el contexto ecuatoriano?
- ¿Conoce lo que es el psicoanálisis?
- ¿Cree que el encuentro frecuente entre psicólogos clínicos infantiles y pediatras con el fin de dialogar sobre la práctica clínica, las posibilidades de trabajo interdisciplinario y el estudio de casos, traería algún beneficio en el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud y en el bienestar de los pacientes?

Anexo 5: Cuadro de análisis por categorías: Entrevistas a psicólogos clínicos

E1: entrevistado 1

E2: entrevistada 2

E3: entrevistada 3

Categoría	E1	E2	E3
Origen y características del psicoanálisis de niños en el contexto ecuatoriano	<ul style="list-style-type: none"> • "Cerca de la contemporaneidad en los años 70 a partir de todo el problema que hubo en Argentina con lo que fueron estos gobiernos dictatoriales, terrorismo de estado, viene gente acá del área de filosofía, sociología, vienen psicoanalistas, un mendocina me acuerdo María Luisa Barrera, una mujer muy capaz, muy capaz, una mujer muy estricta en lo suyo, un poco difícil ella también, de una formación kleiniana a ultranza y otra persona muy simpática, muy agradable que trabajaba con niños y adolescentes, Susana 	<ul style="list-style-type: none"> • “Es un trabajo que se hace con mucho cuidado en el sentido de darle continuidad en el tiempo, poco a poco ha ido extendiéndose a trabajar de manera conjunta con otros profesionales, por ejemplo, quienes hacen otros tipos de terapia como terapia del lenguaje, acompañamiento a problemas de aprendizaje, poco a poco ha ido abriéndose la posibilidad de hacer un trabajo más interdisciplinario”. 	<ul style="list-style-type: none"> • “Creo que en ese sentido el psicoanálisis, también hay mucha gente que te dice “Pero no se puede sostener el análisis con niños” y tú les dices, “por supuesto que no como con adultos”. Hay otros elementos, otras cuestiones en la práctica. Hay un montón de situaciones de pensar una lectura psicoanalítica de la clínica con niños que no es lo mismo que la guagua en el diván que va a brincar 40 minutos, no funciona así”. • “Claro, critican como una imposibilidad como si los niños estarían llamados solamente al trabajo cognitivo, de entrenamiento, de

	<p>María Luisa Barrera, buena gente que estaba formada en el psicoanálisis, Enrique Serrano que se había formado con Julián de Ajuriaguerra decía él en Suiza y que obviamente con todo el tema del psicoanálisis ahí, pero él tampoco ejercía la práctica psicoanalítica, él era psiquiatra y daba clases en la católica".</p> <p>" Humberto Salvador tal vez fue el tipo que más próximo estuvo, pero él me da la impresión que (no lo dice el) mucho de la lectura y el interés que surgió en él fue por su cátedra que daba en la universidad central, él era un abogado en realidad, pero daba clases en medicina".</p>		<p>psicoeducación, el análisis de niños, el poder hacer una lectura psicoanalítica con niños implica el trabajo con los padres, implica el trabajo educativo, entonces es la lectura, la mirada del que trabaja con niños, el que se posiciona desde el psicoanálisis, no es una cuestión solamente técnica ósea implica otras técnicas pero es el trabajo del que se ha posicionado para escuchar algo más en los niños, algo más en la institución educativa, algo más en los padres que quieren que el niño cambie el síntoma".</p>
<p>Experiencia de prácticas de trabajo en conjunto entre psicólogos clínicos y pediatras</p>	<ul style="list-style-type: none"> • "En mi caso yo trabajé con psicoprofilaxis quirúrgica con niños y me contacto con pediatras fue muy estrecho, muy cercano " 	<ul style="list-style-type: none"> • "El grupo "Psicoanálisis Quito" al que yo pertenezco tuvo algún momento interés por trabajar con el tema de la pediatría, pero por cuestiones de la formación ese tema 	<ul style="list-style-type: none"> • "Yo considero que aquí en Quito hay varios grupos, especialmente el grupo "Psicoanálisis Quito" y se ha sabido ganar algunos espacios

