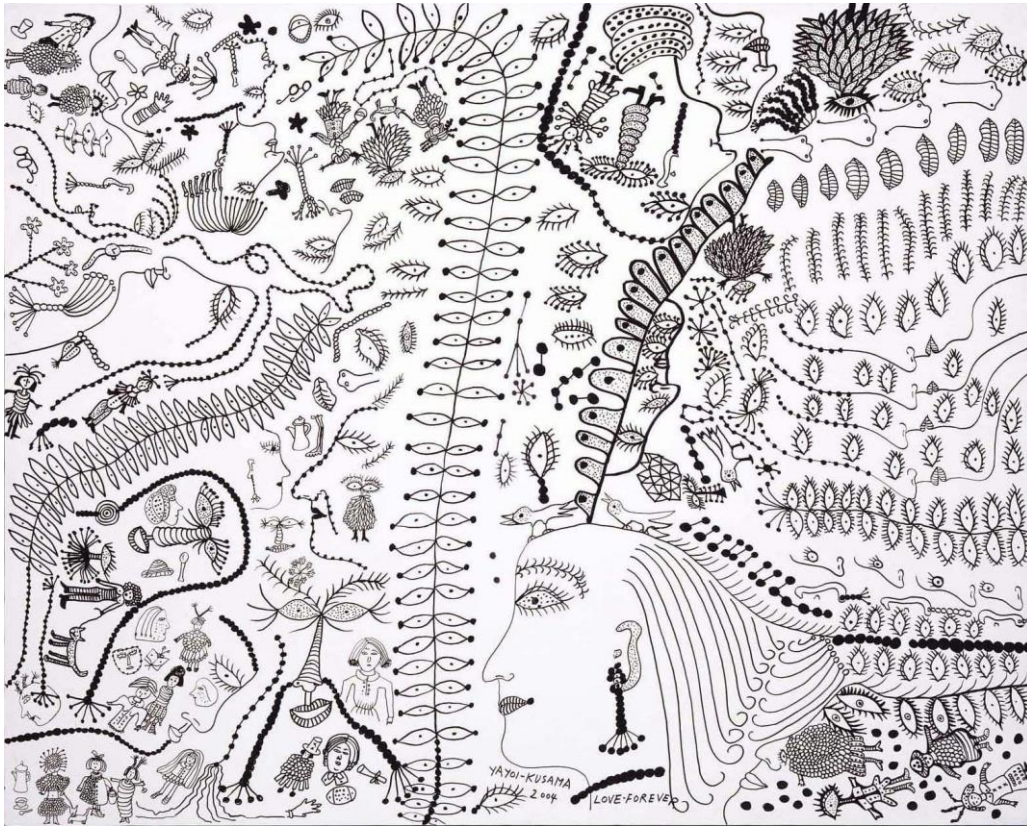


# Facultad de Psicología

Universidad Nacional de Mar del Plata



## Patologización de la Infancia

### Alumnas

Tunik, Paula. Mat. 3506/95.

DNI 25722214

Fortuna Romina. Mat. 3357/95.

DNI 25748273

### Supervisor

Cacciari, Analía (médica)

**Facultad de Psicología**  
Universidad Nacional de Mar del Plata

**Patologización de la infancia**

Informe Final del trabajo de Investigación correspondiente al requisito curricular conforme O.C.S 143/89.

**Alumnas**

Tunik, Paula. Mat. 3506/95  
Fortuna Romina. Mat. 3357/95

**Supervisor**

Médica  
Cacciari, Analía  
Cátedra de radicación  
Modelos en Psicopatología

Fecha de presentación

“Este Informe Final corresponde al requisito curricular de Investigación y como tal es propiedad exclusiva de Tunik, Paula y Fortuna, Romina de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo o en sus partes o resumirse, sin el previo consentimiento escrito de las autoras”.

“El que suscribe manifiesta que el presente Informe Final ha sido elaborado por Tunik, Paula y Fortuna, Romina con matrícula N° 3506/95 y 3357/95 respectivamente, conforme los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos, a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año 201\_\_\_\_\_”.

Firma, aclaración y sello  
Supervisor

Las alumnas Paula Tunik y Romina Fortuna han desarrollado de un modo preciso, articulado y coherente el tema que han elegido para la elaboración de su Tesis. Respecto al mismo: La psicopatologización de la infancia cabe destacar su importancia y relevancia actual tanto para nuestro campo disciplinar como para la sociedad en su conjunto. Las alumnas recorren en su texto desde los desarrollos históricos que permiten ubicar la invención de la infancia en un momento determinado y la rapidez con la que se “medicalizó” a la misma. Yendo a la actualidad estudian con profundidad dos modelos: el médico –desde un punto de vista crítico- a partir de los efectos iatrogénicos que produce respecto al modo de encarar los tratamientos con, niños homologando en grandes categorías el padecimiento, lo que termina por aniquilar la propia infancia. Así como historizan y especifican las características del Psicoanálisis, lo que les permite ubicar una alternativa terapéutica que no arrase con la infancia y sostenga la singularidad del caso a caso.

Finalmente quisiera agregar, que es muy meritorio que alumnas de grado a punto de finalizar sus estudios hayan investigado sobre una temática de tanta envergadura y relevancia para su futuro desarrollo profesional.

Firma, aclaración y sello  
Supervisor

“Atento al cumplimiento de los requisitos prescriptos en las normas vigentes, en el día de la fecha se procede a dar aprobación al Trabajo de Investigación presentado por Tunik, Paula y Fortuna, Romina con matrícula N° 3506/95 y 3357/95 respectivamente”.

Firma y aclaración  
Miembros Comisión Asesora

Fecha de aprobación

Nos gustaría expresar con estas líneas nuestro más profundo y sincero agradecimiento a la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata que nos albergó en sus aulas y por medio de sus docentes nos dio la posibilidad de aprender sobre aquello que elegimos estudiar.

A todas aquellas personas que de modo directo o indirecto han colaborado en la realización de la presente tesis. En especial a la Dra. Analía Cacciari, por la orientación, el seguimiento y la supervisión de nuestro trabajo y sobre todo por su calidez.

Deseo agradecer a todos los que nunca dejaron de creer en mí, aquellos que me empujaron para que día a día dé un poco más y que no me dejaron rendirme, a los que insistían de que nunca es tarde para comenzar y finalizar proyectos importantes en la vida.

A todos ellos, de quienes recuerdo cada charla, cada una de las palabras y afecto les agradezco infinitamente...

*GRACIAS* mamá y papá obviamente.

*GRACIAS* Lau, Abril, Ema y Ger, mis amores del alma

*GRACIAS* Ángeles, Eugenia, Victoria, Diego y Seba que son mis hermanos de la vida.

Y sobre todo agradecer a mí amiga Romina, la mejor compañera que una persona puede tener en un viaje como este. Lo comenzamos con risas y así lo terminamos... Lo logramos Ro!

*Paula*

*GRACIAS...*

Porque en algún momento de este camino, cuando mis ganas parecían irse, ustedes me dieron su tiempo, su amor y su fuerza.

Porque cuando mi sueño de *ser psicóloga* parecía desvanecerse, volví a soñarlo en las palabras, en las lágrimas y en las risas compartidas.

*GRACIAS...*

A Mis padres, por amarme infinitamente y hacérmelo sentir, por permitirme, por prohibirme, por acompañarme, por ayudarme a ser, por dejarme ser.

A Lola porque no solo es una mascota en mi vida, es aire y luz.

A mi familia, a los que ya no están y a mis tías, a mi abuelo, a mis primos y a Lichi, porque con ellos y en ellos me sigo reconociendo; porque cuando me pierdo es a ustedes a quiénes busco para reencontrar mi lugar.

A mis amigos, porque el tiempo los hizo una buena costumbre o porque me regalan risas infinitas o porque fueron una sana elección. Simplemente porque en algún momento de este camino, o en muchos, estuvieron cerca y hoy se agolparon en mí sus nombres. Porque estás leyendo y sabés que hablo de vos.

A Luli, Giu y Sofi, porque por diferentes motivos me llena de amor ser la madrina de tres princesas.

A Ezequiel y a Adrián, porque en sus consultorios encontré mi espacio máspreciado.

*GRACIAS, a cada uno de ustedes.*

Porque con su compañía y su amor me ayudaron a descubrir  
“(...) *que la vida es eso, continuar el viaje, perseguir tus sueños, destrabar el tiempo, correr los escombros y destapar el cielo (...)*”.

Por acompañarme en este camino y porque hoy puedo decir que para mí

“(...) *ÉSTA ES LA HORA Y EL MEJOR MOMENTO (...)*”.

*GRACIAS*, porque no lo hubiese logrado sola.

*Romina*

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA  
FACULTAD DE PSICOLOGIA

Proyecto de Investigación de Pregrado  
Requisito curricular del Plan de Estudios 1989 (O.C.S. 143/89)

Apellido y Nombre

Tunik, Paula. Mat. 3506/95

Fortuna Romina. Mat. 3357/95

Supervisor

Medica

Cacciari, Analía

## **Título del proyecto**

Patologización de la infancia.

## **Descripción resumida**

Asistimos a un tiempo en el que abundan los diagnósticos que describen conductas y rotulan a los niños por los síntomas que presentan, perdiendo de vista la singularidad que los caracteriza como sujetos; siendo una de sus consecuencias directas la indicación de medicación. Suponiendo un origen genético u orgánico a ciertas problemáticas se fundamenta la indicación de medicación.

Entendemos a la infancia como un tiempo de constitución y construcción psíquica, al niño como portador de una historia que debe ser tenida en cuenta.

