



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**TÍTULO:**

**Posibilidades Y Limitaciones Del Trabajo Psicológico Con Niños De 1-3 Años  
De Edad Y Su Familia En El Hospital Roberto Gilbert De La Junta De  
Beneficencia.**

**AUTORAS:**

**AVILÉS ARÉVALO JULIA ELISA  
VACA AGUIRRE STEFANNY ALEXANDRA**

**TRABAJO DE TITULACION PREVIO A LA OBTENCION DEL TITULO  
DE LICENCIADAS EN PSICOLOGÍA CLINICA**

**TUTORA:**

**GUERRERO NORA**

**Guayaquil, Ecuador**

**2014**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por **Avilés Arévalo Julia Elisa** y **Vaca Aguirre Stefanny Alexandra**, como requerimiento parcial para la obtención del Título de **Licenciadas en Psicología Clínica**

**TUTOR (A)**

---

**Dra. Nora Guerrero de Medina**

**REVISOR(ES)**

---

---

**DIRECTORA DE LA CARRERA**

---

**Psic. Alexandra Galarza**

**Guayaquil, a los 29 del mes de Abril del año 2014**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN**

**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Yo, **Julia Elisa Avilés Arévalo**

**DECLARO QUE:**

El Trabajo de Titulación **Posibilidades y limitaciones del trabajo psicológico con niños de 1-3 años de edad y su familia en el Hospital Roberto Gilbert de la Junta de Beneficencia** previa a la obtención del Título **de Licenciada en Psicología Clínica**, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría. En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Titulación referido.

**Guayaquil, a los 29 del mes de Abril del año 2014**

**LA AUTORA**

---

**Julia Elisa Avilés Arévalo**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN**

**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

**Yo, Stefanny Alexandra Vaca Aguirre**

**DECLARO QUE:**

El Trabajo de Titulación **Posibilidades y limitaciones del trabajo psicológico con niños de 1-3 años de edad y su familia en el Hospital Roberto Gilbert de la Junta de Beneficencia** previa a la obtención del Título **de Licenciada en Psicología Clínica**, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría. En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Titulación referido.

**Guayaquil, a los 29 del mes de Abril del año 2014**

**LA AUTORA**

---

**Stefanny Alexandra Vaca Aguirre**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN**

**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**AUTORIZACIÓN**

Yo, **Julia Elisa Avilés Arévalo**

**DECLARO QUE:**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil , la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación **Posibilidades y limitaciones del trabajo psicológico con niños de 1-3 años de edad y su familia en el Hospital Roberto Gilbert de la Junta de Beneficencia** , cuyo contenido , ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, a los 29 del mes de Abril del año 2014**

**LA AUTORA**

---

**Julia Elisa Avilés Arévalo**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**AUTORIZACIÓN**

**Yo, Stefanny Alexandra Vaca Aguirre**

**DECLARO QUE:**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil , la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación **Posibilidades y limitaciones del trabajo psicológico con niños de 1-3 años de edad y su familia en el Hospital Roberto Gilbert de la Junta de Beneficencia** , cuyo contenido , ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, a los 29 del mes de Abril del año 2014**

**LA AUTORA**

---

**Stefanny Alexandra Vaca Aguirre**

## **TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

---

**DRA. NORA GUERRERO DE MEDINA  
PROFESOR GUÍA O TUTOR**

---

**MG. ANA DURÁN VERA  
PROFESOR DELEGADO**

---

**MG .MARIANA ESTACIO CAMPOVERDE  
PROFESOR DELEGADO**

---

**MG. RODOLFO ROJAS BETANCOURT  
PROFESOR DELEGADO**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN**

**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**CALIFICACIÓN**

---

**DRA. NORA GUERRERO DE MEDINA**

## ÍNDICE GENERAL

<b>RESUMEN.....</b>	<b>xii</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>xiii</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO I.....</b>	<b>4</b>
Institución Hospitalaria, estructuración subjetiva del niño y función de la familia .....	4
Conceptos Generales de la Institución Hospitalaria. ....	4
Análisis Descriptivo del Hospital de Niños Dr. Roberto Gilbert E.....	7
Consideraciones Generales de la Unidad de Cuidados Intermedios Pediátricos. ....	9
<i>Análisis Descriptivo de la Unidad de Cuidados Intermedios Pediátricos del Hospital de Niños Dr. Roberto Gilbert E.....</i>	<i>10</i>
<i>Rol del psicólogo en la institución hospitalaria..</i> .....	<i>12</i>
<i>Rol del psicólogo clínico dentro del área de Cuidados Intermedios del Hospital de niños Roberto Gilbert E.....</i>	<i>14</i>
Estructuración subjetiva del niño. ....	16
<i>¿Qué es un niño para el psicoanálisis?.....</i>	<i>16</i>
<i>Estadio del Espejo. ....</i>	<i>18</i>
<i>Alienación – separación.....</i>	<i>20</i>
La función de la familia. ....	23
<i>Tres posiciones para el niño.....</i>	<i>26</i>

<b>CAPÍTULO II.....</b>	<b>29</b>
Trabajo psicológico en el área de cuidados intermedios pediátricos: posibilidades-limitaciones .....	29
Elementos del dispositivo. ....	30
<i>La Observación.....</i>	30
<i>Poner el cuerpo. ....</i>	31
<i>El uso de la palabra.....</i>	31
<i>La relación transferencial con los niños.....</i>	32
Técnicas del dispositivo aplicadas con la familia.....	33
<i>La Entrevista.....</i>	33
<i>La relación transferencial con los familiares.....</i>	34
Dispositivo de intervención psicológica con niños de 1 a 3 años con padecimientos orgánicos en el área de cuidados intermedios pediátricos. ....	35
Posibilidades del trabajo psicológico a partir de la aplicación del dispositivo. ....	37
<i>Equipo Multidisciplinario.. ....</i>	37
<i>Participación de los padres, familias o encargados.....</i>	38
Limitaciones del trabajo psicológico a partir de la aplicación del dispositivo .....	38
<i>Estado de salud de los menores. ....</i>	39
<i>Desconocimiento del alcance del trabajo psicológico.. ....</i>	39
<i>Falta de colaboración de los padres o encargados.....</i>	40

**CAPÍTULO III ..... 41**

Análisis y Presentación de Casuística ..... 41

A) Caso 1: Cristian. .... 41

B) Caso 2: Damaris..... 48

C) Caso 3: Ruth. .... 53

**CONCLUSIONES ..... 58**

**BIBLIOGRAFÍA ..... 60**

## RESUMEN

El tema desarrollado surge a partir de las prácticas pre-profesionales realizadas en el hospital de niños Dr. Roberto Gilbert E. de la Junta de Beneficencia de Guayaquil en las que se evidenciaron dificultades para realizar un trabajo psicológico con pacientes del área de cuidados intermedios específicamente de 1 a 3 años de edad debido a que presentaban cuadros delicados o deterioros en su salud física, no hacían uso del lenguaje en su totalidad, tenían una estancia hospitalaria prolongada y requerían la asistencia de ciertos equipos médicos. Inicialmente se analiza y describe tanto a la institución hospitalaria como a la unidad de cuidados intermedios pediátricos, el rol del psicólogo clínico dentro de un hospital principalmente el trabajo dentro del área de cuidados intermedios pediátricos otro de los conceptos que se abarcara será la estructuración subjetiva del niño y la función de la familia desde el enfoque psicoanalítico. Posteriormente se explica sobre la creación de un dispositivo de atención con el que se trabajó en el área, se plantearan los elementos del dispositivo aplicado tanto con los niños de 1-3 años como con los padres y familiares del menor. Finalmente se plantearan casos clínicos en los que se ha utilizado el dispositivo y mostrara cada elemento empleado de acuerdo al caso, reiterando la importancia de la singularidad y particularidad de la práctica clínica con orientación psicoanalítica.

**Palabras Claves: (Dificultades, trabajo psicológico, niños de 1 a 3 años, dispositivo, familia)**

## **ABSTRACT**

The theme developed is the result of the training done in Children's Hospital Dr. Roberto E. Gilbert of Guayaquil Welfare Board in which difficulties were evident to start a psychological work with patients in intermediate care area specifically 1 to 3 years old because they presented delicate charts or deterioration in their physical health, they did not use the language as a whole, had a prolonged hospital stay and required the assistance of certain medical devices. Initially, we analyzed and described both the hospital facility and the pediatric intermediate care unit, the role of the clinical psychologist in a hospital primarily the work within the area of pediatric intermediate care another concept that we will cover is the subjective structuring of the child and the family function from the psychoanalytic approach. Subsequently, we explained about creating an attention device which we worked in the area, we will present the elements of the device applied to both children from 1-3 years to parents and relatives of the child being raised. Finally, we will present the clinical cases in which the device has been used and show each element used according to the case, reiterating the importance of the uniqueness and particularity of psychoanalytically oriented clinical practice.

**Key words: (Difficulties, psychological work, children from 1 to 3 years, device, family)**

## INTRODUCCIÓN

A partir de los años de preparación teórica fundamentada en la teoría psicoanalítica se ha priorizado la atención psicológica del caso a caso, respetando los tiempos lógicos a más de los cronológicos de cada paciente, buscando siempre rescatar la subjetividad y demás particularidades que lo pudieran caracterizar como condición física o sociocultural, siendo este enfoque de trabajo el que se ha aplicado en varios ámbitos institucionales durante practicas previas, encontrando a lo largo de la experiencia clínica diversas posibilidades y limitaciones en las intervenciones con esta orientación .Luego de toda esta preparación teórico- práctica se ha dado inicio a las prácticas pre-profesionales donde todo el conocimiento y la experiencia adquirida fueron puestos a prueba con la finalidad de hacer un trabajo clínico donde prevalezca el rescatar la importancia del aspecto subjetivo, dentro de una institución hospitalaria donde lo fundamental es la recuperación de la salud física de los pacientes.

Es así que el tema desarrollado surge a partir de esta gratificante experiencia de la práctica clínica realizada en el hospital de niños Roberto Gilbert E; este trabajo psicológico fue dirigido a las diferentes áreas de la institución privilegiando el acercamiento y atención psicológica a los niños y ofertando el espacio a los padres, esta atención fue permanente, continua y se mantuvo un seguimiento de cada caso.

Dentro de las prácticas se evidenciaron dificultades principalmente dentro de la unidad de cuidados intermedios pediátricos en donde la mayor parte de pacientes son niños con padecimientos orgánicos complejos y que en ocasiones se ven afectados en su relación con el Otro debido a los efectos de la enfermedad, incapacidad física, escaso uso del lenguaje debido a la edad cronológica.