	<ul style="list-style-type: none"> • “Bueno, yo recuerdo hace años aquí estuvo un psicoanalista que vivió varios años acá y se trató de institucionalizar. Se ha puesto una fundación que tenía el nombre de este psiquiatra cuencano, Fundación Agustín Cueva Tamariz que era Alan Castelnouvo y el trató de establecer, él tenía mucha relación con un psicoanalista argentino que fue el fundador de la Sociedad Psicoanalítica Argentina, Arnaldo Rascovsky que formó una organización allá que se llamaba “Filiun” y que tenía que ver esta relación madre niño y todas las incidencias de la relación, él tiene varios trabajos sobre filicidio, bueno fue un tipo importante y una especie de divulgador del psicoanálisis. Además, dentro del psicoanálisis muchos 	<p>tuvo que ser postergado porque no podíamos en ese momento ejecutar las acciones que queríamos por obligaciones de la formación”.</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Yo tuve la oportunidad de trabajar como psicóloga clínica en un centro escolar en donde yo podía ubicar algunas necesidades particulares de los niños y los refería a otro tipo de profesionales”. • “Entonces las derivaciones iban tanto a profesionales clínicos de fuera como o a otro tipo de profesionales: terapeutas de lenguaje o incluso acompañamiento de control de deberes, este tipo de tareas, pero no era un trabajo interdisciplinario en tanto no había la posibilidad de dialogo para mirar cómo le iba al chico” • “He recibido sin embargo si casos que vienen derivados de pediatras, pero no del pediatra “con tal 	<p>en la institución universitaria y si tú te fijas en los títulos de sus conferencias, ponencias, no siempre son solamente teórico-clínicas, sino que son articuladas con otros discursos y muchos de los miembros que empiezan a trabajar en sus grupos no siempre son psicólogos, los interesados por el psicoanálisis no siempre son psicólogos”:</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Conozco una por ejemplo en el Hospital Metropolitano donde hay este lugar de cuidados paliativos, ya, esa podría ser una experiencia, pero sé que pasa más con personas geriátricas que con niños, en los cuidados paliativos de ley hay un médico, un psicólogo”. • “He tenido articulación con neurólogos, yo he pedido la evaluación neurológica del niño tal para descartar que haya lesiones para los niños, eso sí he podido hacer, igual con
--	---	--	---

	<p>pediatras se formaron como pediatras. Winnicott”</p> <ul style="list-style-type: none"> • “En el Hospital Carlos Andrade Marín Castelnuovo inauguró un grupo, eran supervisiones con pediatras en donde se planteaban ciertos casos difíciles, complicados en donde los pediatras percibían, ellos veían determinado tipo de cuestiones a las que no sabían que nombre darles ni a que adscribir las”. • “Por ejemplo, yo trabajé en un centro médico infantil me pidieron, había varios neonatólogos, pediatras, etc. Iban chicos de colegios, se hacían toda una serie de exámenes que eran como parte de esa admisión de esos colegios, todo este proceso, pero luego de conversar con ellos y de reunirme varias 	<p>nombre” para que venga, sino que los padres me buscan buscando un psicólogo clínico porque el pediatra dijo que valdría la pena consultar, pero no así directamente”.</p>	<p>pediatras como te digo cuando han sido estos temas de enuresis, encopresis, adquisición del lenguaje”.</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Tuve un niño eso sí que tuvo un diagnóstico de cáncer, en algún momento sí me tocó comunicarme con el pediatra para un poco de antecedentes. pero afortunadamente el niño ya estaba fuera de peligro, pero quería entender algunos antecedentes de que el niño perdió un testículo entonces quería entenderlo en relación al cuerpo médicamente cuales son los efectos de esto”. • “En el sector público es este tema de brigadas y cosas así pero no es articulado, eso sería como varios profesionales en el mismo sitio y tienes un turno para cada uno que no es lo mismo que después de una jornada de trabajo sentémonos a ver”.
--	---	--	--