Nos proponemos indagar y desarrollar la mirada actual tendiente a pensar patología en la infancia en lugar de pensar a los niños como sujetos que están atravesando momentos difíciles. Indagar los diagnósticos basados en un sustento material (genético, orgánico o celular) que ubican la problemática expresada por el niño en algún aspecto fisiológico, y los diagnósticos que dan cuenta de los conflictos y defensas que están en juego en la infancia.

## **Palabras clave**

Infancia- Construcción Psíquica- Patologías- Diagnósticos

## **Descripción detallada**

Nos lleva a abordar la temática a desarrollar en esta tesis nuestro interés en la niñez. Este interés nos acercó a lecturas sobre lo que consideramos problemáticas actuales de la infancia; de este modo fuimos obteniendo información y surgieron en nosotras una serie de interrogantes, vinculados fundamentalmente a como entienden, piensan y definen, los profesionales del campo de la salud a los niños. Nos interesa desarrollar el modo en que se aborda al niño en la actualidad.

Según la bibliografía consultada, a partir de los interrogantes surgidos, la representación de la infancia como así también de los conceptos de salud y enfermedad (normal y anormal) requieren de una referencia a la realidad social. El modo en que se piensa la infancia se relaciona con las circunstancias

histórico- sociales y define las diferentes practicas y abordajes de este momento de la vida de un sujeto. En la actualidad asistimos a una extensa aplicación de diagnósticos emergentes de manuales psiquiátricos que llevan a catalogar a los niños por los síntomas que presentan, desconociendo su individualidad y las particularidades de su historia, obturando la posibilidad de pensar la complejidad de la infancia y favoreciendo la indicación de medicación. Diferentes autores dan cuenta de estos diagnósticos como invalidantes, en tanto no dan lugar a la pregunta, al cuestionamiento, a la posibilidad de interrogación.

Asistimos en la actualidad a una creciente indicación de medicación a los niños y a una medicalización de la infancia. Siguiendo a Foucault, entendemos la medicalización como una expansión del campo de la medicina abarcando problemas que antes no se consideraban entidades medicas. Nos interesa destacar que este proceso de medicalización permite el control del cuerpo del otro y se convierte en una práctica de control social.

### **Objetivo general**

Realizar una investigación bibliográfica de carácter exploratorio para comparar el estatuto etiológico, teórico y terapéutico que otorga el psicoanálisis a las conflictivas de la infancia y los criterios que sostienen otras perspectivas que tienden a definir a estas como patologías relacionadas con algún sustento fisiológico.

### **Objetivos particulares**

- 1- Dar cuenta del desarrollo del discurso psiquiátrico en relación a la infancia.
- 2- Indagar diferentes concepciones, dentro de un marco teórico psicoanalítico, respecto de la constitución psíquica.
- 3- Desarrollar el concepto de diagnostico.
- 4- Problematizar la patologización de la infancia.
- 5- Indagar el concepto de medicalización.

### **Métodos y técnicas**

Selección, lectura y análisis cualitativo del material bibliográfico vinculado con la temática de la presente investigación.

Lugar de realización del trabajo

El trabajo se realizará en la Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Psicología.

### **Cronograma de actividades**

Mes Actividades	1	2	3	4	5	6
Relevamiento de datos	X	X	X			
Supervisiones	X	X	X	X	X	
Presentación del proyecto	X					
Análisis de datos	X	X	X	X		
Elaboración de conclusiones				X	X	
Entrega del informe final						X

## Bibliografía básica de referencia

- Braunstein, Néstor A (2013). Clasificar en Psiquiatría. Ed. Siglo veintiuno.
- CACCIARI, Analía; MARTINEZ, Horacio (2004). Un modelo diagnóstico para la clínica psicoanalítica con niños. Revista Psicoanálisis y el Hospital. Num. 25
- FOUCAULT, Michel (1973-4). El poder psiquiátrico. Curso en College de France. Ed. Fondo de cultura económica.
- FOUCAULT, Michel (1977). Historia de la medicalización. Educación médica y salud. Vol. 11, num. 1. Recuperado de <http://www.terceridad.net/Sistemasdesalud/Foucault,%20M.%20Historia%20de%20la%20medicalizaci%F3n.pdf>
- GALENDE, Emiliano (1997). De un horizonte incierto. Psicoanálisis y Salud Mental en la sociedad actual. Ed. Paidós.
- JANIN, Beatriz (2013). La patologización de la infancia (Vol. II). Ed. Noveduc.
- Minnicelli, Mercedes (2013). Ceremonias mínimas. Una apuesta a la educación en la era del consumo. Ed. Homo Sapiens.
- TABORDA, Alejandra (2012). Paradojas que habitan las instituciones educativas en tiempo de fluidez. Ed. Reun. Recuperado de <http://www0.unsl.edu.ar/~disgraf/neuweb2/pdf/Libro%20Paradojas.pdf>.
- Revista Actualidad Psicológica (2006). Trastorno de atención e hiperactividad. Num. 342.

---

Medica Cacciari, Analía  
Supervisora

---

Fortuna, Romina  
Mat. 3357/95

---

Tunik, Paula  
Mat. 3506/95

P/Área de investigación

Resultado de la evaluación (aprobado/ rehacer)

Fecha:

# Índice

Página

<b>Introducción.....</b>	<b>1</b>
<b>Capítulo 1. Desarrollo y/o construcción teórica del concepto de infancia. ¡Error! Marcador no definido.</b>	<b>5</b>
<b>Capítulo 2. Psicoanálisis e infancia .....</b>	<b>16</b>
<b>Capítulo 3. Modelo médico e infancia.....</b>	<b>42</b>
<b>Capítulo 4. Constitución psíquica .....</b>	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
<b>Capítulo 5. Medicalización, medicación y patologización de la infancia... ¡Error! Marcador no definido.</b>	
<b>Conclusión.....</b>	<b>74</b>
<b>Referencias Bibliográficas. ....</b>	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
<b>Anexo .....</b>	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>

No sé si habéis visto alguna vez un mapa de la mente de una persona. A veces los médicos trazan mapas de otras partes vuestras y vuestro propio mapa puede resultar interesantísimo, pero a ver si alguna vez los pilláis **trazando el mapa de la mente de un niño**, que no sólo es confusa, sino **que no para de dar vueltas**. Tiene líneas en zigzag como las oscilaciones de la temperatura en un gráfico cuando tenéis fiebre y que probablemente son los caminos de la isla, pues el País de Nunca Jamás es siempre una isla, más o menos, con asombrosas pinceladas de color aquí y allá, con arrecifes de coral y embarcaciones de aspecto veloz en alta mar, con salvajes y guaridas solitarias y gnomos que en su mayoría son sastres, cavernas por las que corre un río, príncipes con seis hermanos mayores, una choza que se descompone rápidamente y una señora muy bajita y anciana con la nariz ganchuda. **Si eso fuera todo sería un mapa sencillo, pero también está el primer día de escuela, la religión, los padres**, el estanque redondo, la costura, asesinatos, ejecuciones, verbos que rigen dativo, el día de comer pastel de chocolate, ponerse tirantes, dime la tabla del nueve, tres peniques por arrancarse un diente uno mismo y muchas cosas más que son parte de la isla o, si no, constituyen otro mapa que se transparenta a través del primero **y todo ello es bastante confuso, sobre todo porque nada se está quieto**.

J.M. Barrie, Peter Pan

# INTRODUCCIÓN

Patologización de la Infancia

## INTRODUCCIÓN

### Patologización de la Infancia

Este trabajo tiene como objetivo indagar y desarrollar los diagnósticos en la clínica con niños y su consecuente tratamiento, que en muchas ocasiones resulta ser la indicación de medicación. Desde una perspectiva ligada a las neurociencias y los avances de los últimos años, se realizan diagnósticos que ubican la problemática expresada por el niño en algún aspecto fisiológico; conductas que corresponden al momento que atraviesa el pequeño, entendiendo que es un ser en desarrollo, se definen como patológicas. El diagnóstico, desde este enfoque, se basa en el reconocimiento de signos observables que aluden a alguna categoría de los manuales psicopatológicos vigentes, se clasifica a los niños en términos de trastorno, síndrome o enfermedad; al ubicarlos en cuadros fijos se pierde de vista que el psiquismo del niño está en constitución.

Desde una mirada opuesta a la mencionada, se entiende que el niño es "(...) un objeto de difícil diagnóstico ya que su lugar en la estructura aún no está decidido ni definido" (Norma Bruner, 2013, p.9). Intentaremos indagar y desarrollar también esta otra perspectiva, que procura entender y rescatar la singularidad de ese sujeto en *su* sufrimiento. Desde esta línea de pensamiento se entiende que el diagnóstico debe considerar los conflictos y defensas en juego, la historia y los vínculos del sujeto con otros. En función de lo expresado, desde el psicoanálisis, se propicia una escucha que interrogue la individualidad del niño. Entonces, considerar el sufrimiento infantil remite a pensar en términos de determinaciones múltiples en tanto la constitución subjetiva se define en referencia a la multiplicidad y complejidad de dichas determinaciones.

Sin dudas las diferencias mencionadas, en relación a los diagnósticos en la infancia, tienen consecuencias en la dirección del tratamiento, e intentaremos dar cuenta de esto a lo largo del trabajo.

El modo en que se piensa, en este caso, la niñez se relaciona con las circunstancias histórico-sociales y define las diferentes prácticas y abordajes de

este momento de la vida de un sujeto. Por ésto consideramos necesario referirnos al contexto en el que surgen las primeras prácticas en relación a la infancia; como así también al contexto actual, en el que presenciamos una extensa aplicación de diagnósticos que catalogan a los niños por los síntomas que presentan, desconociendo su individualidad y las particularidades de su historia.