Se ha priorizado el trabajo psicológico dentro de esta área con niños de entre 1 -3 años de edad siendo este un grupo desatendido debido al desconocimiento del alcance en el trabajo psicológico por parte del equipo médico. A la hora de realizar un trabajo clínico con niños con padecimientos orgánicos se dió paso a idear nuevas formas de abordaje para responder a las demandas de atención con esta población, es así como surge la necesidad de considerar y recopilar fundamentaciones teóricas ya no solo con la finalidad de que sirvan de referencias sino para crear una nueva técnica de trabajo toma diferentes elementos clínicos aplicados a lo largo de las prácticas de la carrera.

Los factores primordiales que se han tomado en cuenta para ubicar a este grupo como desatendidos psicológicamente han sido: en su gran mayoría estos niños no hacen uso del lenguaje debido a su corta edad que oscila entre 1 a 3 años, el padecimiento orgánico, la

estancia hospitalaria prolongada debido al permanente cuidado médico requerido, el uso asistencial de equipos hospitalarios.

Otro factor que determinó el trabajo con estos niños fué el detectar la constante derivación por parte del equipo médico al espacio psicológico únicamente a los familiares mas no al niño, surgiendo así la pregunta ¿Qué lugar para estos niños? siendo esta idea el motor principal para la formulación de las siguientes hipótesis planteadas como preguntas de investigación: ¿Cómo es posible realizar una intervención psicológica con niños de 1 a 3 años de edad con un padecimiento orgánico? ¿Es posible el trabajo psicológico con niños de 1 a 3 años de edad a través de la familia?. Buscando responderlas a partir de una investigación y análisis desde el enfoque psicoanalítico usado algunos de los principales conceptos planteados en esta teoría referente a los procesos de constitución subjetiva. Al buscar alternativas de intervención se dio lugar a nueva forma de trabajo haciendo posible la creación y aplicación de un dispositivo de atención psicológica tomando elementos ya usados en el espacio psicológico pero adaptados a la realidad y condición según se ha visto la necesidad dentro de esta unidad hospitalaria.

Finalmente el propósito de la investigación es describir a partir del dispositivo tanto las posibilidades como limitaciones del trabajo psicológico con niños de 1 a 3 años de edad con su familia

## CAPÍTULO I

### **Institución Hospitalaria, estructuración subjetiva del niño y función de la familia**

**Conceptos Generales de la Institución Hospitalaria.** Las instituciones hospitalarias son unidades importantes de atención de salud. Para la OMS (Organización Mundial de la Salud), el Hospital es parte integrante de una organización médica y social cuya misión consiste en proporcionar a la población una asistencia médico sanitaria completa, tanto curativa como preventiva, y cuyos servicios externos irradian hasta el ámbito familiar, plantea que son instituciones que disponen de personal médico y otros profesionales organizados así como de instalaciones para el ingreso de pacientes, que ofrecen servicios médicos y de enfermería durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Las instituciones hospitalarias ofrecen una gran diversidad de servicios de atención continua, de recuperación y de cuidados paliativos, responden a manifestaciones de emergencia y crónicas debidas a enfermedades así como traumatismos o anomalías genéticas.

“Los hospitales son complejas instituciones ordenadas para determinados fines y objetivos dedicados explícitamente a la atención y a los cuidados asistenciales. Son delegaciones organizadas del núcleo social, en los que se depositan las posibilidades curativas que la sociedad fija como propósito” (Flor Marina Guerrero, 2000).

Según el Diccionario de Ciencias Médicas Dorland (1987), el Hospital es un establecimiento público o privado en el que se curan los enfermos, en especial aquellos carentes de recursos. Es una institución organizada, atendida y dirigida por personal competente y especializado, cuya misión es la de proveer, en forma científica, eficiente, económica o gratuita, los complejos medios necesarios para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades y para dar solución, en el aspecto médico, a los problemas sociales. El Hospital es un Centro de formación de personal médico - sanitario y de investigación bio-social.

“Debe contar con elementos y dependencias destinados a la preparación de profesionales especializados en los diversos campos de la ciencia médica, con personal técnico auxiliar, y ha de mantener contacto con otros hospitales, escuelas de medicina y cualquier otra institución empeñada en el cuidado y en el mejoramiento de la salud pública”.(Flores, 2009).

Flores en su artículo El hospital: concepto y funcionamiento histórico (2009) que en las últimas décadas se incorporó el concepto de "Derecho a la Salud" de toda la población, determinando que el Hospital es la respuesta que brinda la sociedad organizada a ese derecho.

Una de las funciones de los hospitales en el pasado era la de cumplir como albergue y brindar apoyo espiritual, también era conocido como un lugar destinado a la recuperación de enfermos, pero limitada en ese entonces por el escaso conocimiento científico y con altos índices de morbi-mortalidad.

Flores (2009) también menciona que durante siglos, los hospitales fueron creados para asegurar albergue a grupos sociales carentes de recursos para pagar su asistencia médica, basados en un sentimiento de amor al prójimo y de caridad cristiana. También cumplían un proceso de aislamiento y segregación en determinados pacientes (leprosarios, lazaretos)

Actualmente en las instituciones hospitalarias se privilegia la atención médica refiriéndose a prevención de enfermedades, recuperación de la salud y rehabilitación del paciente; la continúa educación de su propio personal facilitándole la participación en diversos congresos y promoviendo la investigación en las diversas áreas de la salud.

El ingreso a una institución hospitalaria se debe a una enfermedad física que provoca un malestar en el cuerpo y afecta subjetivamente dado que es un acontecimiento del orden de lo real que angustia y ante el cual no se tiene una respuesta premeditada, esta institución médica contara con las instalaciones, equipos y profesionales adecuados para tratar con este malestar físico y garantizar mejorar el estado de salud con el que se ingresa.

La enfermedad irrumpe el estilo de vida de un sujeto a la vez que se presentan muchos eventos estresantes desde el momento que ingresa en la institución, durante su estadía dado que es un ambiente ajeno, lleno de personas extrañas que manipulan el cuerpo de los pacientes para tratar con la enfermedad, llegando a resultar muchas veces invasivos los procedimientos médicos

### **Análisis Descriptivo del Hospital de Niños Dr. Roberto Gilbert E.**

Luego de culminar el periodo de prácticas pre profesionales de la carrera de psicología clínica en el Hospital de Niños Dr. Roberto Gilbert E. se puede describir a la institución como una unidad hospitalaria componente de la Junta de Beneficencia de Guayaquil, centrada en la atención integral de la población neonatal y pediátrica (0-18 años) del Ecuador. Está conformado aproximadamente por más de 1,200 trabajadores divididos en varias especialidades médicas tanto neonatales como pediátricas que permiten la atención de los niños del país, quienes reciben una atención para su rehabilitación física y psicológica.

Esta institución hospitalaria ofrece servicios tales como: Consulta Externa, Emergencia, Hospitalización que cuenta con: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales, Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, **Unidad de Cuidados Intermedios Pediátricos**, Unidad de Quemados y demás servicios de

diagnóstico y apoyo entre estos está el Área de Salud Mental compuesta por psiquiatras y psicólogos. Cuenta además con un servicio de atención privada, siendo este el soporte económico para sustentar los gastos en las áreas generales.

Al ser considerado uno de los hospitales pediátricos con mejores equipos y profesionales médicos posee en su gran mayoría pacientes de diferentes regiones del país, por lo que cuenta con una fundación-albergue puesta al servicio de familiares y pacientes que deban realizar tratamientos ambulatorios el cual proporciona alojamiento provisional y alimentación a costos módicos.

El objetivo principal del hospital es de brindar atención a niños y niñas en sus diferentes etapas de vida, con diversos trastornos en su estado de salud; proporcionar un ambiente controlado y con un mejoramiento continuo, para los pacientes, familias, personal y visitas.

Cuenta con la participación de un equipo humano multidisciplinario integrado por médicos, especialistas, enfermeras, tecnólogos y profesionales del área de salud mental. Esta área en particular está conformada por una psiquiatra y cuatro psicólogos que brindan sus servicios en las áreas de: quemados, emergencia, hospitalización y ambulatorios. Los pacientes

del área de emergencia y hospitalización reciben la atención psicológica directamente en las salas en las que se encuentren dado que por su estado no es posible atenderlos en el espacio físico con el que cuenta el área de salud mental.

### **Consideraciones Generales de la Unidad de Cuidados Intermedios**

**Pediátricos.** La unidad de cuidados intermedios es un área creada para el cuidado y manejo de los pacientes en estado delicado, la atención en esta área está dirigida a pacientes en los que el padecimiento orgánico no requiera del cuidado intensivo sin embargo necesitan de mayores cuidados que los previstos en el área de hospitalización, el tratamiento dentro de esta área requiere una vigilancia continua e inmediata de los pacientes quienes necesitan monitorización de signos vitales, intervenciones de enfermería o terapia respiratoria frecuentes, se proporciona una vigilancia y cuidados asistenciales de acuerdo al desarrollo del padecimiento orgánico.

Los pacientes en la unidad de cuidados intermedios pediátricos, se encuentran con un riesgo de presentar dificultades debidas al padecimiento orgánico o al cambio inesperado de su condición de salud. La vigilancia constante permite una rápida respuesta a cualquier cambio inesperado al tratamiento o la estabilidad del paciente, la necesidad de un monitoreo continuo establece una mejor intervención. Un aspecto importante de esta área es que los pacientes requieren sedativos o analgésicos los cuales pueden distorsionar el tiempo y la

realidad, existen efectos secundarios debido a la administración de medicamentos y el uso de equipos electrónicos.

El 95% de los hospitales en países desarrollados cuentan con una unidad de cuidados intermedios pediátricos obteniendo un resultado en la supervivencia de los pacientes graves superiores al 70%. Actualmente la unidad de cuidados intermedios pediátricos (UCIP) es una unidad obligada en todo hospital moderno, se encarga de vigilar adecuadamente el tratamiento inmediato y continuo de los pacientes en proceso de recuperación de estados crítico para así mejorar y controlar los resultados.

En el desarrollo de esta investigación se identificó la existencia de diferencias significativas entre los criterios de las unidades intermedias pediátricas debido a las políticas y normativas internas de los hospitales, cada institución hospitalaria de acuerdo a la población y necesidades de la misma plantea normativas a seguir dentro de esta área.