	<p>veces veíamos la necesidad de ciertos casos cuando por ejemplo la observación del médico veía que en la relación madre- niño había cosas que realmente resonaban y ellos recomendaban que pasen por una entrevista conmigo”.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • “Yo trabajé un tiempo en el ministerio de salud entonces salíamos una enfermera, un pediatra, una dentista y una psicóloga a trabajar en la escolita tal, un día entero. Ósea cada quien atendía por su lado y lo que yo hacía en cambio era hablar con las profesoras para preguntarles cuáles eran los casos más delicados que ellos consideraban trabajo clínico, presentarme a los niños, conocerlos y darles a los papas en un papelito una cita para que se acerquen al centro”.
<p>Dificultades en el trabajo interdisciplinario entre el psicoanálisis de niños y la pediatría</p>	<ul style="list-style-type: none"> • "Por supuesto porque claro desde el lado médico esto queda, la idea queda totalmente de lado y e "Esto por ejemplo cuando conversaba mucho con los pediatras, uno de los temas complicados era el tema económico porque esto incidía en el costo que tenía la 	<ul style="list-style-type: none"> • “Ahora el trabajo ideal, el trabajo del psicoanálisis con niños y la pediatría debería ir de la mano. Tenemos ahí el ejemplo de Françoise Dolto como una psicoanalista que venía del lado médico, de la pediatría entonces sería un ideal que se pudiera trabajar de manera interdisciplinaria o 	<ul style="list-style-type: none"> • “Con la medicina no tanto porque estamos en un país donde no tiene muchos graduados de psiquiatría. Si tú te metes a ver la psiquiatría no es como la especialidad más “in”. • “(...) decía “Cuando a ustedes les pasen cosas, estén tristes así vayan al psicólogo, pero

	<p>operación mismo. Por otro lado, los médicos acá la formación que tienen tiene mucho más que ver con una línea norteamericana en donde el trabajo en equipo no sé si está tan valorado. Por ejemplo, en Argentina esto es común, obviamente hay espacios donde esto no se da, pero es común que se recurra al intercambio muy fluido con el profesional.</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Fue interesante pero fue un proceso que no siguió mucho tiempo porque claro el momento en que se trataba de encuadrar determinado tipo de situaciones, habían diferencias muy claras es decir, acá hay un tema donde hay mucha sensibilidad, juegan muchos factores en el contexto mismo por ejemplo en una institución como el seguro social, parecía que 	<p>transdisciplinaria incluso, pero creo que en nuestro medio es bien difícil de lograr”.</p> <ul style="list-style-type: none"> • “(...) todavía tenemos en el medio la idea de que el médico ocupa un lugar particular de mayor conocimiento, como de mayor jerarquía frente al psicólogo (...)”. • “el médico en general también se va a posicionar en ese otro lugar como si él al ser médico y médico de niños, tuviera toda la posibilidad de decir incluso lo que se debe hacer en el aspecto psicológico en relación a los niños”. • “Sin reconocer la existencia de otra especialidad no cierto, de otra profesión, de otro campo que está en ese campo de reconocimiento, que maneja mucho más ese campo de conocimiento”. • “es también dejar una posición egocéntrica, de un lado y del otro no solo de los pediatras sino de creer tener un saber que va más allá de lo que los otros puedan pensar, 	<p>cuando a ustedes les pase cosas importantes como la vida, los síntomas, no sé qué, no sé cuánto ahí vayan donde el psiquiatra” Ósea como diciendo, cuándo sea una cosa light ahí vayan donde el psicólogo, el médico ese si es el que sabe sobre el sufrimiento”.</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Los médicos están ubicados teóricamente en el discurso del amo o en el discurso universitario, no dan posibilidad o más bien dicho no escuchan al discurso de la histeria y mucho menos generan la posibilidad al discurso analítico, son los discursos de Lacan. El discurso del amo donde hay un sometimiento a un saber inamovible o el discurso de la ciencia que es más bien un discurso del paradigma, ósea casi inamovible”. • “Sí, “vaya al psicólogo” ósea todo esto mmmm, tuve un
--	--	---	--