La lectura del “Consenso de expertos del área de la salud sobre el llamado ‘Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad’”<sup>1</sup>, fue uno de los primeros contactos que tuvimos en relación al tema a abordar en nuestra tesis. En este escrito dirigido al Ministerio de Salud, un grupo de profesionales de trayectoria en distintos campos<sup>2</sup> expresa, a nuestro entender, no solo su postura en relación al tema sino también la tendencia en el ámbito de la salud, como en el ámbito educativo, a pensar la conducta infantil en términos de patología; algunos profesionales encuentran ligado a este proceso de patologización la medicalización de la infancia a la que tan frecuentemente se alude hoy.

Coincidiendo con Michel Foucault, entendemos la medicalización como una expansión del campo de la medicina abarcando problemas que antes no se consideraban entidades médicas; el saber y la práctica médica incorpora, absorbe y coloniza esferas, áreas y problemas de la vida social y colectiva que estaban regulados por otras instituciones (Arizaga, Cecilia y otros, 2008, p.7).

El proceso de medicalización de la infancia y la inclinación a patologizar la conducta infantil puede argumentarse desde diferentes perspectivas. Hay quienes abordan esta problemática en relación al contexto actual, según expresan Arizaga y otros (2008) “(...) como una construcción social, resultado de la modernidad actual” (p.30). Desde otra perspectiva, se intenta dar cuenta siguiendo los planteos de Foucault, del control social que ejerce el poder<sup>3</sup>; se

---

<sup>1</sup> <http://www.forumadd.com.ar/consenso.htm>

<sup>2</sup> Psicología, psicopedagogía, neurología, psicomotricidad, pediatría, etc.

<sup>3</sup> En este caso específico asociamos el poder con el poder del mercado, asociado al rol protagónica, en esta problemática, de la industria farmacéutica.

relaciona la necesidad de disciplinar<sup>4</sup> con la primacía de la interpretación médica-neurológica. La indicación de medicación permite un control de la conducta del niño, una adecuación de esta a “lo esperable” en el ámbito familiar y educativo; y además produce grandes beneficios económicos para ciertos grupos de poder, en particular a la industria farmacéutica.

Pensar los posibles modos de abordar la infancia nos lleva a preguntarnos acerca de la constitución psíquica, cuestión que nos resulta relevante no solo para pensar la clínica con niños sino también la clínica con adultos. Según Expresa A. Hartmann (2009) “En el análisis con niños tenemos el privilegio de asistir a la construcción de la estructura, sobre todo en estos niños de precaria constitución subjetiva”.

En relación a la temática a abordar no encontramos antecedentes en tesis realizadas en nuestra facultad; “La medicalización de la infancia. Niños, escuela y psicotrópicos” es una investigación realizada por SEDRONAR, en el año 2008, cuyo objetivo fue explorar el proceso de medicalización/medicamentación de la infancia. Acordamos con la investigación referida en cuanto a que, el abordaje con medicación supone plantearse los riesgos a nivel físico que una droga puede tener en la salud de un niño, como así también la habituación que puede conllevar el uso de fármacos desde tan corta edad.

Siguiendo lo expuesto es, por la vigencia de la temática, por el interés que nos despierta el trabajo con niños y fundamentalmente porque consideramos que la infancia es un tiempo de constitución psíquica, que nos resulta pertinente interrogar la niñez, las problemáticas infantiles y, en relación a estas, los diagnósticos y tratamientos con niños.

Para finalizar queremos remarcar la idea que, en algún punto, resume nuestro interés por el trabajo con niños, en palabras de Bruner, Norma (2013) “Hay sin duda consecuencias en la clínica y su dirección, si se considera en el niño una posición subjetiva no decidida ni definida aún, por ende que puede en ciertas condiciones muy rigurosas y precisas de intervención clínica temprana, ser modificada” (p.14).

---

<sup>4</sup> Poder disciplinario, ahora, a través de fármacos que anestesian la manifestación de los padecimientos (Arizaga y otros, 2008, p.34) y posibilitan, de este modo, un fácil control de la conducta del niño.

# CAPÍTULO I

Desarrollo y/o construcción  
histórica del concepto de Infancia

## CAPÍTULO I

### Desarrollo y/o construcción histórica del concepto de Infancia

En un momento determinado aquello que no se ve comienza a ser visto, se lo nombra y se toma conciencia de su existencia; a nuestro entender es a esto a lo que hace referencia Ariès (1987, [1960]) con el concepto “sentimiento de infancia”, a la toma de conciencia de la existencia del niño diferenciándolo del adulto.

Nos resulta imprescindible considerar la historia del concepto, indagar el momento en el que la infancia comienza a ser conceptualizada, a ser vista, el tiempo en que el niño empieza a ser individualizado y a ser objeto de atención como tal; creemos que ésto, nos va a permitir aproximarnos al modo en que se entiende, se define y en consecuencia se aborda a la infancia en la actualidad. Una idea acerca de algo se construye en un tiempo y espacio determinados y es entendiendo las circunstancias en que surge esa mirada que nos acercamos a la comprensión de por qué determinadas disciplinas, como la nuestra, comienzan a interesarse por la niñez y de qué modo lo hicieron.

Para desarrollar las ideas planteadas, vamos a tomar algunos puntos del trabajo que realizó Philippe Ariès; quien estudió el surgimiento de la infancia en el Renacimiento y sus transformaciones hasta la Modernidad. Vamos a referirnos también a los desarrollos de Foucault en “El poder de la Psiquiatría” intentando comprender la relación entre la infancia, la psiquiatría y el psicoanálisis.

Ariès hace referencia con el concepto sentimiento de infancia, ausente en la edad media, a la “conciencia amplia y generalizada respecto de la especificidad de esta fase de la vida” (Prates Pacheco, 2012, p. 33). Las fuentes para su investigación son los registros de la historia del arte, la historia de las tumbas y epitafios, actas de nacimientos, tipo de indumentaria, vestimentas, los modos

de construcción arquitectónica, los juegos, la institución del bautismo y la comunión, entre otros.

En la antigua sociedad tradicional no podían representarse bien al niño y menos al adolescente, la duración de la infancia se reducía a un período muy breve y se correspondía al tiempo en el que la cría del hombre no podía valerse por sí misma. No existía conciencia de las particularidades de lo infantil y el niño no se distinguía de los adultos.

En esta época la educación era obra del aprendizaje, concibiéndose a éste a partir de la convivencia de los jóvenes con los adultos; mezclándose sin distinción alguna en función de la edad, sino por los grados de iniciación. Ingresar a la escuela, en la Edad Media, era ingresar en el mundo adulto. La transmisión de valores y conocimientos no estaba garantizada por la familia.

El alto índice de mortalidad infantil aparece ligado, en P. Ariès (1987, [1960]), a la ausencia del sentimiento de infancia. “La presencia del niño en la familia era tan breve e insignificante que no había tiempo para que su recuerdo quedara grabado en la memoria y en la sensibilidad de la gente” (p.10). Si el niño moría no se le otorgaba mayor importancia ya que la mortalidad infantil era extremadamente frecuente; por este motivo se engendraban muchos niños para conservar algunos pocos. La gente no podía apegarse demasiado a lo que se consideraba un eventual desecho y, de este modo, el niño no salía de una especie de anonimato. “Nadie pensaba que los niños contenían ya toda su persona de hombre como creemos corrientemente hoy en día” (Ariès, 1987 [1960], p.16).

En el siglo XVI surge “el mimoseo” que es, para este autor, el primer sentimiento hacia la infancia que aparece en el ámbito familiar. La promiscuidad y los juegos sexuales con el cuerpo de los niños no tenían límite alguno, era común que los adultos no tuviesen pudor con los órganos sexuales de los niños<sup>5</sup>; con frecuencia los niños eran criados fuera de la familia, primando la sociabilidad, no necesariamente a cargo de los progenitores sino, fundamentalmente a cargo de las domésticas o nodrizas.

A fines del siglo XVII se produce de manera definitiva una transformación en las costumbres. Es importante remarcar que, aquello que Ariès llama

---

<sup>5</sup> En esta época, hay una ausencia, prácticamente, del espacio privado.

“descubrimiento de la infancia” fue un proceso bastante gradual; se extiende desde el siglo XIII, donde se comienzan a vislumbrar manifestaciones en la aparición de representaciones pictóricas, aparecen historias, leyendas y cuentos que incluyen a niños, para llegar al siglo XVII en el que el niño sale del anonimato.

De modo correlativo se asiste a un pasaje de la vida comunitaria, en donde el espacio privado prácticamente estaba ausente, a la valorización del núcleo familiar; esto favorece una nueva sensibilidad respecto a los niños, que da lugar al interés por su educación para que puedan convertirse en hombres adaptados a la cultura.

Al adquirir un lugar central en la familia, comienza a ser digno de la atención de ésta, se procura asegurar la existencia del niño, su presencia y futuro en la sociedad; es por medio del bautismo que se intenta proteger a los niños vistos como criaturas frágiles de Dios, según expresa Ariès (1987, [1960]) “Parece como si la conciencia común no descubriese hasta ese momento que el alma del niño también era inmortal. Ciertamente, la importancia dada a la personalidad del niño está relacionada con una cristianización más profunda de las costumbres” (p.69).

La escuela sustituyó al aprendizaje como medio de educación; el aprendizaje “de la vida” era por contacto directo con los mayores, como consecuencia, de lo dicho, cesó la cohabitación del niño con su familia, se lo separó de los adultos. El colegio es un aspecto más de la gran moralización de los hombres que se realiza por los reformadores católicos o protestantes de la iglesia, de la Magistratura o del Estado, y fue acompañado por las familias.