***Análisis Descriptivo de la Unidad de Cuidados Intermedios Pediátricos del Hospital de Niños Dr. Roberto Gilbert E.*** La unidad de Cuidados Intermedios Pediátricos (UCIP) del Hospital de Niños Dr. Roberto Gilbert E se especializa en proveer los cuidados necesarios permanentes a pacientes con enfermedades clínicas o quirúrgicas que requieren una vigilancia continua para su buena evolución. Se encuentra ubicada en la planta

baja en el ala izquierda, la jefa del área es la Dra. Isabela Abad quien se reúne con su equipo médico una vez por semana y discuten sobre el avance y las posibles intervenciones de los pacientes. Se encuentran pacientes de más de cuatro meses de nacidos hasta 18 años.

En el área de Cuidados Intermedios Pediátricos (C.I.P) fué notable la estadía prolongada de pacientes menores de 3 años de edad debido a que presentaban cuadros delicados o deterioros respecto a su salud física y requerían la asistencia de ciertos equipos médicos que solo se encontraban en esta área. Se solicitaba la constante atención psicológica para los padres pero ¿Qué lugar para estos niños?

El objetivo principal de esta área es restablecer la salud a los niños que han sido ingresados en estados críticos monitoreando constantemente sus signos vitales y la evolución físico y psicológico durante su recuperación creando un vínculo hospital – padres o cuidadores – niños.

El área cuenta con 15 camas, provista con monitorización básica (frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, oximetría de pulso y presión arterial), con tomas de oxígeno y de succión. Solo se permite el ingreso a dos personas: padre y madre u algún otro familiar en el caso de no contar con alguno de los dos antes mencionados. Los familiares permanecen junto al paciente las 24 horas pueden dormir dentro de la sala. Usualmente se encuentran

pacientes con problemas respiratorios como neumonía, del sistema nervioso como parálisis cerebrales y muchos otros más. Por lo que se prepara a los familiares y cuidadores para que puedan dar mejores cuidados a los niños en los casos que se requiere, tanto de manejo de traqueotomías y alimentación enteral, así como terapias tanto psicológicas, terapias de estimulación temprana en coordinación con el Servicio de Fisiatría y de Lenguaje.

Dentro del área se debe contar con un equipo especializado para el cuidado del niño enfermo: médicos, enfermeras, fisioterapistas, personal para efectuar terapia respiratoria, trabajadores sociales y psicólogos, un equipo multidisciplinario otorgados por el hospital que permitan restablecer la salud a los niños creando un vínculo principalmente con el Otro familiar que posteriormente lo integrará a la sociedad.

La Unidad de cuidados intermedios pediátricos es un lugar en el cual se hace énfasis en la urgencia tanto del paciente como de la familia o personas encargadas siendo el espacio psicológico parte fundamental del equipo multidisciplinario del área.

***Rol del psicólogo en la institución hospitalaria.*** El psicólogo clínico dentro de la institución hospitalaria específicamente trabajará con pacientes que presentan padecimientos orgánicos que provocan un sufrimiento y un dolor de orden subjetivo que desencadena una serie de trastornos en la cotidianidad de sus vidas y la de sus familiares. El

rol del psicólogo clínico se desarrolla a partir del trabajo multidisciplinario con profesionales de las diversas áreas, cumpliendo la función de vínculo o nexo entre el paciente-familia y el equipo médico, además de proporcionar el espacio de escucha en el cual se pueda historizar sobre todo aquello que tenga carácter de traumático tanto para el paciente como para los familiares, pudiendo ser estos hechos relacionados o no con la hospitalización.

Así tenemos que el trabajo del psicólogo posibilita la relación del equipo médico tanto con el paciente como con la familia debido a la asistencia dada en el espacio psicológico en el que se prioriza la escucha, la palabra del paciente y de la familia, siendo este un gran elemento de transferencia que favorecerá posteriormente un trabajo psicológico paralelo al tratamiento médico.

El psicólogo deberá participar de ser posible activamente en las visitas médicas, con la finalidad de estar al tanto de la condición del paciente, diagnósticos y tratamientos médicos a seguir que podrían resultar incomprensibles o tomarlo de sorpresa y angustiarse. Establecerá contacto directo con el paciente y la familia logrando construir a través de entrevistas la historia del paciente, identificando aspectos importantes que permitan rescatar al sujeto y su particularidad. Brindará el espacio de escucha a los familiares o encargados del paciente buscando facilitar el entendimiento de los diversos diagnósticos y tratamientos médicos con la finalidad de que estos logren transmitir seguridad al paciente.

El espacio físico para el trabajo psicológico en la institución hospitalaria es un recurso variable debido a las condiciones orgánicas de los pacientes, las restricciones de las diversas áreas no permiten mantener un lugar adecuado para la atención psicológica, sin embargo la atención se brinda de forma personalizada visitando cama por cama a los pacientes que su estado de salud les permite aprovechar el espacio de escucha que se les brinda.

El trabajo psicológico identifica los diversos aspectos particulares de los pacientes que pueden influir en el malestar físico, por ejemplo: situaciones de abandono, dificultades económicas, familias disfuncionales, disputas legales, preparación para posibles tratamientos invasivos o degenerativos, todos estos aspectos podrían influir en el malestar subjetivo y físico de los pacientes y familiares a cargo. La posición del psicólogo muestra acogida y escucha atenta ante una demanda por parte del sujeto o una ausencia de palabras ante la situación traumática que se vive en donde se intentará prestar palabras a este sujeto con la finalidad de que logre significar estos hechos que le resultan inasimilables.

***Rol del psicólogo clínico dentro del área de Cuidados Intermedios del Hospital de niños Roberto Gilbert E.*** Durante el periodo de prácticas dentro del hospital fue posible trabajar en varias áreas de hospitalización entre esas la Unidad de Cuidados Intermedios Pediátricos (UCIP) en donde fué notable la necesidad de un psicólogo clínico debido a la gravedad de los casos y los efectos subjetivos tanto para los niños como para los

familiares, dado que es un área que alberga niños en un estado delicado de salud y sus padecimientos orgánicos en la mayoría de los casos determinan una estancia hospitalaria prolongada.

El **rescatar la importancia del aspecto subjetivo** cuando se está en dependencia de equipos médicos para mejorar la salud física de pacientes que se encuentran entre la vida y la muerte, significo una labor en la que las intervenciones apuntaban a la pulsión de vida, poner el cuerpo, al deseo del Otro; hacer existir en una sala hospitalaria a un niño o niña que está en pleno proceso de constitución subjetiva con la ayuda de los familiares o personas a cargo de los menores.

La función del psicólogo clínico en esta situación en particular sería la de reconocer y favorecer la posición de sujetos en construcción de estos niños que adolecen físicamente, ver más allá del padecimiento físico y hacer de la intervención psicológica la oportunidad de contribuir al reconocimiento y constitución de una subjetividad en un ambiente donde las dolencias y enfermedades son las que dan nombre y un lugar. A la hora de realizar el trabajo psicológico se toma en consideración a los familiares quienes se encuentran angustiados inmersos en la incertidumbre del diagnóstico médico ya que ellos son piezas importantes en la construcción subjetiva de estos niños.

Durante el trabajo en esta área surgen dificultades respecto a los tipos de intervenciones con los cuales se pueda abordar a estos pacientes particularmente a los niños de 1 a 3 años de edad que no hacen uso del lenguaje entonces fué necesario valerse de otros elementos de la práctica clínica como la observación, poner el cuerpo favoreciendo la relación transferencial y otro más que serán descritos el próximo capítulo.

**Estructuración subjetiva del niño.** En este acápite se hará un recuento de algunos de los principales procesos que contribuyen a la estructuración subjetiva. Hay una travesía que va desde el niño como objeto de deseo de la madre, condición que lo hace un ser viviente, le introduce vida, en el cual surge un Yo como reflejo de ese deseo del Otro, para luego alcanzar otro lugar, la falla en ser, si se consiente este lugar entonces se produce un sujeto.

*¿Qué es un niño para el psicoanálisis?* Desde el psicoanálisis conocemos que la condición indispensable para nacer subjetivamente es un deseo que no sea anónimo.

“Un niño en psicoanálisis no nace biológicamente sino que nace del deseo del Otro, es decir, que si no encuentra un lugar en el deseo del Otro el niño muere” (Villanueva 1991:15).

Al nacer se está inmerso en lo Real, sensaciones, agujeros, mucosas, secreciones y es la madre quien le da un significado a todo este real del cuerpo del recién nacido, se pasa entonces del grito al llamado porque hay un Otro quien responde y calma inscribiendo así una satisfacción inicial en el inconsciente. Es la madre o quien cumple esa función quien con sus palabras quien produce ese pasaje. En el momento en que el niño necesita algo y ese Otro no acude inmediatamente, no hay una respuesta al instante, se produce una hiancia, dando lugar al apareamiento de la ausencia, el otro no está dado que está separado, rompiendo así esa ilusoria unidad madre-niño.

“Así no es por la presencia que sepamos de la ausencia, sino porque hubo ausencia en algún momento sabemos de la presencia” (Villanueva 1991:17).

Es así que el niño puede darse cuenta que todo eso que le viene, alimentación, cuidados, le vienen del Otro, que desde el psicoanálisis no es absoluto, no se puede dar todo en respuesta a una demanda del niño porque el Otro no lo tiene, algo siempre viene a faltar por cuestión estructural. El lugar que le espera al niño al nacer esta dado por el lugar que ocupa en el discurso y en el deseo de los padres. Eso habla antes de él, el lenguaje le precede, ya está allí el lugar del otro está constituido por definición pero no quiere decir que el sujeto lo esté ya que este está por nacer.

“El sujeto tiene que emerger de la causa del deseo de la madre, al menos de la *charla* con que ese deseo estaba hecho” (Miller 1987: 178).

El niño entra en la familia como un significado de la relación del padre con la madre y de esto dependerá las condiciones para que advenga o no un sujeto del deseo.

***Estadio del Espejo.*** Lacan en Escritos I (1966) nos presenta su concepción sobre el Estadio del Espejo como formador de la función del yo, refiere que entre los 6 y 18 meses se dará un proceso que contribuirá a la constitución subjetiva específicamente al registro imaginario si hablamos desde la clínica borromea, en el que la imagen del cuerpo se constituye y surge la posibilidad de representación de nosotros mismo y de los demás, es la matriz de todas las identificaciones, es el proceso constituyente del yo.

Al inicio somos piezas sueltas no hay una delimitación del cuerpo, un borde, se está inmerso en el autoerotismo, el estadio del espejo tiene como finalidad el posibilitar el reconocimiento del infans como un cuerpo unificado, pasar de la insuficiencia e incoordinación a la anticipación imagen de un cuerpo unitario.