	<p>como institución que tenía ciertas dificultades en aquella época y el tema de poner en cuestión, o sentir el médico que era puesto en cuestión, no porque haya sido así de ninguna manera, había mucho respeto en el tratamiento del trabajo; sino el hecho de percibir esto generaba un poquito de quedar en evidencia frente a ciertas cosas lo cual generó un poco de resistencias. Fue muy interesante esa experiencia “.</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Bueno en primer lugar no hay conocimiento de lo que hace el psicoanálisis, probablemente hay gente interesada que por ahí ha leído y ha tenido oportunidad de acercarse de alguna manera”. 	<p>pero también del lado del psicólogo en el sentido de no ponerse en una posición secundaria jerárquicamente sino de ser un profesional tan profesional como el otro para poder hablar sobre los distintos temas”.</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Muchas veces tendemos solamente a ver la parte psicológica y a dejar de lado el hecho de que somos también un cuerpo y de que el cuerpo también puede tener motivos o puede dar motivos para que se presente cierta sintomatología que podemos considerarla de origen psicógeno de primer momento, entonces no dejar de lado que existe el cuerpo y aparte poder trabajar con pediatras, con gente que está formada en entender que es lo que le pasa al cuerpo, nos puede enriquecer también para poder tener una mirada más integral y poder saber cómo actuar o qué hacer en momentos determinados”. 	<p>paciente hombre con un cuadro así bastante conversivo. En algún momento el psiquiatra (porque le tuve que ir a ver le tuve que ir a ver en el HCAM) dijo “¡Pero es conversivo!” Oh novedad, pero ¿quién le va atender? ¿quién le va a escuchar? Obviamente es conversivo claro yo sé, va a seguir viniendo a la consulta, pero está buscando algo en lo médico. Respóndale, Atiéndale, evalúe y vea que no es”.</p>
--	--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> • “Ahora el encuadre que ellos manejaban era un encuadre de 15 minutos con cada uno de ellos, el momento cuando llegaban conmigo y yo tenía 50 minutos se enloquecían”. • “Como que ellos necesitaban que esto se mueva, pero de acuerdo a determinado tipo de pautas que ellos manejaban, pero no son las pautas del trabajo analítico entonces ahí nos topábamos con una situación complicada porque era una situación de conflicto”. • “El proponer determinado tipo de trabajo en el campo privado de los médicos se torna un poco difícil porque son personas que tienen un paciente tras otro”. 		
Fortalezas o ventajas en el	<ul style="list-style-type: none"> • "Ahora en el campo estrictamente pediátrico que 		<ul style="list-style-type: none"> • “Además, hay psicólogos clínicos trabajando con niños

<p>trabajo interdisciplinario entre el psicoanálisis de niños y la pediatría</p>	<p>yo conozca, talvez los pediatras son los médicos más próximos o más abiertos a la consideración de una disciplina como la psicología. "Los pediatras no, más bien se abren posibilidades de contacto, derivaciones, que ahora bueno con las diferentes líneas de la psicología: cognitivismo, etc. Hay mucha gente que trabaja dentro de ese campo y atiende muchas de las consultas, de las derivaciones de pediatras. Ha habido siempre un mayor contacto.</p> <p>En mi caso yo trabajé con psicoprofilaxis quirúrgica con niños y me contacto con pediatras fue muy estrecho, muy cercano: Como puede ser Dolto, en Argentina varios analistas eran pediatras, el vínculo con la pediatría fue muy importante y fue importante porque la</p>		<p>de mucha experiencia que también han sabido articularse justamente con otros discursos y es en esa articulación con la pediatría, con los neurólogos, con los psiquiatras que hay como pensar en una clínica con niños, pero te estoy hablando de un medio universitario, de un medio donde el discurso de la psicología está menos estigmatizado”.</p>
---	--	--	--