La familia se convierte en un lugar de afecto que antes no se veía, entre esposos y entre padres e hijos. Este afecto, respecto a los niños se manifiesta principalmente a través de la importancia que se da a su educación. Así vemos como Ariès liga este nuevo sentimiento, el afecto hacia los hijos, al interés por la educación y los estudios de ellos. La familia comienza a organizarse en torno al niño, esta es la salida de su anonimato, ya no es posible perderlo sin aflicción y reemplazarlo; surge la idea de limitar el número de hijos para ocuparse mejor de cada uno de ellos.

Otro protagonista que se ocupará del niño, es el Estado con la educación pública y también con la cuestión de la salud y la medicina. El discurso médico

comienza a estar en consonancia con el niño y con los padres, dice lo que está bien y lo que está mal con respecto al primero; se comienza a intervenir en la vida privada a partir del niño.

Con las modificaciones de la familia y en relación a la niñez, se van creando campos disciplinares que contribuyeron a armar el campo de la psicopatología infantil. Durante el siglo XIX la psiquiatría no se dedicó en particular a la problemática de los niños; las preocupaciones relativas a este provenían, fundamentalmente, del campo de la pedagogía.

La psicología va a realizar sus primeros aportes, en el campo de la infancia, a finales del siglo XIX y principio del siglo XX, describiendo el desarrollo del niño normal y más tarde va a dedicarse a la terapéutica y a la enfermedad. Según Paul Bercherie (citado en Prates Pacheco, 2012) “La psicología del niño sólo comienza realmente a existir como campo autónomo al final del siglo XIX (...). Antes de esa época, es necesario buscar en las doctrinas pedagógicas las concepciones clásicas sobre la infancia” (p.45).

De acuerdo a lo que plantea Foucault, la relación del niño con la psiquiatría es tardía y este vínculo no se va a dar por vía del descubrimiento del “niño loco”<sup>6</sup> ni por la consideración de la infancia como momento de origen de la enfermedad mental. Para el autor mencionado, es por el camino del niño idiota que se inicia la relación entre infancia y psiquiatría, el niño retrasado es un niño anormal. Esta categoría, durante el siglo XIX, no afectó al adulto sino solo al niño; mientras que al niño se lo califica de anormal el hombre adulto está loco. De este modo, la psiquiatría va a adquirir el poder de definir quién es anormal y a partir de esto controlarlo y corregirlo.

El interés de la psiquiatría por el niño se inicia por el cuadro de idiotismo propuesto por Esquirol y relacionado con la imposibilidad de adquirir los conocimientos que se obtienen, normalmente, por medio de la educación. Este cuadro va a dar lugar a un debate entre quienes plantean la irreversibilidad del cuadro y quienes no lo consideran de este modo.

Foucault plantea un desfasaje entre las prácticas que se ocupan del niño loco, en virtud de que se ocupan del niño anormal<sup>7</sup>. La distinción entre el niño

---

<sup>6</sup> Categoría que va a aparecer en los últimos años del siglo XIX.

<sup>7</sup> Niño Retrasado.

loco y el niño anormal es, para Foucault, un rasgo fundamental del ejercicio del poder psiquiátrico<sup>8</sup> del siglo XIX; la relación de la psiquiatría con una serie de regímenes disciplinarios, en función de que es ella la ciencia y el poder de lo anormal, es una de las consecuencias de la generalización del campo de la psiquiatría. “Todo lo que es anormal (...) todas esas desviaciones, todas esas anomalías la psiquiatría va a poder reclamarlas para sí” (Foucault, 2005, [1973-4], p.261).

Otra consecuencia, será la noción de instinto por una parte y la de degeneración por otra. Con el término instinto se va a hacer referencia a aquel elemento natural en su existencia y anormal en su funcionamiento cuando no es dominado. El destino de éste y de la anomalía es lo que la psiquiatría, tratará de reconstruir desde la infancia a la adultez, desde la naturaleza a la anomalía y desde esta a la enfermedad; esperando que le otorgue la conexión entre el niño anormal y el adulto loco. Con el concepto de degeneración<sup>9</sup> se va a calificar al niño portador de “(...) los restos de la locura de sus padres o ascendientes” (Foucault, 2005, [1973-4], p.263). La degeneración es la predisposición, en el niño, a la anomalía y va a dar lugar a la locura del adulto. Esta última noción va a poner a la familia como soporte del “Doble fenómeno constituido por la anomalía y la locura. Si la anomalía conduce a la locura y la locura produce anomalía, es sin duda porque ya estamos dentro de ese soporte colectivo que es la familia” (Foucault, 2005, [1973-4], p.263).

La última consecuencia de la generalización de la psiquiatría, que plantea Foucault (2005, [1973-4]) en relación a los conceptos de instinto y degeneración es el surgimiento del psicoanálisis, al expresar “(...) retomen estas dos nociones, *instinto* y *degeneración*<sup>10</sup>, pónganlas a actuar juntas y comprobarán, en todo caso, que el psicoanálisis se pone a funcionar y a hablar allí” (p. 264).

En el siglo XVIII no existía la diferenciación entre idiotez y locura. La locura era un cuadro cuya característica particular era el delirio, la imaginación desvergonzada y la creencia falsa. Por lo tanto la idiotez, la estupidez, no era

---

<sup>8</sup> Entendido como la generalización de la psiquiatría a otros campos.

<sup>9</sup> Abandonado a comienzos del siglo XX.

<sup>10</sup> Las cursivas son nuestras.

más que un tipo de locura que se distinguía de otros tipos. Se podía diferenciar un tipo de locura que se caracterizaba por la violencia, la agitación y el movimiento; de otro tipo de locura, que se caracterizaba por la inercia y la falta de agitación. A esta se la llamaba demencia, estupidez o idiotez. De esta forma la “imbecilidad” era un tipo de locura cuyo delirio se presentaba en un punto tan agudo que terminaba por desaparecer.

En las primeras décadas del siglo XIX se dan dos movimientos en la elaboración del concepto de idiotez. El primero de estos movimientos está relacionado con el concepto dado por Esquirol y Belhomme, para ambos es un estado<sup>11</sup> en donde las funciones o facultades intelectuales no se han podido desarrollar suficientemente o no se han desarrollado nunca. Lo importante y característico de esta definición es que introduce el concepto de desarrollo, antes ausente.

Los autores mencionados, consideran que el desarrollo se relaciona con la voluntad o inteligencia siendo que es algo que el individuo tiene o no tiene. Es decir, el individuo se desarrolla por tener la voluntad o inteligencia y si no la tiene no se desarrolla.

La idiotez al ser considerada una falta de desarrollo o un no desarrollo es algo que se mantiene estable, no evoluciona, a diferencia de la demencia que, al ser una enfermedad mental, evoluciona durante un tiempo hasta que logra una estabilidad. La idiotez está relacionada, desde esta perspectiva, con vicios orgánicos de constitución, es decir con algo del orden de la imperfección, con una organización incompleta. Diferenciándose de la demencia que, como otras enfermedades, puede ser acompañada de lesiones orgánicas accidentales sucedidas en algún momento de la vida de un individuo.

Siguiendo lo dicho, entendemos que se establecen una serie de coordenadas que posibilitan diferenciar aquello que se presenta como una enfermedad (demencia), de eso otro que pertenece al orden de lo imperfecto, de lo incompleto (idiotez).

El segundo de estos movimientos surge alrededor de la década de 1840 con M. E, Séguin, a quien se lo encontrará en toda la psiquiatrización e institucionalización de la infancia; este autor tendrá las influencias de Itard, de

---

<sup>11</sup> La idiotez.

quien fuera alumno, como también de Rousseau. En su libro<sup>12</sup>, Séguin, va a proponer los conceptos fundamentales sobre cuya base la psicología y la psicopatología del retraso mental se apoyarán a lo largo del siglo XIX; diferenciará el idiota del retrasado mental. El autor mencionado propone que el idiota es aquel que ha sufrido una interrupción del desarrollo fisiológico y psicológico; ésto se opone a la ausencia de desarrollo que hacen referencia Esquirol y Belhomme. A diferencia del niño idiota, el niño retrasado no es alguien cuyo desarrollo se haya interrumpido, su desarrollo es más lento que el de otros niños de su edad.

Siguiendo lo expuesto, vemos que en Séguin el desarrollo aparece como un proceso que afecta la vida orgánica y psicológica, como una dimensión a lo largo de la cual se distribuyen las organizaciones neurológicas y psicológicas, las funciones, los comportamientos, las adquisiciones, etc. Es una dimensión temporal común a todo el mundo; el desarrollo comienza a ser entendido en términos de una norma y ya no como una cualidad de la que un individuo pueda estar dotado o no. El desarrollo se puede detener en algún estadio, de ahí la diferencia entre el idiota que se lo caracteriza como aquél que se ha detenido muy pronto en el desarrollo, y el retrasado que es alguien que se ha visto frenado en el recorrido de la dimensión del desarrollo, aludiendo esto a una reducción de la velocidad en dicho trayecto.

De este modo, se perfila una normalidad en un doble sentido: por un lado el adulto será el punto ideal, el punto de finalización del desarrollo y por el otro, lo normativo estaría dado por la mayoría de los niños, tomándose la media para definir la variable lentitud respecto al desarrollo y estando en relación a otros niños de igual edad. Dice Foucault (2005, [1973-4]) “Los fenómenos de debilidad mental (idiotéz, retraso) se situarán respecto de dos instancias normativas: el adulto como estadio terminal, los niños como definidores de la media de velocidad del desarrollo” (p. 242).

Es así, siguiendo a Foucault, como comienza a surgir una nueva categoría, la de anomalía. Los niños idiotas y retrasados no son enfermos sino anormales. Para este autor, es la apropiación de esta nueva categoría de

---

<sup>12</sup> Titulado “Tratamiento moral, higiene y educación de los idiotas y otros niños retrasados” (1846).

anomalía, realizada por la medicina, el principio de la expansión del poder psiquiátrico<sup>13</sup>.