“El primer cuerpo de la enseñanza de Lacan es el cuerpo de la imagen. Gracias a la imagen se puede establecer una relación entre el organismo y la realidad psíquica” (Castellanos, 2009: 50).

Al reconocerse en el espejo por medio de la visión, tenemos al infans y su imagen posteriormente intervendrá un tercer elemento un Otro que podría ser la madre aunque no necesariamente que le dice “ese eres tú” se manifestará así un júbilo ante esta imagen unificada en la que se reconoce a partir de ese otro del espejo. Lacan menciona además que si el yo se configura a partir de la imagen entonces el yo se constituye a partir de una función de desconocimiento (sujeto se desconoce y **el otro lo reconoce**), pero este yo no representa lo que es realmente el YO del sujeto ya que el espejo no refleja todo.

El deseo de la madre o de quien hace esta función de reconocimiento a partir del deseo es importante dado que se necesita del él para lograr una inserción en el registro imaginario, porque el estadio del espejo se basa en esta relación dual (madre-hijo) en la que la madre reconoce al niño, le dice “este eres tú” y éste se apropia de esta imagen. Si hay un rechazo por parte de la madre este niño se quedará como descolgado, ajeno a un cuerpo a un yo, podríamos hablar de un autismo, si la madre sitúa al niño como objeto de tormento y goce “objeto de su fantasma” se introducirá en la dimensión psicótica. En el mejor de los casos la madre contribuirá al reconocimiento de un cuerpo pero de uno defectuoso al que sostendrá con un deseo tambaleante.

“Una mueca de la madre en lugar de una mirada de amor que causa al niño como objeto de deseo produce un tropiezo en la constitución de la unidad “(Recalcati 2005: 10)

Pudiendo dar como un resultado en el caso de una neurosis, la anorexia o bulimia como una respuesta para reparar ese daño en lo imaginario.

Es importante mencionar que no basta con la configuración imaginaria del estadio del espejo, está tiene que consolidarse con la acción de lo simbólico, la castración que descompleta, agujerea el cuerpo, introduce la falta, recorta el objeto, lo pone fuera.

Luego de que el sujeto construye una representación del cuerpo, que es una representación imaginaria se requiere que quede anudada por la metáfora paterna para que no quede como un imaginario descosido de lo simbólico que lo hace frágil y susceptible de ser invadido por lo real como sucede en el caso de la psicosis.

***Alienación – separación.*** En el Seminario 11 el comienzo de la clase XVI es utilizado por Lacan como brújula orientadora para la lectura de las operaciones de alienación y separación:

“Puse el acento en la repartición que constituyo al oponer [...] los dos campos del sujeto y del Otro. El Otro es el lugar donde se sitúa la cadena del significante que rige todo lo que, del sujeto, podrá hacerse presente, es el campo de ese ser viviente [el parlêtre en tanto ser vivo vinculado con un cuerpo biológico no determinante] donde el sujeto tiene que aparecer”. (Lacan, 1964:211-212)

Como ya ha sido mencionado se nace a partir del deseo del Otro la operación de alienación y separación contribuye a la constitución de la subjetividad, al inicio de la vida el sujeto se encuentra en estado de dependencia de Otro, una relación dual madre-hijo primer tiempo del Edipo en la que son uno solo y se complementan posteriormente aparece el padre como interdictor y portador de la ley dado que priva de la madre instaurando la falta pero posibilita introduciéndolo en la dinámica del deseo una vez que el objeto cae, instaurándolo en el lenguaje y otorgándole significantes para representar esa falta .

Vemos así como se da la separación la pérdida del objeto, la falta en ser, lo que lo convierte en un sujeto deseante saliendo de la posición de objeto del fantasma de la madre. Si todo el deseo de la madre recae sobre el niño lo aprisiona en una posición donde muy difícilmente podrá sostenerse como deseante.

La metáfora paterna, se trasmite si la madre reconoce en su discurso al padre como representante de dicha posición, le permite al sujeto acceder a una posición subjetiva, reconocer cierta identidad, asumir un cuerpo y que este se inscriba en un orden sexual.

“Es necesario que al Deseo de la madre como puro capricho, se le sustituya por un Nombre, un significante, un Nombre-del-Padre que haga de freno a esa poderosa potencia femenina encarnada por la madre” (Solano. E 1993:20)

Es preciso que para la madre el niño no sature la falta que sostiene su deseo, que no solo se concentre en cuidar de su hijo y olvidar el desear como mujer o más claramente encontrar el significante de su deseo en el cuerpo de un hombre

“La metáfora paterna, en mi opinión, remite a una división del deseo que impone que el objeto niño no lo sea todo para el sujeto madre. Hay una condición de no-todo: que el deseo de la madre diverja y sea llamado por un hombre, esto exige que el padre sea también un hombre” (Miller2005:3)

Es fundamental que la madre desee más allá del hijo que no solo colme sino que también divida. El sujeto emerge de un estatus primero de objeto surge de la causa de deseo de su madre, deseo que se expresa, se da, en una charla de deseo: palabras que dicen lo que el sujeto es para el Otro al erigirse como ser vivo, en esa charla se constituye ya el lugar del

Otro. El sujeto es efecto del significante, es la relación que él establece con lo que el Otro dice de él, su relación a la charla del Otro.

Entonces así tenemos que la operación de separación tiene dos efectos: primero condiciona la representación significativa del sujeto, el sujeto del inconsciente y en segundo lugar produce la coordinación de ese sujeto con el objeto, es decir, esta operación permitirá tapar la división del sujeto por el objeto.

**La función de la familia.** La familia es una instancia que precede al sujeto y a la vez lo constituye tiene una función humanizante, civilizadora y transmisora del malentendido dado que funciona desarrollando vínculos internos y externos, transmitiendo la palabra , la cultura , el lugar del Otro y estableciendo las bases del desarrollo biológico y subjetivo , una vez pasada la primera infancia y a medida que el sujeto crece, se va evidenciando la interpretación que ha dado frente a la fórmula que se ha establecido entre el padre y la madre y como el sujeto se desarrollare dependerá de que posición subjetiva tome más allá del parentesco biológico con los padres.

”...Porque es necesario que, así como hay una simbolización necesaria del sexo biológico, hay una simbolización necesaria del parentesco biológico. Un acto por el cual el

sujeto elige: la "parentalización", como aquello resultante de la subjetivación, de la adopción de esos lazos, de la relación del sujeto al Otro, al objeto” (Lijtinstens, 2006)

Este determinado grupo social que es la familia esta creado por una determinada red de relaciones, funciones y discursos dentro de los que instituye una regulación de los lazos del sujeto, las marcas de deseo y las determinantes de las futuras elecciones de objeto .De los dichos de estas diferentes configuraciones familiares, grupos primarios con los que se vinculará el niño, dependerá su posición subjetiva, formas de respuesta frente a los eventos traumáticos.

Freud plantea en la “novela familiar del neurótico” (1908), que el sujeto hará una invención individual, subjetiva, en la que en conjunto con las representaciones imaginarias logrará pasar al desprendimiento del seno familiar. El sujeto en un principio depende totalmente de su madre, biológicamente la madre acoge en su cuerpo al ser que será arrojado al terminar el periodo de gestación y se deberá separar para asumir la condición de sujeto. A lo largo del desarrollo del niño se enfrenta a diversas situaciones que lo llevan a la separación, biológica y subjetiva, despertando varios impulsos libidinales y enfrentado a sentimientos de disconformidad y discrepancia dentro de la familia, siendo evidente con la llegada de los hermanos y el lamento de compartir a “sus padres”, siendo la familia quien transmite el orden de una prohibición y mostrando las posibles formas de satisfacción reguladas por el orden fálico.

“Hay la satisfacción prohibida, y por lo tanto, de allí emerge otra, la sustitutiva, que viene al lugar de la primer” (Lijstinstens, 2006).

En el texto de “La familia” Lacan (1938) dará cuenta de la constitución subjetiva a partir de las incidencias del grupo familiar y se enfocará en el carácter histórico de los complejos y modelos sociales que influyen en la vida de un sujeto. Principalmente en el texto se considera la familia como parte de una estructura cultural más no de un hecho biológico, es decir los lazos de parentesco parten de una alianza “el matrimonio”, de los modos de un sujeto de emparejarse a sus objetos, el goce regulado dentro de los ejes de normas y de los modos de satisfacción.

Dentro de la familia la cultura es la que establece los vínculos de parentesco al normalizar los vínculos de sangre, el parentesco es efecto del matrimonio, en tanto en éste se trata de un acto simbólico que depende del intercambio de palabras en donde prevalece la constitución de la familia como representación, al orden del significante y al lenguaje.

Otra distinción que permite la familia es su estructura jerárquica, la organización de la autoridad, las normas de transmisión, los conceptos de descendencia y parentesco, las leyes

del matrimonio establecidas por el nombre del padre, dando a estas características la función del orden simbólico.

“Es en los complejos familiares en donde Lacan plantea que la forma actual de la familia es el resultado de una transformación profunda: reducción de su extensión y contracción de su forma (lo cual no quiere decir simplificación sino, por el contrario, que se ha vuelto más compleja en su estructura) siendo la fusión de dos instituciones la familia y el matrimonio, dando paso a la “familia conyugal” (Lijtinstens, 2006).

Otro planteamiento de los complejos familiares, apuntan a establecer una relación entre las formas predominantes de los síntomas de cada sujeto que conforma la familia conyugal y los factores específicos de la civilización, inicialmente se refiere al "declive de la imago paterna". Estando articulados los síntomas individuales y los síntomas de la familia en lo social. Relacionando a la familia con lo sintomático de cada uno.

***Tres posiciones para el niño.*** En "Dos notas sobre el niño", J. Lacan (1969) plantea que el síntoma del niño está en posición de responder a lo que hay de sintomático en la estructura familiar, síntoma correlativo del fantasma de la madre que revelará la verdad sobre el lugar y la posición que ocupa el niño con respecto a cómo se ubica a ser objeto de deseo del Otro.

Se plantean tres lugares que el niño puede ocupar en la familia:

- El niño como objeto condensador de goce del Otro dando lugar a una psicosis debido a la imposibilidad de devenir como sujeto en falta, deseante y quedarse ubicado como objeto de goce del Otro.
  
- El niño como falo identificado con el objeto imaginario del deseo del Otro, por dependencia al amor de la madre se identifica al objeto imaginario de ese deseo que la madre ha simbolizado en el falo dando lugar a la perversión, el falo esta atornillado al niño, es un niño fetiche que tapa la castración de la madre.
  