	<p>formación médica, eran médicos que se formaban como psicoanalistas por ende para un médico otro médico es mucho más interlocutor que un psicólogo, hay que tomar en cuenta porque esto se juega en este tipo de relaciones”</p>		
<p>Síntomas o patologías fisiológicas que han sido intervenidas desde el psicoanálisis en la práctica clínica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • "Por ejemplo cierto tipo de cirugías que están ligadas con los genitales como la circuncisión, la fimosis o un testículo en ascensor o cualquier otra cirugía; el tema de la intervención va a ser muy importante. Los chicos igual se van a angustiar, pero van a tener los elementos para manejar esa situación, no quedar presa de cuestiones que no puedan resolver y terminan siendo traumáticas." • “Bueno en este campo hay algo que se viene manejando desde hace algunos años y 	<ul style="list-style-type: none"> • “La enuresis yo pensaba como una de los primeros pero que no tenga un origen orgánico y que los médicos puedan remitir al psicólogo pensando que tendría la posibilidad de origen psicógeno, pero tenemos también las dermatitis, los problemas de la piel también suelen ser derivados como síntomas más físicos pero que pueden tener un origen psicógeno. Los problemas del lenguaje, la tartamudez, ese tipo de problemas pueden derivar en una remisión de un pediatra”. 	<ul style="list-style-type: none"> • “Creo que por ejemplo patologías así complejas como el autismo, ha obligado a que los médicos trabajen con los psicólogos, pero creo que todavía del lado cognitivo, creo del lado clínico/emocional o cosas que les pasen a los niños, no leo todavía muchas iniciativas que serían fundamentales”. • “La típica, se hace pipí. Esa es una clásica, todos hemos tenido alguna vez esta idea de bueno, pero habrá que descartar todo el componente médico, si es que hay infección de vías urinarias,

	<p>que viene de la mano de los neuropediatras o de la pediatría también en general que son estos trastornos atencionales, llamados así”.</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Enuresis, es uno de los síntomas, encopresis, Muchos pediatras que tiene cierta sensibilidad ven situaciones con los chicos que tienen padres que son excesivamente duros con los chicos y piden buscar un psicólogo”. • “La dermatitis aparece muy temprano en los chicos, 15 días, 20 días. Ahora uno puede decir bueno, hay factores ligados, acá uno encuentra que son figuras las madres absolutamente ansiosas que no pueden sostener al chico, que entran en estados de pánico, totalmente dependientes de sus propias madres, 	<ul style="list-style-type: none"> • “Buenos los problemas de la piel, si como tú dices hay que recordar siempre que cada caso es particular, pero si se puede encontrar muchas veces dificultades en la relación madre-hijo, desde el inicio y esa dificultad que invita al niño a generar una barrera para evitar un contacto más estrecho, pone una distancia, hay muchos casos”. 	<p>si es que hay otras cuestiones y si es que no hay nada de eso, esto viene por otro lado”.</p> <ul style="list-style-type: none"> • “La adquisición del lenguaje, claro. Habrá que ver si es una cuestión de estimulación, si los papás no le hablaron claro, si es como saben decir “frenillo” o si es una cuestión de otro lado, los famosos TDH que yo insisto, insistiré y me he pelado con algunos psicólogos en algunos colegios de que no existe, de que esa es una lectura justamente súper posmoderna de los niños”.
--	--	---	--

	<p>situaciones muy complejas, pero aparece el síntoma en el chico. Además, este síntoma además con el tiempo genera otro tipo de síntomas, por ejemplo, puede haber asma, psoriasis y en general son chicos en los estudios que desarrollan ciertos problemas con el manejo del espacio y entonces el acceso a lo simbólico a través de las matemáticas y la geometría es problemático y luego van a llegar estos chicos porque tienen dificultades escolares de inhibición intelectual, etc.”.</p>		
--	---	--	--