Cuando la imbecilidad es tomada por el campo de la medicina, lo primero que se hace es sacar de las casas de reclusión, donde estaban internados, a los niños imbéciles e incluirlos en los institutos de sordomudos y en instituciones pedagógicas. De esta forma comienzan a entrar en el espacio asilar para terminar, en la segunda mitad del siglo XIX, conquistados por la psiquiatría. Esta conquista continúa con la construcción de pabellones psiquiátricos y con la creación de una categoría, la de alienación mental, que englobará todas las formas de locura. Finalmente, con este concepto, queda anulada la distinción entre idiotez y enfermedad mental.

Para que el niño imbécil sea internado en un espacio asilar se debía justificar dicha internación, ya que su costo era sustentado por la colectividad local de la que eran originarios los niños. La justificación pedida por la colectividad local, se basaba en que el médico no solo garantizara que el niño idiota o imbécil no era capaz de desarrollar actividades que le permitiera sustentar sus necesidades sino que además se lo calificara de peligroso, capaz de realizar actos riesgosos para la sociedad, siendo de este modo necesaria su internación. De esta forma, los médicos extendían certificados falsos, respecto del estado de peligrosidad de los idiotas para que pudieran acceder al sistema asilar. Esta concepción fue tan determinante que para el final del siglo XIX el niño idiota se había convertido en un individuo totalmente peligroso.

Se estigmatiza al niño idiota como peligroso para la sociedad, y se comienzan a sancionar otras conductas en los niños, como el carácter difícil, el amor propio desmesurado, el orgullo inconmensurable, pasiones ardientes, etc.

Siguiendo lo referido, la generalización del poder psiquiátrico se produce por la psiquiatrización de la infancia en un mayor grado que por la psiquiatrización del adulto; y la psiquiatrización de la infancia no pasó por el niño loco<sup>14</sup>, es a partir del niño idiota<sup>15</sup> que el campo de la psiquiatría va a comenzar a ocuparse de la infancia. Entonces, la categoría de anomalía que

---

<sup>13</sup> Se funda en tanto la psiquiatría, con sus dispositivos, protege a la sociedad de la peligrosidad del loco.

<sup>14</sup> El niño loco aparece posteriormente, es efecto secundario de la psiquiatrización del niño.

<sup>15</sup> Al niño idiota se lo clasificará como retardado, para diferenciarlo del niño loco.

afecta al niño en el siglo XIX, se relaciona de modo directo con el poder que se ejercerá sobre ellos<sup>16</sup>; esto es un reflejo del poder psiquiátrico en estado puro.

En la lectura realizada, en relación al recorrido histórico que efectúa Foucault, pudimos ver cómo el loco queda desprovisto de la palabra, no se lo escucha, se lo observa, hasta la llegada del psicoanálisis que introduce una mirada diferente al respecto.

Paul Bercherie distingue, en el tiempo mencionado a lo largo de estas páginas, tres períodos en relación a la clínica del niño; vamos a hacer referencia a estos, para intentar otra aproximación al modo en que, en cada uno de estos momentos, se pensó al niño y la patología en la infancia.

Este autor se refiere a un primer periodo que abarca desde el comienzo del siglo XIX hasta más allá de la mitad (1800-1875). En este momento la discusión gira en torno a la noción de retraso mental<sup>17</sup>; en estos años encontramos los desarrollos teóricos, señalados anteriormente, de Pinel y Esquirol por un lado, y de Séguin por otro lado.

La discusión se centrará en torno a la reversibilidad o no de la idiotez y el retraso. Para Pinel y Esquirol, el déficit es definitivo, y global; por otra parte la posición que representa Séguin, supone que en la mayoría de los casos el déficit sería parcial lo que permitiría métodos de educación especiales<sup>18</sup>. Así encontramos en este primer período, el surgimiento de la “educación especial” no sólo en Francia sino también en Estados Unidos con María Montessori y de la psicometría con Binet y Simon.

En relación a los diagnósticos, se intentaba describir síndromes o estados, sincrónicos, a partir de observables en el momento de la evaluación clínica.

Desde 1880 a 1930, aproximadamente, Bercherie ubica un período en el que la clínica y nosografía resultan idénticas para niños y adultos. En este tiempo, con la característica mencionada en relación a las similitudes entre niñez y adultez, se publican los primeros tratados de psiquiatría infantil<sup>19</sup>.

---

<sup>16</sup> En los asilos.

<sup>17</sup> En este momento, se consideraba al retraso como el único trastorno mental infantil.

<sup>18</sup> Los primeros intentos se encuentran en las tentativas de Itard con Víctor, conocido como el “salvaje de Aveyron”.

<sup>19</sup> Estos tratados se publican en lengua francesa, inglesa y alemana.

La clínica deviene diacrónica y se describen enfermedades, ya no estados, en las que encontramos cuadros clínicos con una evolución temporal reglada. Entendiendo los trastornos mentales como enfermedades del cerebro, estos cuadros se sostendrán en causas y mecanismos patológicos típicos.

La psiquiatría infantil, salvo el caso del retraso mental, más que un campo autónomo de investigación, permanece como campo complementario a la clínica del adulto. Con la llegada del siglo XX, la importancia de algunas nociones de Emil Kraepelin y la segunda generación de los tratados de psiquiatría infantil<sup>20</sup>, van a comenzar a aparecer nociones propias del período infantil; como el de demencia precoz de Kraepelin<sup>21</sup>.

El último período que menciona Bercherie, comienza en 1930; puede hablarse, dice, de una clínica pseudo-psiquiátrica del niño, que se caracteriza por la influencia dominante del psicoanálisis. El caso del pequeño Hans, de Freud (2005, [1909]), inaugura el tratamiento psicoanalítico de niños. En este momento los conceptos explicativos comienzan a incluir no sólo los factores constitucionales sino también el rol del conflicto emocional en el desarrollo.

Para finalizar este capítulo, citamos a Norma Bruner (2013)

La clínica psiquiátrica del adulto tiene un origen pre-psicoanalítico y por ello permanece marcada por el pensamiento médico (...) la clínica del niño se construyó sobre bases diferentes, y es por eso que –por un lado- incluye su enlace con el desarrollo psicológico del niño; y –por otro- su labilidad, es decir la gran mutabilidad que conserva el niño en su estructura mental (p. 19).

Concluimos que la idea que tenemos actualmente del niño, ya sea como sujeto del inconsciente y/o como un ser en desarrollo, no es un dato dado por la realidad; como intentamos plasmar, es una construcción conforme a transformaciones socio-históricas.

---

<sup>20</sup> Entre 1910 y 1925.

<sup>21</sup> Luego, según Bercherie, por la influencia Bleuler se hablará de esquizofrenia infantil, llegando a la actual noción de psicosis infantil.

# CAPÍTULO II

## Psicoanálisis e Infancia

## CAPÍTULO II

### Psicoanálisis e Infancia

En este capítulo vamos a acercarnos al niño como objeto de estudio del psicoanálisis; intentando, en el capítulo próximo, distinguir aquella otra mirada que anteriormente mencionamos como antagónica.

Entendemos que el modo en que se piensa y define la infancia está en íntima relación a cómo se concibe la psicopatología infantil; vinculándose esto, al modo en que se diagnóstica a un niño y a su consecuente tratamiento.

Ayudadas en diferentes formas de entender y definir al niño, distinguimos dos líneas de pensamiento en lo que respecta al diagnóstico y al tratamiento posible en la infancia. Por un lado tenemos un enfoque ligado a las ciencias médicas, que busca delimitar un trastorno, un síndrome o un cuadro a partir de síntomas observables y “cuantificables”. Desde esta mirada los síntomas señalan la existencia de una patología orgánica y el tratamiento suele ser farmacológico<sup>22</sup>. Otra forma de pensar el diagnóstico en la infancia, ligada a los desarrollos del psicoanálisis, destaca la importancia de considerar todos los aspectos de la subjetividad, la historia, el entorno y los vínculos del niño con los otros. Desde esta perspectiva se busca comprender las conflictivas intra e intersubjetivas. Esto lo posibilita la escucha del niño en *su* sufrimiento, y en función de lo expresado se establecen las coordenadas del tratamiento para ese niño.

Creemos que entender cómo estas diferentes miradas se acercaron por primera vez a la infancia, cómo definieron este tiempo<sup>23</sup> y, desde ahí, cómo se fueron planteando las primeras prácticas en relación a la niñez, nos va a acercar a cómo entendemos y tratamos hoy a los niños.

---

<sup>22</sup> Enfoque desarrollado en capítulo III

<sup>23</sup> ¿Tiempo lógico o cronológico?

Desde el psicoanálisis Freud se acerca por primera vez a la infancia movido, no por un interés de tratar a esta como tal sino, fundamentalmente por su interés en probar sus teorías en relación a la neurosis en el adulto. Lo hace con el trabajo que realiza con Juanito<sup>24</sup> por intermedio del padre del niño, encontrándose con el pequeño en una sola oportunidad. Al comienzo del Historial, Freud (2005, [1909]) expresa “Es cierto que he orientado el plan de tratamiento en su conjunto, y hasta intervine personalmente una vez en una plática con el niño; pero el tratamiento mismo fue llevado a cabo por el padre del pequeño” (p.7). Nos interesa agregar, que en los comienzos del psicoanálisis no era extraño que éste se realizara entre parientes cercanos y/o conocidos<sup>25</sup>.