- El niño como síntoma de la verdad de la pareja parental, en el caso de la neurosis, respondiendo a lo sintomático en la estructura familiar, enfrentando a la presencia del Otro a la pregunta ¿Qué me quiere? El sujeto da una respuesta que es efecto de significación que es el punto en el que se sitúa el síntoma.

El niño queda marcado no solo por la manera en la que los padres lo esperan, sino por el lugar que habrá de representar para cada uno de ellos en función de sus respectivas historias dado que la existencia de este sujeto se contraponen con sus proyecciones inconscientes o está muy lejos de aquel ideal intachable generándose así los malos entendidos y las posibles respuestas fantasmática.

“ La función de residuo que sostiene (y a un tiempo mantiene) la familia conyugal en la evolución de las sociedades, resalta lo irreductible de una transmisión perteneciente a un orden distinto al de la vida adecuada a la satisfacción de las necesidades que es la de una constitución subjetiva, que implica la relación con un deseo que no sea anónimo” (Lacan, 1969).

El niño como síntoma deriva del desencuentro de los goces masculino y femenino en la pareja de padres.

## **CAPÍTULO II**

### **Trabajo psicológico en el área de cuidados intermedios pediátricos: posibilidades-limitaciones**

Como parte del capítulo II hemos propuesto un dispositivo de trabajo a partir del método clínico tomando como referencia inicial casos de pacientes del área de cuidados intermedios pediátricos del Hospital Roberto Gilbert E.

El dispositivo de trabajo psicológico ha sido aplicado a niños de 1-3 años con padecimientos orgánicos, considerando a la familia como parte fundamental del proceso de constitución subjetiva de estos niños se ha priorizado su participación dentro del dispositivo de trabajo psicológico. Dentro del ambiente hospitalario los padecimientos orgánicos son los motivos de ingreso de los pacientes dentro de los cuales los niños de 1 a 3 años suelen ser considerados como menos propensos a recibir atención psicológica por no tener desarrollada aun la habilidad de comunicarse a través del lenguaje motivo por el cual fue necesario valerse de otros elementos de la práctica clínica a más de la palabra y el espacio de escucha que usualmente favorecen a práctica clínica para realizar el trabajo psicológico.

Esta propuesta de trabajo se plantea a partir de diferentes instrumentos psicológicos que favorecieron las intervenciones tanto con los niños como con los padres, se genera un

aporte técnico- clínico teóricamente fundamentado usando como referencia los casos provenientes de la práctica realizada en esta área.

### **Elementos del dispositivo.**

***La Observación.*** Es un instrumento del método clínico utilizado como parte del dispositivo ya que ayuda en la recopilación de datos principalmente en los aspectos fenomenológicos tanto del paciente como de sus familiares. A partir de la observación se permiten hacer supuestos y construir hipótesis que se verificarán posteriormente a lo largo del proceso, la observación puede ser directa o indirecta. La directa permite recolectar datos manifiestos durante las visitas psicológicas y la indirecta en la que se hace la inferencia de varias manifestaciones, la segunda deriva de la primera. Una observación minuciosa de lo que rechaza, de lo que acepta, de a quienes rechaza y a quienes acepta, las relaciones en general con los otros y que momentos producen determinadas respuestas contribuyen a las posibles intervenciones que se puedan producir posteriormente.

La mirada "...la mirada surge y se consume como acto a partir del campo del Otro, nos capta como imagen y nos toma..." (Morales: 2008)

Dentro del dispositivo la mirada permite un acercamiento, un “acogimiento” a este niño que está expuesto como objeto ya sea por la medicina como por los padres, visto más no mirado, permitiendo un consentimiento de la presencia del Otro a través de la mirada.

***Poner el cuerpo.*** En lo que respecta al psicoanálisis con niños el uso del cuerpo del analista es fundamental dado que contribuye al contacto directo con el paciente, favorece la relación trasferencial, funciona como un objeto privilegiado a ser usado por el niño como un objeto más durante las sesiones y sirve de sostén cuando el propio cuerpo le resulta mortífero.

Se refiere a una función de acompañamiento, acogimiento, de libidinizar este cuerpo débil que encarna un real para sus padres. El ser tocado o establecer un contacto físico de una manera en la que se busca transmitir un reconocimiento y afecto, de una forma diferente a la que diariamente es proporcionada por el personal médico durante las diversas revisiones de su malestar orgánico y aseo.

***El uso de la palabra.*** Siendo la palabra constituyente del sujeto y bridándola con la finalidad de contribuir a la existencia de este sujeto más allá de su enfermedad tomándola como elemento de la función de reconocimiento, introduciéndolo en el lenguaje y marcando con significantes que lo nombren desde el deseo del Otro, otorgando un reconocimiento más allá de la situación vivida.

La voz es un soporte de la palabra para llegar a otro, es un sonido particular emitido con diferentes entonaciones de acuerdo al énfasis con el que se dicen o expresan las palabras o frases, como parte del dispositivo fue un recurso para captar la mirada del niño ya sea por canciones, por entonación al nombrarlo, repetir frases dirigidas a ellos.

***La relación transferencial con los niños.*** La relación transferencial con los niños es esencial para la aplicación del dispositivo y cualquier otro trabajo psicológico en general, se genera a partir de un encuentro con el psicólogo clínico en la que su presencia resulte agradable, tranquilice y así se pueda dar paso a una relación que permita libidinizar el cuerpo del niño, operando como constituyente de su subjetividad, la transferencia en la unidad de cuidados intermedios es un elemento un tanto complejo de lograr ya que los niños se encuentran en un espacio desconocido invadidos por aparatos médicos y con la permanente presencia de doctores y enfermeras que por efectos de su trabajo les generan malestares y dolor por lo que resulta difícil un acercamiento al niño sin causar angustia como primera impresión.

La cercanía, el contacto visual y el uso de la palabra permite al niño poder diferenciar la función del psicólogo dentro del área, existen manifestaciones por parte de los niños a pesar de la ausencia de palabras tales como: llanto, gestos y movimientos, consentimientos a ciertas situaciones en los que se percibe tanto la transferencia o la contratransferencia por parte de los menores.

“El niño nos invita con su demanda a ocupar un lugar en su ventana abierta y seremos espectadores de una escena. La condición será participar de esa escena cuando nos conceda una intervención” (Tellería, 2010)

### **Técnicas del dispositivo aplicadas con la familia.**

*La Entrevista.* La entrevista es un instrumento del método clínico aplicado, consiste en una relación humana como lo señala Bleger en su libro temas en Psicología, también plantea que los objetivos de la entrevista son “investigación, diagnóstico y orientación”, la entrevista no consiste en obtener datos completos de la vida del entrevistado, sino en obtener los datos de sus comportamientos y de su verdad siendo la escucha y la observación dos funciones esenciales dentro de la entrevista.

Dentro del dispositivo la entrevista fue un instrumento aplicado en el trabajo con los padres y familiares de los niños hospitalizados en la unidad de cuidados intermedios, las entrevistas fueron abiertas ya que daba la posibilidad de intervenciones por parte de los psicólogos clínicos.

En la entrevista se va identificar en qué posición ubican a este niño los padres o quienes cumplan esta función, propiciar la historización del niño y de los propios padres, las vivencias del niño en su temprana edad ya sean situaciones biológicas o acontecimientos

subjetivos, conocer sobre sus expectativas, fantasías, temores respecto al estado de los menores y muchos otros aspectos que se van exponiendo según los diversos casos.

*La relación transferencial con los familiares.* Este elemento trabaja con el lugar que los padres o familiares le otorgan al psicólogo clínico, la apertura y confianza transferida que es manifestada mediante la palabra, los dichos e historias expuestas en el espacio que se les otorga. A partir del lugar dado transferencialmente se permite la apertura para interrogaciones, cuestionamientos y señalamientos en el trabajo individual y para la colaboración con la aplicación del dispositivo de trabajo con los niños.

Los padres y la familia son piezas importantes que favorecen los primeros acercamientos con los niños y la posición subjetiva de los padres es crucial para la construcción de la subjetividad de los mismos.

Es importante mencionar los sucesos traumáticos vividos por los padres durante la estadía hospitalaria que les generan mucha tensión y temores manteniéndolos en un estado de constante angustia y desconfianza respecto a las capacidades del personal hospitalario para mejorar el estado de salud de los menores motivos que generalmente dificultan inicialmente la relación transferencial.

**Dispositivo de intervención psicológica con niños de 1 a 3 años con padecimientos orgánicos en el área de cuidados intermedios pediátricos.**

Dentro del Hospital de niños Roberto Gilbert E. específicamente en el área de cuidados intermedios pediátricos debido al estado de salud de ciertos pacientes y sus edades 1 a 3 años , fue necesario adoptar un dispositivo de trabajo con la finalidad de hacer posible el realizar una labor psicológica en función de las particularidades de estos casos.

El dispositivo se inicia a partir de la oferta del espacio psicológico para los niños de 1-3 años y para los familiares, hemos encontramos tres momentos en el dispositivo:

En un primer momento está contemplado un acercamiento con los familiares mediante entrevistas preliminares y también con el personal médico con la finalidad de recopilar información que permita un conocimiento más profundo de la realidad del paciente percibiendo así el lugar que ocupa este niño tanto para la familia como para la institución; posteriormente y manteniendo una buena relación trasferencial se iniciarán las entrevistas dentro del espacio clínico en donde se dará lugar aún mayor despliegue de significantes con respecto a este niño y situaciones particulares que favorezcan su consentimiento y participación para el segundo momento del dispositivo.

Establecido el contacto y la transferencia con los padres se da paso al segundo momento del dispositivo que se inicia a través del acercamiento con el niño que irá variando de acuerdo a las afectaciones físicas, enfermedades o situaciones que este viviendo debido a la estancia hospitalaria.

La observación contribuye en ir registrando cada movimiento, gesto o actitud y el uso de la palabra facilita captar la atención, otorgar un reconocimiento, siendo así estas dos herramientas: observación y uso de la palabra las principales para percibir manifestaciones de consentimiento a la presencia del psicólogo y su oferta. Las visitas constantes y el acompañamiento continuo son fundamentales para reforzar y mantener la relación de transferencia con el niño

Al tener ya consolidada la relación transferencial entre el paciente, la familia y el psicólogo se da lugar al contacto físico, es decir, actuar sobre el cuerpo del niño; esto se dará discontinuamente debido al efecto que podría causar esto “extraño y nuevo. Una vez que se han observado los efectos manifestados dan lugar a nuevas intervenciones en las que se prioriza el uso del cuerpo del psicólogo con el fin de acoger, libidinizar y acompañar a este niño que física y subjetivamente se encuentra en estado frágil y delicado.