<p>Posibles formas de trabajo interdisciplinario entre el psicoanálisis y la pediatría</p>	<ul style="list-style-type: none"> • “Bueno en general creo que es importante que circule cierta información con los médicos, el proponer determinado tipo de trabajo en el campo privado de los médicos se torna un poco difícil porque son personas que tienen un paciente tras otro, en el espacio hospitalario podría de alguna manera ser posibilitante, pero no hay mucha apertura que yo creo que es un tema que hay que trabajar mucho porque así prima fase, no hay mucha apertura”. • “Entonces es el que circule información, el que se pueda tener cierto acercamiento a este tipo de temáticas, hay muchos dispositivos que se pueden dar como este de Jerusanlinksy, muchos 	<ul style="list-style-type: none"> • “En realidad podría ser el poder conversar entre profesionales en un espacio para poder saber qué tipo de atención podemos brindar al paciente de la mejor manera. El diálogo tiene que ser lo principal, si no tenemos la posibilidad de construir juntos un espacio de diálogo no vamos a pasar de hacer lo que estamos haciendo ahora: o que el pediatra me remita o que nosotros remitamos al pediatra”. • “Es un campo muy grande que es el de los “ baby test”, son tests psicológicos para bebés y están dados desde el psicoanálisis también donde se pueden aplicar estas pruebas psicológicas para bebés, no es que el bebé a sentarse a dibujar nada desde luego, sino es parte de la observación de bebés, observar cómo el bebé responde, cómo el bebé reacciona a los estímulos. • “Hay pruebas que son canadienses y hay pruebas francesas. No recuerdo ahora los nombres 	
---	---	--	--

	<p>dispositivos, pero prima fase es algo yo diría que en la educación médica hay algo muy concreto”.</p>	<p>exactamente, pero son pruebas muy interesantes para aplicarlas a los bebés y seguramente Laznik debe haberlas conocido, Marie-Christine Laznik”.</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Justo lo que decía no cierto, estos puntos de encuentro, estos espacios de encuentro creo yo que son los primeros pasos para lograr un algo de interdisciplinariedad y poder comprender la posición del pediatra del lado de los psicólogos de niños, los psicoanalistas de niños y comprender y que ellos comprendan también nuestra posición como médicos pediatras”. 	
--	--	--	--

(Elaborado por: Berrú, Josué, 2018).

Anexo 6: Cuadro de análisis por categorías: Entrevistas a pediatras

EP1: entrevistado pediatra 1

EP2: entrevistado pediatra 2

EP3: entrevistada pediatra 3

Categoría	EP1	EP2	EP3
A. Definición y campo de la pediatría	<ul style="list-style-type: none"> “la pediatría se basa en la atención integral del niño y del adolescente, esa intervención integral del niño y del adolescente se basas tanto en medidas preventivas que es la más importantes de todas y en las medidas curativas aparte del apoyo psicológico para el niño y los familiares”. 	<ul style="list-style-type: none"> “La pediatría se basa en el estudio de todas las patologías y tanto del crecimiento y desarrollo normal de un paciente desde los 29 días de vida hasta aproximadamente los 18 años, dependiendo de cómo se vea en el ámbito global”. 	<ul style="list-style-type: none"> “La pediatría es la rama de la medicina que atiende a los niños a partir del mes de edad y en nuestro país hasta los 14 años”.
B. Síntomas o enfermedades fisiológicas frecuentemente ligadas a causas psicológicas	<ul style="list-style-type: none"> “Los síntomas son variados, hay somatización de los síntomas que van desde dolores abdominales crónicos, síntomas de dificultad respiratoria, 	<ul style="list-style-type: none"> “Llanto continuo constante que no tiene una causa orgánica bien definida o que no tenga ninguna otra patología o enfermedad asociada. También la irritabilidad 	<ul style="list-style-type: none"> “La desnutrición es una de las que seguro puede haber causas psicológicas, pero patologías que tal vez no tienen nada que ver pueden ser causas