Antes del historial del pequeño Hans, Freud escribe “Tres ensayos de teoría sexual” (1992, [1905]), uno de sus textos mas trascendentes, en sus diferentes ediciones introdujo numerosas modificaciones y agregados, siendo las últimas modificaciones de 1925. Destacamos la importancia de este texto en tanto, como expresan diferentes autores, constituye el primero en donde Freud plasma de forma sistemática sus ideas teóricas acerca de la importancia de la sexualidad en la constitución del sujeto. En “Tres ensayos de teoría sexual”, Freud señala la relevancia de los factores sexuales en la causación de la neurosis de angustia y de la psiconeurosis, como así también la existencia de la sexualidad infantil, ampliando el concepto de sexualidad más allá de su función ligada a la reproducción. Así también lo va a expresar, más tarde, en la 21° Conferencia (1991, [1916-7])

Mientras que para la mayoría “consciente” y “psíquico” son lo mismo, nosotros nos vimos precisados a ampliar este último concepto y a admitir algo psíquico que no es consciente, y sucede algo parecido cuando otros declaran idénticos “sexual” y “perteneciente a la reproducción” –o si quieren decirlo más brevemente, “genital”– mientras que nosotros debemos admitir que algo “sexual” no es genital, ni tiene nada que ver con la reproducción (p. 292-293).

---

<sup>24</sup> (o) Pequeño Hans

<sup>25</sup> El mismo Freud analizó a su hija, Anna, y muchos de sus pacientes eran colegas.

Esto último nos lleva al concepto de pulsión, con el que Freud deslinda lo orgánico de lo corporal y es a partir del cual se explica la actividad psíquica. Entendemos el concepto de pulsión como fundamental dentro del cuerpo teórico psicoanalítico, es un concepto clave del que no se puede prescindir. Dice Díaz Domínguez, I (2010) “Freud otorga una importancia absoluta a la pulsión. Siguiendo su desarrollo se puede ver como la pulsión está, desde el principio, implicada en la constitución de la subjetividad humana” (p.4).

En un primer momento Freud va a distinguir pulsiones sexuales y yoicas o de autoconservación, luego va a hablar de libido del yo y libido de objeto, para finalmente distinguir pulsión de vida y pulsión de muerte. En relación al concepto de pulsión y a las traducciones del término “Trieb”, utilizado por Freud, Laplanche y Pontalis (1993) expresan

Quando Freud habla de Instinkt, es para calificar un comportamiento animal fijado por la herencia, característico de la especie, preformado en su desenvolvimiento y adaptado a su objeto (...) el término pulsión aunque no forma parte del lenguaje corriente como Trieb en alemán, tiene, no obstante, el mérito de que pone en evidencia el sentido de empuje” (p.324).

Con este concepto de pulsión se alude a un estímulo proveniente del interior del organismo, siendo este una fuerza constante cuya cancelación solo es por medio de su satisfacción. En relación a ésta, Freud va a distinguir el esfuerzo (Drang) de la pulsión, es decir su fuerza constante; la fuente (Quelle) es el proceso somático, interior a una parte del cuerpo, cuyo estímulo es representado en la vida anímica por la pulsión; la meta (Ziel) como cancelación del estado de estimulación en la fuente, es importante destacar que si bien son variables los caminos que conducen a la satisfacción, esta última es siempre la meta de la pulsión; y por último distingue el objeto de la pulsión como lo más variable en ésta, esta contingencia del objeto la revela la relación entre el autoerotismo y las pulsiones parciales.

La pulsión sexual nace apuntalada sobre la satisfacción de las necesidades biológicas<sup>26</sup> y por intervención de otro, que las interpreta, se inaugura aquello que Lacan va a denominar “circuito de la demanda” dando origen a lo puramente humano, a la estructuración del aparato psíquico.

Freud reconoce en la sexualidad infantil características peculiares de la pulsión sexual, en un primer momento estas son autoeróticas y parciales. En esta primera etapa el niño se toma a sí mismo como objeto, la pulsión se satisface en el propio cuerpo, en determinadas zonas de éste más propicias para producir sensaciones placenteras; a estas zonas Freud las va a denominar zonas erógenas. Esto lo va a llevar a hablar de una disposición “perversa polimorfa” en la infancia, en tanto las pulsiones estarían desorganizadas y se presentan como parciales, reuniéndose recién en la pubertad, y luego del periodo de latencia bajo el primado genital.

Siguiendo ésto se pueden distinguir en el desarrollo de la sexualidad dos tiempos en relación a la “elección de objeto”, separados por un período de latencia que abarca, aproximadamente, desde los cinco años a la pubertad; en este periodo operaría una inhibición sobre la investigación sexual iniciada anteriormente. La diferencia entre estos dos momentos estaría relacionada, en lo fundamental, a la unificación y subordinación de las pulsiones parciales al primado de los genitales, durante la pubertad. Más tarde va a destacar, en relación a la proximidad entre la sexualidad infantil y la adulta, el primado del genital masculino –falo- para ambos sexos y ya no de la zona genital; al respecto expresa Freud (1992, [1923])

Hoy ya no me declararía satisfecho con la [tesis](#) de que el primado de los genitales no se consuma en la primera infancia, o lo hace sólo de manera muy incompleta. La aproximación de la vida sexual infantil a la del adulto llega mucho más allá, y no se circunscribe a la emergencia de una elección de objeto. Si bien no se alcanza una verdadera unificación de las pulsiones parciales bajo el primado de los genitales, en el apogeo del [proceso](#) de desarrollo de la sexualidad infantil el interés por los genitales y el quehacer genital cobran una

---

<sup>26</sup> Alimentación.

significatividad dominante, que poco le va en zaga a la de la edad madura. El [carácter](#) principal de esta organización genital infantil es, al mismo [tiempo](#), su diferencia respecto de la organización genital definitiva del adulto. Reside en que, para ambos sexos, sólo desempeña un papel un genital, el masculino. Por tanto, no hay un primado genital, sino un primado del falo” (p. 146).

Es en relación a lo dicho que se establece la primacía del falo, “todos tienen pene”, y la lógica de la castración, en tanto el niño advierte que “hay quienes no tienen pene”. La asunción de la castración es condición de la subjetividad y el modo en que el sujeto se posiciona frente a ésta va a ser lo determinante en la estructuración psíquica. En el capítulo IV nos vamos a referir al modo en que el niño se posiciona respecto a la castración, ya que nos va a permitir pensar, desde el psicoanálisis, la estructuración psíquica y también la psicopatología.

Los planteos que Freud realiza en Tres ensayos (1905), sobre la sexualidad infantil, los realiza a partir del relato de pacientes adultos y va a ser con el pequeño Hans, con este primer acercamiento a un niño, que va a corroborar aquello que aparece reconstruido en sus pacientes adultos. Dice Freud (2005, [1909])

¿Será acaso imposible averiguar inmediatamente en el niño, en toda su frescura vital, aquellas mociones sexuales y formaciones de deseo que en el adulto exhumamos con tanto trabajo de sus enterramientos, y acerca de las cuales, además, aseveramos que son patrimonio constitucional común a todos los seres humanos y en el neurótico no hacen sino mostrarse reforzadas o deformadas? (p.7).

Siguiendo con lo expresado nos interesa destacar algunas cuestiones relevantes y que consideramos consecuencia del trabajo que Freud realizó con Hans. La primera es que el trabajo con Juanito es el punto de partida para pensar en la posibilidad de un psicoanálisis con niños, dejando de ser este una técnica reservada exclusivamente para adultos.

La segunda cuestión es que, igual que lo expresamos anteriormente, a partir del trabajo con Juanito, Freud, corrobora la existencia en la infancia de aquello que en Tres ensayos supone por el trabajo con adultos: la investigación sexual infantil, la existencia de tendencias instintivas en el niño y su disposición perversa polimorfa, las teorías infantiles acerca del origen, complejo de Edipo y castración, etc. Dice Freud (2005, [1909]) “Hans confirma de la manera mas flagrante y palpable todo cuanto yo he afirmado en La interpretación de los sueños y en Tres ensayos de teoría sexual, sobre los vínculos sexuales de los hijos con sus progenitores” (p. 91).

La tercera cuestión es la posición que Freud toma respecto a la posibilidad de un psicoanálisis con niños. Al permanecer, en los niños, la libido objetal adherida a los padres, ésta no podría dirigirse al analista. Esta imposibilidad es un obstáculo insalvable para el psicoanálisis con niños, en tanto la transferencia es un recurso imprescindible en el psicoanálisis. En relación a esto, Freud (2005, [1909]) aclara que en Juanito “Solo la reunión en una sola persona de la autoridad paterna con la médica (...) posibilitaron en este único caso obtener del método una aplicación para la cual de ordinario habría sido imposible” (p.7).

En “De la historia de una neurosis infantil” Freud (1992, [1918, {1914}]) va a hacer referencia al valor teórico del tratamiento con niños “Es lícito aseverar que los análisis de neurosis de la infancia pueden ofrecer un interés teórico particularmente grande. El servicio que presta a la recta comprensión de las neurosis de los adultos equivale, más o menos, al que los sueños de los niños brindan respecto de aquellos” (p.11).

Nos resulta importante referir, siguiendo los desarrollos teóricos de Freud, la distinción que este realiza entre neurosis de la infancia y neurosis infantil. Con el primer concepto se va a hacer referencia a una neurosis que se expresa en los primeros años de vida, en el transcurso de la infancia, y es constitutiva de lo infantil. Con el término neurosis infantil se hace referencia a la neurosis del adulto que surge después de la pubertad con origen en la infancia. Es la construcción que el adulto realiza de su infancia y se encuentra en relación directa a un padecimiento de la vida adulta, siendo continuación directa de la primera.

Dentro del psicoanálisis, luego del trabajo con Hans por parte de Freud, el análisis de niños continuo siendo un terreno poco explorado por varios años; se emprendieron análisis de niños pero no se establecieron reglas fijas en lo que respecta a su técnica.