Y finalmente en un tercer momento la participación de los padres será más activa debido a que favorecerán en los procesos de constitución subjetiva durante la hospitalización, otorgando a los niños un lugar más allá de su padecimiento orgánico y siendo evidente a partir de la aceptación familiar.

Además esto permitirá tomar en cuenta las posibilidades tanto físicas como subjetivas que la condición actual de salud trae consigo lo que resta del período de hospitalización y una vez dada el alta.

**Posibilidades del trabajo psicológico a partir de la aplicación del dispositivo.** Durante la práctica clínica realizada en el hospital Roberto Gilbert E. en la unidad de cuidados intermedios pediátricos con los pacientes y sus familiares a partir del dispositivo propuesto anteriormente se han detectado varios aspectos que han favorecido las intervenciones y la labor psicológica, entre ellos tenemos:

***Equipo Multidisciplinario.*** El psicólogo al formar parte de un equipo multidisciplinario establece intercambios de criterios con los diversos profesionales del campo de la salud aportando y facilitando así a un seguimiento continuo tanto del estado físico, social y psicológico del paciente, favoreciendo de esta manera la transmisión de una

información completa de la evolución del paciente a los familiares, quienes muchas veces por diversos factores socio-culturales desconocen el verdadero estado de salud, la importancia de los procedimientos médicos y legales que beneficiarán la recuperación integral del menor.

*Participación de los padres, familias o encargados.* Se han planteado dos aspectos a partir de la participación con los familiares en el trabajo psicológico: la colaboración con el trabajo psicológico que se realiza con sus hijos a partir del dispositivo y el acceder a un espacio de escucha individual.

El integrar a los padres en el trabajo psicológico con los niños favoreció el acercamiento y vínculo entre ellos permitiendo que los padres colaboren activamente en la recuperación física, en los procesos de constitución subjetiva que el niño pueda estar atravesando, el reconocimiento y aceptación del estado de salud actual del menor dando lugar así a nuevas formas de acercamiento entre el niño y su familia recalcando que esta presencia es vital para la recuperación integral del niño.

**Limitaciones del trabajo psicológico a partir de la aplicación del dispositivo.** Dentro de la práctica clínica también surgieron algunos aspectos que impidieron la aplicación adecuada del dispositivo de atención psicológica por lo que se vio impedido el

poder realizar las posibles intervenciones que los diversos casos requerían obstaculizando así la labor psicológica. Dichas dificultades se mencionarán a continuación:

***Estado de salud de los menores.*** La mayor parte de los pacientes que ingresan al hospital lo hacen por un padecimiento orgánico, los pacientes de la unidad de cuidados intermedios pediátricos se caracterizan por encontrarse en condiciones muy delicadas de salud pero estables, lo que genera expectativas para llevar a cabo los diferentes tratamientos tanto físicos y psicológicos. Sin embargo en ocasiones la recuperación del menor es prolongada causando así un malestar tanto para el paciente como para los familiares. Todos estos factores determinan que consientan el trabajo psicológico o no continúen y los suspendan. Otro aspecto que obstaculiza el trabajo psicológico es el uso de medicinas que actúan como sedantes o tienen efectos que no son controlados por los niños o por los médicos, dejando al paciente incapaz de atender o ser partícipe del espacio psicológico.

***Desconocimiento del alcance del trabajo psicológico.*** En ocasiones el trabajo psicológico es obstaculizado por parte del personal hospitalario debido al desconocimiento de las posibilidades y formas de intervención en la práctica clínica. Fue notorio que a pesar de ser un hospital infantil se prioriza la atención psicológica a los adultos, familiares o responsables de los menores.

Se presume que el personal médico tiene la idea de que al tratarse de niños que atraviesan enfermedades crónicas y son de edad inicial (1-3 años) no es posible realizar un trabajo psicológico dado que no han desarrollado el empleo del lenguaje entonces las derivaciones por parte de los médicos a los psicólogos van dirigidas directamente a los padres de los menores.

El desconocimiento por parte de los padres o familiares de lo que implica el rol del psicólogo, específicamente de las posibilidades del trabajo con un niño con un padecimiento orgánico y de corta edad, significó en muchos de los casos la razón principal para no poder intervenir a través del dispositivo y no favorecer el trabajo psicológico, ya que no se consideró que pudiera traer consigo alguna mejora representativa para el paciente.

***Falta de colaboración de los padres o encargados.*** En ocasiones la falta de participación de los padres o familiares se da debido a la condición psíquica, factores sociales, culturales, las obligaciones laborales y la falta de ingresos económicos, familias disfuncionales en donde no hay apoyo por parte de los miembros directos ya sea padre o madre todos estos factores y muchos otros impiden que se cuente con su presencia y predisposición a la hora de contribuir con la aplicación del dispositivo para favorecer el bienestar psíquico del menor.

## CAPÍTULO III

### Análisis y Presentación de Casuística

#### A) Caso 1: C.

**Nombre:** Cristian

**Edad:** 2 años

**Domicilio:** Provincia de Babahoyo – Vines

#### **Motivo de Consulta:**

El caso es derivado por la doctora jefa del área de cuidados intermedios pediátricos quien resalta que la madre del paciente desde el ingreso lleva 3 días ausente y que en caso de aparecer les gustaría que sea atendida por el área de psicología ya que les preocupa el estado en el que llegó el menor al hospital: hemorragia intestinal, desnutrición, anemia, parasitosis, piojos.

### **Historia Familiar:**

El paciente vive en las afueras del cantón Vinces en la provincia de Babahoyo junto a su madre, abuelos maternos y hermanas de 8 y 12 años (gemelas) sus padres están actualmente separados, el menor está inscrito con los apellidos de Nancy su madre quien es una mujer de 48 años que presenta en la base de datos del hospital ingresos previos con niños prematuros y neonatos ingresados en malas condiciones de salud quien fueron atendidos y dados de alta en su determinado tiempo.

Dada la desaparición de la paciente, labor social se contactó con el MIES de Babahoyo quien informo que Nancy es un caso reincidente tiene un expediente en el cual consta: consumo de drogas, alcoholismo, prostitución y algunos hijos fallecidos. Comentaron que se intentó por años trabajar con la familia por el bienestar de los niños ante estos comportamiento de la madre pero no apoyaron lo suficiente y ante el abandono repetido del menor en el hospital dado que Nancy vuelve y después de dos días desaparece, esta institución del gobierno procedió en esta ocasión a quitarle los niños que viven con ella y cuando el paciente ingresado sea dado de alta se encontrará con sus hermanos en una casa hogar del Mies en Babahoyo.

Durante la estadía del paciente que fué aproximadamente de un mes y medio nunca fue visitado por algún otro familiar y la madre se ausento hasta por 6 días seguidos. En las entrevistas Nancy se mostró poco implicada en la situación, refiere que no sabe qué le pasó a

su hijo, “si él siempre está bien y se come todo”, manifiesta que ella no desapareció dado que les dijo a las enfermeras que” le vieran a su hijo que ya volvía”, fue a Vinces por su cédula ya que no le vendían las medicinas y no podía realizar los trámites dentro del hospital sin la misma y volvió después de 3 días.

Comentó haber estado anteriormente en el hospital por un bebe prematuro que tuvo y que luego cuando le dieron de alta semanas después murió en casa, luego relato sobre la muerte de una bebé: “La niña no podía morir, necesitaba que todas la hermanas la vean morir entonces yo las llamé y se pararon alrededor y pudo morir “a lo que se le dijo: ¿Usted cree que eso ayudó? ella fijó su mirada en la psicóloga y elevando el tono de voz dijo muy enfáticamente que era así, que debía ser vista por sus hermanas para morir. Ante un nuevo intento de cuestionamiento de esta certeza la paciente se muestra enojada, por lo que se cambia de tema rápidamente. Nancy durante su relato pasó de un tema a otro con mucha rapidez, establece poco contacto visual, no daba lugar a preguntas ya que hablaba de un tema y luego otras, que muchas veces no tenían relación, cuando se le preguntaba algo respondía con otro tema y si se insistía lograba decir algo relacionado. Mientras hablaba no mostraba ninguna preocupación o tristeza en su rostro mantenía una misma expresión.

La posición subjetiva de los padres o responsables de un sujeto que está constituyéndose y está hospitalizado es de vital importancia dado que a partir de su discurso

se podrá conocer qué lugar ocupa este niño para ellos, cuáles son sus temores, fantasías, deseos y como en función de estos contribuyen a la constitución subjetiva de los menores.

Debido a la certeza con la que manifestó el incidente de la hija que falleció, a las historias a ratos fantásticas que relataba que se infiere eran delirios y por la desorganización en su discurso en el cual no se producía un intercambio se presume que se trata de una paciente psicótica.

### **Historia del síntoma:**

Cristian llegó en la madrugada al hospital por el área de emergencias donde fue notable la falta de higiene y cuidado en la apariencia personal tanto de la madre como del niño posteriormente fue ingresado a la unidad de cuidados intermedios pediátricos, debido a las múltiples afecciones físicas que presentaba: hemorragia intestinal, desnutrición, anemia, parasitosis, piojos, su salud se encontraba muy deteriorada.

A la mañana siguiente de su ingreso la madre se había ausentado argumentando que saldría a comprar unas medicinas que le fueron solicitadas por lo que durante la primera visita psicológica el menor se encontraba tres días solo en su cama, lucía extremadamente delgado con cabello largo por lo que era confundido con una niña por el personal médico, no movía su cuerpo solo giraba lentamente su cabeza y no abría sus ojos, pero de ellos salían lágrimas y

se escuchan unos lamentos muy débiles, por lo que se procedió a establecer contacto con el pequeño paciente, tocarlo y hablarle debido a que era una manera de hacerle sentir que había alguien que estaba allí manifestando un deseo , libidinizando ese cuerpo, reconociéndolo dado que aparentemente este niño estaba caído del deseo de la madre por el abandono del cual era víctima y el estado de salud crítico en el cual llegó, las visitas psicológicas con el menor eran hasta dos veces al día con la finalidad de que tanto Cristian como el personal médico percibieran que había alguien que hablaba, demandaba y lo reconocía. En la sala inicialmente era conocido como el “abandonado” o el “piojoso” por cual se intentó que el menor fuera reconocido por otros significantes y no esos que lo podrían marcar subjetivamente así que cada vez que se lo visitaba se preguntaba por el usando su nombre y fue así que en el transcurrir de las semanas dejó de ser el abandonado a ser “Cristian el más buscado” y el luego el “hijo de todas”, términos que usaban las enfermeras de las salas quienes le regalaban ropa y juguetes.