	<p>de dolor precordial, son más que todo síntomas de somatización del estrés”</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Los síntomas más desde el punto de vista emocional serían más irritabilidad del niño, estado de ansiedad también del niño”. 	<p>del paciente, dependiendo de la edad, podemos también hacer notar de que puede tener relación al contexto social en el que él se desarrolla bien sea por parte de los familiares o de los cuidadores más que todo. La irritabilidad, el llanto, otra cosa que se puede notar en un paciente pediátrico es la diarrea. Muchas veces se asocia a problemas psicológicos”.</p>	<p>psicológicas por cierto grado de maltrato y descuido de los padres como los procesos respiratorios que suelen ser más frecuentes en nuestro país en la infancia y también puede haber muchas veces descuido de los padres. Otra que podríamos tener es padres jóvenes o adolescentes que también tienen complicaciones en esos casos con cualquier tipo de patología”.</p>
<p>C. Experiencia de prácticas de trabajo en conjunto entre psicólogos clínicos y pediatras</p>	<ul style="list-style-type: none"> • “Desde la experiencia que tenemos en el hospital, ha funcionado muy bien desde el punto de vista más del apoyo a los familiares porque obviamente tenemos bebidos que son recién 	<ul style="list-style-type: none"> • “Todo el tiempo estamos llamando a psicología, es muy frecuente que los llamemos sobre todo para que la madre tenga una mejor orientación en cuanto a la 	<ul style="list-style-type: none"> • “Aquí tenemos bastante interacción porque bueno siempre tenemos niñitos todavía aquí muy pequeñitos que son los neonatos que están salidos a la pediatría ya y ya están obviamente

	<p>nacidos y lactantes entonces básicamente el apoyo es más hacia la parte familiar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Ese equipo de apoyo a la familia también tiene que ver con un equipo que se formó para cuidados paliativos. Entonces no sólo es para los niños que tienen una alta probabilidad de mortalidad sino también para pacientes que están críticos y los padres necesitan apoyo psicológico entonces desde el punto de vista de esta institución, es un trabajo que es entre psicólogos, neonatólogos, pediatras y las interdisciplinas, por lo menos la parte cardiológica que es la mía en los niños que a veces nacen con 	<p>enfermedad del paciente, es necesario para poder ayudar a la parte emocional del paciente y así del familiar, de todo el entorno y así poder tener una mejor respuesta”.</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Si, entré todos concluimos si se da o no RCP al paciente, en dado caso que nos necesité. Entonces ya es decisión del familiar entonces ahí hay mucho abordaje de la parte psicológica son familiares sobre eso ... que acepten que el paciente puede fallecer en cualquier momento.” 	<p>en apoyo de estimulación tanto ellos como de sus madres, muchas veces estas adolescentes, y los niñitos más grandecitos que ellos ya empiezan a cuestionar el por qué están en un hospital, entonces hemos requerido el apoyo de psicología para incluso juegos lúdicos durante la estancia de los pacientes aquí”.</p> <ul style="list-style-type: none"> • “se contacta con los profesionales aquí vía interconsulta, llamada por teléfono y ellos acuden inmediatamente. Tenemos un equipo que nos ayuda bastante”.
--	--	---	--

	<p>cardiopatías congénitas siempre la noticia de que el bebé viene con una cardiopatía, la tratamos de dar con todo el equipo para abordar mejor a los familiares y para que los familiares se sientan un poco más apoyados por la institución”.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primero discutimos el caso y ahí tomamos los objetivos de cómo abordar a los familiares”. • “Cómo llegar a los familiares y a los pacientes con las mejores palabras para causar el menos estrés ante una noticia de una enfermedad grave”. • “En todas las enfermedades hay el componente emocional, entonces la idea es que 		
--	--	--	--

	<p>los psicólogos aporten su conocimiento para llevar una mejor forma del trauma que es una enfermedad tanto para los niños como para los familiares”.</p>		
<p>D. Dificultades o desventajas en el trabajo interdisciplinario entre la psicología y la pediatría</p>	<ul style="list-style-type: none"> • “Pienso que tiene que haber un mayor conocimiento por parte de todos los médicos tratantes de que los pacientes o familiares necesitan apoyo psicológico por todas las ventajas que ya le nombré, entonces dentro de las debilidades eso, mejorar un poco el conocimiento de los médicos tratantes de que tienen esa posibilidad de tener el apoyo psicológico para 		<ul style="list-style-type: none"> • “Se deberían enfocar siempre estos puntos, se deben aumentar el personal tal vez. Tal vez es una como desventaja el no tener siempre o la cantidad de personal adecuado, tu sabes que elegimos para los juegos lúdicos a quién le hacemos (no todos los niños tienen acceso a esto) porque el trabajo que ellos realizan no alcanza, pero si se debería continuar con eso, mejorar los procesos,