Van a pasar algunos años para que hagan su aparición los trabajos de Melanie Klein y Anna Freud en este campo. Estas van a representar dos líneas, dentro del psicoanálisis, cuyas diferencias teóricas van a tener consecuencias en sus modos de pensar y definir la clínica con niños y se van a ver plasmadas también en el modo en que, las autoras, van a responder a la pregunta acerca de la posibilidad del análisis de niños.

Melanie Klein fue una de las grandes figuras del psicoanálisis, sus aportes no pueden obviarse al momento de pensar en la teoría psicoanalítica y menos aún al momento de pensar en psicoanálisis con niños; esta autora va a seguir y también va a ampliar el cuerpo teórico inaugurado por Freud y en algunas cuestiones se va a alejar y diferenciar de él.

En sus desarrollos teóricos se distinguen no solo las influencias de S. Freud sino también las de Sandor Ferenczi y Karl Abraham. S. Ferenczi señaló su aptitud para el análisis de niños y fue quien la introdujo en el psicoanálisis; Abraham, quien fuera su analista, es quien va a impulsarla a que comience a trabajar con niños, según expresa M. Klein (1932) "Mis conclusiones teóricas son un desarrollo natural de sus propios descubrimientos" (p.2).

Melanie Klein realizó importantes aportes teóricos basándose en la observación de niños; entre otras cuestiones destacó, por ejemplo, la relevancia del juego en el análisis de niños y diferenciándose de Anna Freud remarco la posibilidad de éste último. Ambas toman una postura diferente, también, en relación al juego y su homologación con la asociación libre del adulto; para A. Freud no hay necesariamente trabajo analítico porque el niño juega.

En Introducción al narcisismo Freud (1992 [1914]) va a decir "Es un supuesto necesario que no esté presente en el individuo una unidad comparable al yo" (p.74), el yo es una instancia que se desarrolla a partir del ello. Diferenciándose de él, Melanie Klein habla de la existencia del yo desde el inicio, operando desde el nacimiento. Este planteo es consecuencia de aquel otro que realiza acerca de la defensa temprana que debe ejercer el individuo

desde los primeros momentos de vida, frente a la ansiedad que despierta el instinto de muerte en su interior. Vale aclarar que si bien el yo existe desde el comienzo, se desarrolla gradualmente por la repetición de las experiencias.

Cuando el niño se encuentra con la angustia que le produce el instinto de muerte, el yo la desvía y la transforma en agresión proyectándola en el pecho materno (1° objeto). Dice M. Klein (1991 [1958]) "(...) los impulsos destructivos son desviados hacia fuera y contribuyen a la creación de objetos persecutorios y peligrosos que son reintroyectados (...) La complejidad de estas fluctuaciones engendradas por la actividad perpetua de los instintos, subyace al desarrollo del yo en relación al mundo externo así como a la formación del mundo interno" (p.244).

Es por medio de la introyección que el yo es objeto del instinto y el mundo objetual se constituye a imagen y semejanza de éste por medio de la proyección. Los mecanismos de introyección y proyección, al darse, dejan marcas en el aparato psíquico que van a constituir los símbolos (representaciones) que a su vez van a formar las fantasías desde las que se construye la realidad; siguiendo a Klein, este es el camino "hacia la normalidad". Dice Joan Rivière (1967) "La interpretación subjetiva de la experiencia que se lleva a cabo por los procesos de introyección y proyección (...) forma la base de lo que podemos entender por vida de fantasías" (p.52).

A modo de síntesis respecto a lo expresado, en relación a M. Klein, destacamos que el yo es el encargado de las primeras operaciones defensivas ante la ansiedad que despierta el instinto de muerte, el correlato de este instinto es la angustia de aniquilamiento y es ante ésta que el yo se ve llamado a aliviarla<sup>27</sup> y lo hace por medio de las fantasías. Por medio de éstas se tramitan los instintos de vida y muerte, constituyéndose en mediadoras entre la realidad de los objetos y la de las necesidades; es por este motivo que Klein se interesó por las fantasías en si mismas y no por la realidad de éstas.

Continuando con lo dicho, las fantasías son las que van a dar forma a la realidad y a su vez ésta las modifica, siendo recíproca la influencia. Todas las actividades de los seres humanos, niños o adultos, son expresión de una fantasía inconciente, siendo el motor de éstas la escena primaria. Dicha escena

---

<sup>27</sup> Defensa temprana a la que nos referimos anteriormente.

no tiene que ver con la realidad y en Klein adquiere características propias<sup>28</sup>; los objetos y sus pedazos, al no existir posibilidad de diferenciar pecho-pene, están mezclados y se tornan combinables y pasibles del ataque sádico que el niño, por medio de sus fantasías edípicas pregenitales, "(...) va a hacer a la unión entre sus padres" (Fendrik, S., 2004, p.27). Esto último, es en tanto que Klein va a privilegiar en la escena primaria, pregenital y edípica, el odio contra ambos padres, que excluyen al niño.

Es en relación con el yo, el objeto y las defensas que Klein va a describir dos posiciones (esquizo-paranoide y depresiva); utilizando este concepto para destacar que si bien los fenómenos que describe en cada una ocurren en los estadios tempranos del desarrollo, no son exclusivos de éstos y los modos específicos de agrupar las defensas y ansiedades aparecen y reaparecen durante los primeros años de la niñez.

Resulta importante señalar que ninguna de estas posiciones responde a un cuadro psicopatológico, en su totalidad, en tanto se alternan en el comienzo de la estructuración.

En las posiciones que desarrolla Klein, para describir la evolución del yo, podemos vislumbrar la influencia del planteo de Abraham en relación a la evolución de la libido. Aunque él propone diferentes fases (oral, anal, genital) dominadas cada una por pulsiones parciales y Klein entiende que hay pulsiones orales, anales y genitales desde un comienzo. Es en función de este recorrido de la libido que Abraham va a explicar la psicopatología, en tanto puede detenerse o regresar a etapas superadas en su desarrollo. Criterio que va a tener peso en M. Klein.

El recién nacido (yo) proyecta en el pecho materno una parte de sí que contiene el instinto de muerte y otra parte de dicho instinto queda en el yo, convirtiéndose en agresión dirigida al pecho materno<sup>29</sup>; siguiendo esto, entendemos por qué el yo, que se escinde, se siente amenazado por este primer objeto y lo experimenta como malo y lo vive como persecutorio.

Expuesto a la dualidad del instinto de muerte y de vida el yo también proyecta, en el pecho materno, una parte de sí que va a dar origen a un objeto

---

<sup>28</sup> Respecto al concepto de escena primaria en Freud.

<sup>29</sup> Luego a los objetos.

ideal; de este modo establece relación con un pecho ideal y con un pecho vivido como persecutorio, que gratifican y frustran respectivamente, y son vividos como “bueno” y “malo”.

Así describe Melanie Klein a una primera fase del desarrollo normal; durante ésta existe una tendencia del yo a escindirse y proyectar fuera parte de sus instintos, como así también a incorporar dentro de él tanto el objeto ideal<sup>30</sup> como el persecutorio<sup>31</sup>. En esta fase dominan los impulsos sádico-orales y por la preeminencia de los procesos de escisión y proyección la va a denominar: posición esquizo-paranoide.

A continuación de la posición mencionada, y si el desarrollo continúa normalmente, se puede advertir un predominio de experiencias buenas sobre las malas que contribuyen a que disminuya la ansiedad y como consecuencia el proceso de escisión<sup>32</sup> se hace menos intenso; ésto permite que el objeto pueda comenzar a integrarse, el niño es capaz de sintetizar los diversos aspectos del objeto y también las emociones que este le inspira. Durante este tiempo se debilitan los impulsos y fantasías sádicas y correlativamente la ansiedad persecutoria; surge una ansiedad relacionada con el daño provocado al objeto, al aproximarse los sentimientos de amor y odio, los sentimientos depresivos y la culpa por los impulsos y fantasías destructivas dan origen a un intento de reparación del objeto amado y dañado. La reparación del objeto dañado es producto de la interacción entre la introyección y proyección<sup>33</sup>.

Todo ser humano atraviesa primero la posición esquizo-paranoide y luego, si el desarrollo continúa normalmente, la posición depresiva; ambas son constitutivas y a su vez, es en relación a estas que Klein va a entender y explicar la psicopatología.

En el caso que la angustia sea insoportable para el yo y las defensas sean excesivas, se detiene el desarrollo del yo, del mundo imaginario (fantasías) y de la realidad. En relación a la psicopatología, Klein, no solo se va a referir a la

---

<sup>30</sup> Pecho bueno que gratifica.

<sup>31</sup> Pecho malo que frustra.

<sup>32</sup> Propio de la primer fase.

<sup>33</sup> Introyección y proyección se reúnen en los mecanismos de identificación introyectiva y proyectiva.

posibilidad de detenciones en el desarrollo, sino también a la posibilidad de regresar a estadios anteriores de este.

La posición depresiva es contemporánea, o dicho de otro modo se puede ubicar en este tiempo, a las primeras etapas del complejo de Edipo. El motor de la conflictiva edípica se ubica en la frustración del destete, en la pérdida del pecho bueno; en este momento el sadismo, característico de los primeros tiempos, ya no se encuentra en su apogeo y el niño se vuelve hacia su padre<sup>34</sup> con sentimientos de amor y odio a la vez. En este tiempo, el padre y la madre son introyectados como personas totales, disminuyen las angustias y defensas y correlativamente la ansiedad persecutoria.

De esta forma, las introyecciones tempranas del pecho bueno y malo se constituyen como base del superyo e influyen en el desarrollo del complejo de Edipo. Es importante destacar, en este punto, que el superyo es autónomo de los padres reales en tanto los objetos introyectados no son equiparables a los objetos reales; de este modo adquiere una importancia fundamental la actividad imaginaria inconciente.