### **Problemática Vital:**

Con el niño se pudo trabajar mediante un acompañamiento diario, no se dio lugar a entrevistas ya que el niño no emitía palabras sin embargo durante las visitas psicológicas y con su madre emitía sonidos, quien se mostraba poco implicada en la problemática y poco dispuesta a colaborar tanto con el equipo médico como con el área de psicología se realizaron pocas entrevistas con ella.

Los primeros días de trabajo se concentraron principalmente en lograr captar su mirada ya que no miraba a nadie, mantenía la mirada en un punto fijo, emitía sonidos sin embargo sin fuerza debido a su debilidad orgánica pero algunas veces no había nadie que lograra significar esas débiles demandas en otras ocasiones las enfermeras cuando emitía sonidos buscaban el malestar y efectivamente callaba al ser atendido, no soportaba el apego por parte de las personas que se encargaban de él ya que en ocasiones esquivaba sus brazos o piernas principalmente cuando veía ciertas enfermeras que lo atendían de una manera brusca y no le hablaban algunas veces mientras lo hacían.

Se logró captar su atención a través de palabras, miradas, acercamiento, contacto físico, sonidos de globos y papel, fue a través de estos objetos que se logró que él manifestara algún interés y se dirigiera al Otro, sin embargo era difícil que mantenga su atención por un tiempo prolongado, también se logró llevar objetos de diferentes texturas las cuales se colocaba en sus manos y pies para que los sintiera, el niño accedió a estos juegos, todo este proceso logró finalmente captar la mirada y atención de Cristian y luego consentía el contacto físico.

Los juegos con el globo durante varios días permitieron que Cristian se ría, grita, emita sonidos que reflejaban alegría por los gestos de su cara, durante las siguientes vistas el niño fue colocado en una silla de ruedas debido a que no sabía caminar y lo paseaban por la sala, al ser posible el cambio de ambiente y el acercamiento a los otros niños de la sala se pudo implementar otros objetos como papeles que él arrugaba, rompía a pesar de su poca

fuerza muscular. La actitud del niño y gestos fueron variando ya en contacto con otros niños y otras personas de la sala, se logró que levante su mano como gesto de “Hola” pronto se pudo acceder a espacios diferentes fuera de la sala como era el salón de juegos en donde habían colchonetas, juegos de diferentes formas, colores y tamaños, en la primera visita a la sala de juegos al tomar a Cristian de la silla y colocarlo en la colchoneta se aferró al cuerpo de la psicóloga, emitiendo sonidos luego al encontrar objetos que llamaron su atención se logró desprender y jugar, en este espacio logró generar un acercamiento con otros niños.

En el transcurso del tratamiento el cuerpo del psicólogo ha sido puesto a trabajar allí donde la estructuración subjetiva era muy frágil, cuerpo que en un principio no puede tocar y no le interesa tocar ya que en particular le resulta amenazante todo contacto, pero que con el establecimiento y sostenimiento de la transferencia logra por medio del juego tocar por cortos periodos a las psicólogas y dejarse tocar por el personal médico sin asustarse y gritar. A pocos días del alta el paciente se dirigía a las personas balbuceando palabras y llamándolas mediante gestos ya no permanecía acostado, se sentaba o se paraba y pedía comida constantemente “pan, pan”.

### **Diagnóstico Presuntivo:**

Se presume que se está frente a una neurosis en construcción y que la estancia hospitalaria y la oportuna atención psicológica favoreció el desarrollo subjetivo del menor.

### **Recomendación:**

Se recomienda un trabajo psicológico con el menor en el que se privilegie el vínculo con el Otro.

### **B) Caso 2: D.**

**Nombre:** Damaris

**Edad:** 1 año 2 meses

**Domicilio:** Provincia de Bolívar- Las Naves

### **Motivo de Consulta:**

El caso es derivado por la doctora jefa del área de cuidados intermedios pediátricos quien pide apoyo psicológico para preparar a esta madre puesto que el pronóstico de su hija

empeorará con el pasar de los días, se resalta que la madre está al tanto de la situación pero se muestra muy tranquila y paciente, causando desconcierto.

### **Historia Familiar:**

La paciente vive junto a sus padre y su hermano de 11 años en la provincia del Bolívar, el padre labora en una empresa constructora y debe permanecer en el campamento la mayor parte del tiempo, solo tiene libre dos fines de semana al mes. Betsy la madre de Damaris es ama de casa y tiene 34 años, es quien permanece constantemente en la sala acompañándola.

### **Historia del síntoma:**

Damaris fue diagnosticada antes de nacer con hidrocefalia, noticia que angustió a Betsy quien se informó y tomo medidas al respecto para favorecer la salud de su hija, luego de ser implantada la válvula que permite drenar el exceso de líquido antes de que se altere el diámetro de la cabeza, la pequeña presentó como lo denomina su madre muchas alteraciones en su comportamiento, lloraba constantemente, el médico no lograba encontrar cual era el motivo y luego comenzaron las pausas respiratorias que fueron las razones del ingreso.

**Problemática Vital:**

Damaris fué diagnosticada en el hospital con dificultades en las funciones cerebrales, no se enviaban las órdenes desde el cerebro para regular ciertas funciones de su cuerpo como la respiración y la función renal, motivo por el cual se daban las pausas respiratorias que cada vez eran más prolongadas y podrían a la larga afectar a su cerebro, la afección renal que le causaba mucho dolor si no era controlada podría traer como consecuencia un colapso de su organismo. Hubieron ocasiones en las que se debió suministrar morfina a riesgo de que se altere su respiración debido a lo intenso del dolor.

Durante las primeras visitas Damaris estaba despierta, movía sus brazos y piernas ante la llegada de alguien miraba fijamente y sonreía en ocasiones, se empezó el trabajo con la menor hablándole mientras se establecía contacto físico dado que si se tenía su atención. Se trataba de incluir a la madre en la actividad pero esta no hablaba, no se dirigía a la niña, más bien relataba lo que los médicos decían pero cuando se le preguntaba que pensaba ella de esa información cambiaba de tema, hablaba de su esposo e hijo pero cuando hablaba de Damaris relataba lo que los médicos decían y su rostro cambiaba no había ningún afecto que acompañara a estas palabras.

Durante las siguientes sesiones la temperatura de la menor disminuía constantemente (hipotermia) por lo que usaba mantas térmicas así que el intervenir tocándola, poniendo el

cuerpo mientras se trabajaba con ella fue fundamental para captar su atención y favorecer la transferencia .

Mientras se trabajaba con la paciente hablándole, tocándola, jugando con objetos, la madre se apartaba y no intervenía, se le preguntó en alguna ocasión a propósito del hablarle a Damaris que le dice ella cuando están a solas, a lo que respondió que hace mucho no le habla porque ya no quiere encariñarse con ella. Podríamos inferir que estaba siendo una madre que funcionaba desde un deber hacer y no desde un querer hacer, comentó además que cada día su hija cambiaba, estaba perdiendo la movilidad en sus piernas , la visión y la audición.

Después de algunos meses de trabajo durante una intervención realizada a la madre se logró que se despidiera de aquella hija a la que antes le hablaba para lograr darle cabida a la que ahora cuidaba, entonces le dijo a Damaris mientras la acariciaba: “si te mueres quiero que sepas que te acompañé hasta el final, que eres una luchadora” luego de esto lloró mucho y abrazó a su hija, comentó que no lo hacía desde hace algún tiempo y ese significativo “luchadora” fue con el que reconoció a esta hija con la que se reencontraba y aceptaba.

Con todas estas particularidades en relación a los padecimientos orgánicos de la menor se continúa con un proceso de constitución subjetiva en el que el deseo materno se vuelve muchas veces tambaleante dado que este hijo resulta mortífero, no es el hijo deseado y

esperado por lo cual es necesario a partir de las intervenciones favorecer una elaboración de duelo de este hijo ideal que no llegó para que logre libidinizar a este hijo con un padecimiento orgánico que encarna más bien en muchos de los casos un real, algo que angustia y de lo cual no se sabe que decir o esperar.

La salud de Damaris comenzó a deteriorarse lo cual fue un gran impedimento para continuar con el trabajo psicológico que había venido dándose con ella durante algunos meses y que de alguna forma contribuía aliviado el dolor físico al distraer su atención mediante charlas, contacto físico y juegos, la madre empezó a intervenir cantándole , “no soy buena hablando pero si cantando “, luego de algunas semanas y de una intervención quirúrgica que ayudaría con la alimentación y la respiración se dió una repentina y sorpresiva mejoría al punto de ser transferida a otra sala e inclusive hablar de un alta luego de meses de hospitalización. Cuando se visitó a Damaris durante las últimas semanas en el hospital se observaba a su madre hablándole a todo momento.

### **Diagnóstico Presuntivo:**

Se presume que se está frente a una neurosis en construcción, que la oportuna atención psicológica brindada tanto a la madre como a la niña favorecieron el desarrollo subjetivo de la menor y el cambio de posición subjetiva de la madre, quien con su colaboración activa favoreció el trabajo psicológico realizado en el hospital.

**Recomendación:**

Continuar con el trabajo psicológico tanto para la madre como para la hija.

**C) Caso 3: R.**

**Nombre:**Ruth

**Edad:** 1 año 8 meses

**Domicilio:** Guayaquil-Suburbio

**Motivo de Consulta:**

El caso es derivado por la doctora jefa del área de cuidados intermedios pediátricos quien manifiesta que esta paciente tiene una estancia hospitalaria muy larga y que cada vez las visitas de su madre son más esporádicas.

**Historia Familiar:**

La madre de la paciente es Johanna quien tiene 4 niñas menores de 5 años, fué abandonada por su esposo luego del nacimiento de Ruth y su hermana, no cuenta con ningún tipo de ayuda de parte del mismo, viven en casa de la abuela materna, la madre es ama de casa

y la paciente no recibe más visitas, solo las de su madre quien argumenta que debe cuidar de las demás niñas motivo por el cual no está en el hospital con la paciente con más frecuencia.

### **Historia del síntoma:**

Producto de un embarazo múltiple nacen Ruth y su hermana Raquel prematuras, y Ruth es diagnosticada con parálisis cerebral infantil (P.C.I), la cual le produjo ciertas secuelas neurológicas. Luego de ser dadas de alta la salud de Ruth empeoró y fué hospitalizada, le hicieron una traqueotomía de urgencia y desde los dos meses de vida permanece en el hospital. Pasó de cuidado intensivos a cuidados intermedios donde lleva más de un año estable pero por la traqueotomía y por las constantes infecciones respiratorias que sufre por estar en la misma posición no es posible su alta médica, aunque el hospital contribuyó con la gestión de la entrega de los equipos necesarios para que pueda irse a casa con ellos.