	los pacientes y familiares.		creación de áreas lúdicas”.
Fortalezas o ventajas en el trabajo interdisciplinario entre la psicología y la pediatría	<ul style="list-style-type: none"> • “El familiar entiende mejor la enfermedad, la asume, hay menos desinformación”. • “Eestá demostrado estadísticamente que, si un familiar o un paciente está bien informado tanto del punto de vista del grupo de médicos y de los psicólogos, está demostrado que hay menos demanda a los médicos o a la institución. • “Si, demandas legales, si ha visto que hay menos demandas, está demostrado.” • “Hay pacientes que rechazan algún tipo de tratamiento más que todo por 	<ul style="list-style-type: none"> • “La psicología nos ayuda mucho porque permite ver esa otra parte que nosotros no nos adentramos mucho que es la parte emocional del paciente, sobre todo en niños más grandecitos, preescolares y escolares, niños de 5 años en adelante y adolescentes por supuesto en donde ellos entablan mucha confianza y ahí se genera un vínculo entre el psicólogo y el paciente”. • “Descartar cualquier otro problema en el paciente y sobretodo el ámbito, el triángulo que hay ahí con la madre, 	<ul style="list-style-type: none"> • “Yo creo que el ser humano y más aún la pediatría, es un conjunto de todo. No sólo somos la parte biológica sino está también la parte emocional y si es que nosotros no vemos ese lado en los niños, estamos descuidando una gran parte. Al ver ese lado nosotros podemos ayudar incluso a disminuir los días de estancia dentro del hospital”.

	<p>desconocimiento o porque en algún momento de su historia de vida tuvieron alguna mala experiencia con algún tratamiento, algún medicamento, algún procedimiento. Uno puede abordar mejor al paciente y tratar de llevarle a un mejor tratamiento pues incluso así haya sido traumático con anterioridad”.</p>	<p>con el padre y el hijo. Eso también influye muchísimo el entorno familiar en que la enfermedad se desarrolle normalmente o cómo nosotros estamos acostumbrados a verla y por supuesto en el tratamiento”</p> <ul style="list-style-type: none"> • “(...) el cumplimiento y el apego al tratamiento tanto por la parte de la familia como del paciente”. • “La ventaja es que nos ayuda muchísimo a la parte pediátrica porque nosotros no tenemos muchas veces el tiempo que, si tiene psicología para abordar este tema, la parte emocional del paciente y cómo se desarrolla su enfermedad, sobre todo en los pacientes con 	
--	--	--	--

		<p>problemas de lesiones ocupantes de espacio, que nosotros hemos tenido, entonces cómo hace el abordaje el psicólogo con la madre para poder aceptar, la aceptación de esas enfermedades”.</p>	
<p>Posibles formas de trabajo interdisciplinario entre la pediatría y la psicología.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • “La idea es que esas reuniones permitan al médico tratante comprender un poco mejor la parte psicológica de los pacientes y de los familiares y de esa forma llevar mejor una conducta terapéutica con los pacientes”. 	<ul style="list-style-type: none"> • “Por supuesto, cien por ciento de acuerdo porque te dije nos ayuda a que los familiares acepten lo que tiene el paciente y el paciente también de su colaboración y aparte investigar mucho más allá de lo que es una neumonía, por decirlo así”. 	<ul style="list-style-type: none"> • “Si hemos tenido (grupos de discusión de casos clínicos entre pediatras y psicólogos) pero ha sido informal, en forma informal, pero si lo hemos realizado dependiendo del caso”.

(Elaborado por : Berrú, Josué, 2018).