### **Problemática Vital:**

Inicialmente el trabajo con esta paciente se basó en una recopilación de datos en las entrevistas tanto con la madre como con el personal médico, luego en observaciones durante y posteriores a las revisiones médicas y las visitas con su madre así fue que se pudo concluir que debido al diagnóstico médico y al tiempo prolongado que lleva con la traqueotomía Ruth no emite sonidos, las cuerdas vocales se vieron afectadas; sus movimientos son lentos, sostenidos y limitados parecidos a espasmos continuos. Cuando recibe las terapias

respiratorias golpean con fuerza su espalda con la finalidad de que expulse las secreciones y prevenir la neumonía que ha sido un padecimiento constante en ella, se observa que luego de la terapia salen de sus ojos lágrimas y se agita.

En las visitas realizadas a la paciente se intervino haciendo contacto físico de una manera delicada, acariciándola mientras se le hablaba con la finalidad de que reciba algo más que golpes fuertes y contactos sin afectos del Otro, su mirada se dirigía lentamente hacia quien le hablaba y movía una de sus manos y la mantenía levantada, luego de constantes visitas y entrevistas con la madre se llegó a la conclusión de que así era como Ruth manifestaba que se daba cuenta que estaban allí para ella, luego se reconoció que había un objeto, un peluche en forma de abeja que tenía siempre en su cama, que le gustaba tener cerca y le ayudaba a dormir según comentó una enfermera.

Johanna madre de Ruth cuando está presente le habla continuamente, le hace preguntas, la aseá, menciona cosas graciosas, le muestra imágenes de su hermana, le habla de sus hermanas “Todas te esperamos en casa, recupérate rápido”, se observó que cuando su madre está presente Ruth la huele, busca percibir el aroma de ella y hace pucheros, mantiene su mano levantada.

Los médicos comentan que cuando la madre se ausenta por tiempos prolongados es cuando la paciente sufre crisis respiratorias y se agrava su estado, es notable en el semblante de la menor que reconoce la presencia de su madre, de la psicóloga y de todo aquel que le provee cuidados y afectos como es el caso de una de las terapistas físicas quien durante su sesión toca a Ruth y le habla suavemente.

Dado que la madre se ausentaba por semanas, se intervino visitando a Ruth hasta dos veces al día preguntando diariamente por su estado, buscando así que el personal de la sala esté al tanto de los cuidados y estado de salud de Ruth dado que hay alguien que pregunta y manifiesta un interés por el estado físico y subjetivo de la menor. Se trató de que el personal intervenga en las charlas que se tenía con la menor para que se habitúen a hablarle mientras cambian las sábanas, cambian las vías, la asean, le aplican medicinas etc. Con la finalidad de que quienes la rodean diariamente la reconozcan como un sujeto en construcción a pesar de su padecimiento orgánico y le transmitan a través de sus palabras algo del deseo de vida que se presume su madre le transmite cuando le es posible estar presente y que se buscó a partir del trabajo psicológico realizado con ella.

### **Diagnóstico Presuntivo:**

Se presume que se está frente a una neurosis en construcción debido al reconocimiento que se da a la presencia de un Otro.

**Recomendación:**

Se recomienda continuar con el trabajo psicológico con la menor para que sufra menos ante la ausencia de su madre.

## CONCLUSIONES

Luego de haber culminado una descripción y análisis de la experiencia de la práctica clínica realizada en el hospital de niños Roberto Gilbert Elizalde de la Junta de Beneficencia específicamente en la unidad de cuidados intermedios pediátricos (C.I.P) con niños que se encuentran estables pero con un cuadro delicado de salud por lo que la hospitalización prolongada es necesaria, se pudieron comprobar las hipótesis planteadas inicialmente, el trabajo psicológico con niños de 1 a 3 años con un padecimiento orgánico y la participación de la familia en el mismo es posible, gracias a la implementación de un dispositivo de trabajo que contemplo las particularidades de los pacientes del área de cuidados intermedios y la incidencia de la familia en su desarrollo subjetivo durante la estancia hospitalaria.

El dispositivo favoreció la labor psicológica en una población en la que no era posible llegar a través de la palabra como único recurso debido a la edad e incapacidades físicas y los efectos de su aplicación se evidencian en los casos presentados en los cuales los familiares son incluidos activamente aprovechando así su presencia constante dado que son fundamentales en los procesos de constitución subjetiva y que se ven afectados por un padecimiento orgánico y una estadía hospitalaria prolongada.

Así como el dispositivo favoreció la labor psicológica también permitió evidenciar algunos aspectos que dificultan o limitan el trabajo del psicólogo y por lo tanto la posibilidad de intervención con algunos pacientes, se concluyó además que un padecimiento orgánico

condiciona la predisposición y el estado de atención tanto de los pacientes como de sus familiares, situación que es característica e inherente al trabajo en una institución hospitalaria , a mas de esta limitante se percibió el desconocimiento tanto del personal hospitalario como de los familiares de lo que se puede lograr en el trabajo psicológico a través de una herramienta distinta al uso de la palabra y que pueda favorecer no solo la recuperación física sino también el aspecto subjetivo, el mismo que en caso de no ser atendido ocasionaría un sufrimiento adicional al sujeto hospitalizado.

## BIBLIOGRAFÍA

- Castellanos S. (2009) El Dolor y los lenguajes del cuerpo. Buenos Aires. 1era Edición. Grama Ediciones.
- Dorland, Newman W. (1987) Diccionario de Ciencias Médicas Dorland . Buenos Aires. El Ateneo.
- Flores M. (2009). Consultores y Asesores de Gestión en Salud <http://maiquiflores.over-blog.es/article-el-hospital-concepto-y-funcionamiento-historico-48688676.html>
- Freud, S. (1908) La novela familiar del neurótico. Obras Completas Vol.7 (págs. 1361-1363). Buenos Aires: Orbis.
- Guerrero, M. H. (2000) La psicoterapia con orientación analítica en instituciones hospitalarias. Guayaquil.
- Lacan J. (1969) Dos nota sobre el niño. Intervenciones y textos 2. Buenos Aires. Manantial.
- Lacan J. (1966) Escritos 1. Francia. Editorial SIGLO XXI
- Lacan J. (1964). Seminario XI. Los cuatro conceptos fundamentales. España. Paidós
- Lijstinstens, C. (Julio de 2006). Revista Virtualia. Conferencia sobre la familia: <http://virtualia.eol.org.ar/015/default.asp?dossier/lijtintens.html>
- Miller J. (Junio/Julio 2005). El niño entre la mujer y la madre. Revista Virtualia. <http://virtualia.eol.org.ar/013/default.asp?notas/miller.html>
- Miller J. (1987) Matemáticas. Buenos Aires. Manantial.

- Morales, N. (09 de 10 de 2008). Psicología UNR , Clínica I A .  
<http://psicologiaunrclinicaunoa.blogspot.com/2008/10/natali-morales.html>
- Paganini, J. M. (1990) Los Sistemas locales de salud: conceptos, métodos y experiencias. Washington, D.C: OPS.
- Recalcati M.(2005) Ultima cena: anorexia y bulimia, Argentina Editorial Paidós.
- Tellería, L. M. (2010). Salusjunin, El lugar del juego y la transferencia en el análisis de niños: <http://salusjunin.wordpress.com/articulos/juego/>
- Villanueva. R.(1991) Qué es un niño en Psicoanálisis, España. Editorial Colección Incidencia Freudiana.

## ÍNDICE GENERAL

<b>RESUMEN .....</b>	<b>x</b>
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO I.....</b>	<b>4</b>
Institución Hospitalaria, estructuración subjetiva del niño y función de la familia .....	4
Conceptos Generales de la Institución Hospitalaria. ....	4
Análisis Descriptivo del Hospital de Niños Dr. Roberto Gilbert E. ....	7
Consideraciones Generales de la Unidad de Cuidados Intermedios Pediátricos.....	9
<i>Análisis Descriptivo de la Unidad de Cuidados Intermedios Pediátricos del Hospital de Niños Dr. Roberto Gilbert E.</i> .....	10
<i>Rol del psicólogo en la institución hospitalaria.</i> .....	12
<i>Rol del psicólogo clínico dentro del área de Cuidados Intermedios del Hospital de niños Roberto Gilbert E.</i> .....	14
Estructuración subjetiva del niño. ....	16
<i>¿Qué es un niño para el psicoanálisis?</i> .....	16
<i>Estadio del Espejo.</i> .....	18
<i>Alienación – separación.</i> .....	20
La función de la familia.....	23

<i>Tres posiciones para el niño.</i> .....	26
<b>CAPÍTULO II</b> .....	<b>29</b>
Trabajo psicológico en el área de cuidados intermedios pediátricos: posibilidades-limitaciones .....	29
Elementos del dispositivo.....	30
<i>La Observación.</i> .....	30
<i>Poner el cuerpo.</i> .....	31
<i>El uso de la palabra.</i> .....	31
<i>La relación transferencial con los niños.</i> .....	32
Técnicas del dispositivo aplicadas con la familia.....	33
<i>La Entrevista.</i> .....	33
<i>La relación transferencial con los familiares.</i> .....	34
Dispositivo de intervención psicológica con niños de 1 a 3 años con padecimientos orgánicos en el área de cuidados intermedios pediátricos.....	35
Posibilidades del trabajo psicológico a partir de la aplicación del dispositivo. ....	37
<i>Equipo Multidisciplinario.</i> .....	37
<i>Participación de los padres, familias o encargados.</i> .....	38
Limitaciones del trabajo psicológico a partir de la aplicación del dispositivo.....	38
<i>Estado de salud de los menores.</i> .....	39

TRABAJO PSICOLÓGICO CON NIÑOS DE 1-3 AÑOS DE EDAD Y SU FAMILIA DENTRO DEL HOSPITAL.	64
<i>Desconocimiento del alcance del trabajo psicológico.....</i>	<i>39</i>
<i>Falta de colaboración de los padres o encargados. ....</i>	<i>40</i>
<b>CAPÍTULO III.....</b>	<b>41</b>
Análisis y Presentación de Casuística .....	41
A) Caso 1: Cristian.....	41
B) Caso 2: Damaris.....	48
C) Caso 3: Ruth.....	53
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>58</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>60</b>