En relación al superyo, dirá Klein (1991 [1948]) “El pecho bueno internalizado y el pecho malo devorador forman el núcleo del superyo en sus aspectos buenos y malos; son los representantes en el yo de la lucha entre los instintos de vida y de muerte” (p.41). Diferenciándose de Freud, en cuyos desarrollos teóricos se lee que el superyo es el heredero del complejo de Edipo, para M. Klein el complejo Edipo y el Superyo surgen juntos, se constituyen paralelamente.

Con respecto a la clínica, Klein, en un comienzo apunta a una educación analítica, caracterizando a ésta por una ampliación de la realidad y un óptimo desarrollo de las potencialidades del niño; luego se inclinará por un análisis puro sin ninguna contaminación con medidas educativas. Esto marca una diferencia respecto de Anna Freud, que tratará su clínica como una alianza entre pedagogía y psicoanálisis<sup>35</sup>.

En Klein el análisis de niños encontrará su justificación en las fantasías sádicas, que entiende afectan a todos los niños y actúan limitando sus

---

<sup>34</sup> Segundo objeto introyectado, cuyo significado se lo otorga el pecho materno.

<sup>35</sup> Esta alianza entre pedagogía y psicoanálisis va a ser denominada análisis impuro.

capacidades intelectuales y afectivas; es por este motivo que considera que el psicoanálisis debe ser previo a la educación. Con este planteo explica el por qué no encuentra imprescindible el pedido explícito de análisis por parte del niño; distanciándose de Anna Freud que entiende necesario dicho pedido, que no solo justifica sino también contribuya al desarrollo del análisis.

El analista traducirá por medio de la interpretación toda acción efectuada por el niño en análisis, intentando dar una significación a las fantasías originarias y produciendo de este modo, en los casos graves, una puesta en marcha del mundo imaginario empobrecido y detenido, como así también a la vida de relación y al desarrollo del yo. Entendiendo como causa del repliegue del niño el monto excesivo y precoz de sadismo, producto de la genitalidad precoz que refiere Klein.

Según expresa Alicia Hartmann (2009)

M. Klein trabaja dando significación, o sea, una inscripción posible a estos chicos que vienen desbordados por la pulsión. Significación que no es otra cosa que una construcción freudiana que responde a la configuración puesta en palabras familiares para el niño, ya que se toma el trabajo de usar los significantes conocidos para él, con el modelo de las fantasías originarias: castración, seducción, escena primaria (p.56).

De lo dicho se desprende que, para Klein siempre es un progreso que el niño reconozca la realidad de los objetos a través de sus palabras y es en relación a esto que introduce el juego como una dimensión de lenguaje posible. Según expresa A. Hartmann (2009)

Cuando el niño en posición de objeto logra dar cuenta de estas fantasías, podríamos decir, en términos de Freud, que ha comenzado la neurosis de la infancia y aparecen los síntomas transitorios (...) El comienzo de los síntomas en estos niños es índice de una subjetivación distinta. El progreso del análisis se desarrollaría en una pérdida del quantum de instinto de muerte de estas fantasías, al fusionarse con el instinto de vida (p.66).

En el análisis de niños, utilizando como técnica el juego, Klein se ofrecía como cuerpo para que aparezcan las fantasías; esto le va a permitir explicar la mejoría de los niños por la permanencia de la integridad del analista a pesar de los ataques de ellos. El analista mediatiza al niño dándole una imagen y un símbolo que tamiza sus instintos; realiza ésto por medio de la interpretación de la angustia que se expresa en la transferencia negativa. Es por medio de la interpretación que, el analista, remite dicha angustia a la hostilidad dirigida a los objetos primordiales introyectados bajo el dominio del sadismo, es decir a sus raíces inconscientes; permitiendo, de este modo, la aparición de las fantasías.

Es en tanto que la relación analítica refleja el vínculo con los objetos originarios que no trabaja con los padres reales, sino con la pareja parental interna como estructura de la fantasía.

Respecto a la interpretación de la transferencia negativa, A. Freud va a expresar que la hostilidad y rechazo inicial no son signos de una transferencia negativa; para esta autora constituyen una actitud previsible del niño frente a un desconocido. Tampoco la confianza es sinónimo, para ella, de transferencia positiva, ya que pueden recaer en el analista todo tipo de afectos hostiles o amorosos, siendo un desplazamiento de afectos y no una transferencia analítica, en el sentido de una neurosis de transferencia, necesaria para poder hablar de análisis.

Mientras A. Freud supone lo expresado, M. Klein haría referencia a un desplazamiento, transferencia, de afecto sobre el analista; de ahí, como expresan diferentes autores, podríamos concluir que no estén hablando de lo mismo. Según Silvia Fendrik (2004), fue Lacan el primero en señalar la necesidad de diferenciar una transferencia imaginaria de una simbólica; siendo la última necesaria para hablar de análisis estricto y refiriéndose con este término a una operación de sustitución y no a un desplazamiento de afecto. Esta autora va a expresar que A. Freud se adelantó a este pensamiento de Lacan, cuando plantea la diferencia entre el desplazamiento de afecto sobre el analista<sup>36</sup> y la transferencia que denomina “analítica”; esta última necesita de una sustitución que se llamó “neurosis de transferencia”. Para A. Freud es esta

---

<sup>36</sup> Desplazamiento que *también* va a llamar transferencia.

la que faltaría en los niños, y no la transferencia como desplazamiento de afecto, siendo el motivo la existencia en la realidad de los padres y experimentando vivencias reales de satisfacción y desengaño actuales. Dice al respecto A. Freud (1990, [1951]) “El pequeño paciente no está dispuesto, como el adulto, para reeditar sus vinculaciones amorosas con los padres, porque, por así decirlo, aún no ha agotado la vieja edición. Sus primitivos objetos amorosos, los padres, todavía existen en la realidad, y no solo en la fantasía, como en el neurótico adulto” (p.58).

Al momento de pensar en la posibilidad del análisis de niños y el abordaje de la transferencia, en cada una de estas autoras y quienes posteriormente siguen sus desarrollos teóricos, es importante señalar la concepción, radicalmente diferente, que cada una sostiene del Superyó.

En Anna Freud el Superyo depende del mundo exterior, cambia en relación a la persona amada y en tanto que no es totalmente independiente de factores exteriores, la labor analítica no puede ser solo analítica sino que debe incluir una acción pedagógica. El Superyo severo de la infancia es consecuencia de la neurosis del niño, mientras que para Klein es causa de ésta; como expresamos anteriormente, la consecuencia de esta diferencia es fundamental al momento de pensar la clínica con niños. Para Klein, el modo de abordar este Superyo, cruel y autodestructivo, es interpretándolo

Es importante destacar que, A. Freud guiará sus desarrollos teóricos en torno a los conceptos de inmadurez y dependencia; con los que diferenciará al niño del adulto. Para ella el pasaje por la infancia implica un crecimiento gradual que va desde las actitudes dependientes, irracionales, hacia un mayor control interno y externo por parte del yo.

El niño seguiría, para la autora mencionada, líneas de desarrollo que implican procesos de maduración del Ello, procesos de adaptación en relación al desarrollo del Yo, del Superyo y el medio y procesos de estructuración donde interactúan todos los elementos organizados. Siendo este último el curso del desarrollo normal, la perturbación se entiende en relación al grado en que se impide dicho curso de desarrollo normal.

Es así que A. Freud, pone el Yo bajo observación y considera que la distorsión en su desarrollo es índice de patología. La observación directa es *su método* y no limita la psicología psicoanalítica al método del psicoanálisis.

Según expresa A. Freud (1926 citada en cuadernillo de psicopatología infantil, 2012) “El analista reúne en su persona dos misiones difíciles y, en realidad, diametralmente opuestas: la de analizar y educar a la vez, es decir, permitir y prohibir al mismo tiempo, librar y volver a coartar simultáneamente” (p. 3). Agregamos que, según expresa esta autora, el analista debe ocupar el lugar de Ideal del Yo para el niño<sup>37</sup>; vale aclarar que la concepción que sostiene de este, Anna Freud, responde a aquella acepción del Ideal del Yo que lo asimila a la definición del Superyo como heredero del complejo de Edipo (S. Freud) y por otro lado, se acerca a la Psicología del Yo, que comprende el Ideal del yo como un área libre de conflicto. Es en este sentido, en tanto autoridad que representaría, que el analista debería ofrecerse como modelo.

En relación a la clínica, el niño no sólo comunica en sus juegos fantasías internas sino también hechos familiares habituales; esto último se explica por la exposición real, y diaria, a la influencia de los otros significativos. De este modo se entiende la importancia que A. Freud le otorga al trabajo con los padres (reales) a diferencia de M. Klein; pensar la clínica del niño en relación a su realidad es una cuestión de la cual M. Klein se aleja y que retomará Winnicott, con el papel fundamental que le otorga al ambiente facilitador.

Winnicott va a otorgarle un papel fundamental al ambiente<sup>38</sup> en el desarrollo del psiquismo como en la producción de patologías en la infancia. Es fundamental el papel del ambiente facilitador, capaz de proveer lo necesario, para que el desarrollo del psiquismo se produzca sin dejar huellas de patología.

Es importante mencionar que en la concepción del desarrollo que, este autor, sostiene; toma en consideración tanto el desarrollo psicofísico, como también el desarrollo de las funciones del Yo.

En Klein la madre es una fantasía, es el pecho bueno o malo, Winnicott habla concretamente de ella y de la función de la madre suficientemente buena; señalando la capacidad de esta para acoplarse a las necesidades del bebe y pudiendo, poco a poco, ir separándose y creando agujeros que le permitan al niño pensarla como un objeto de la realidad, independiente de él.

---

<sup>37</sup> Lugar del ideal del yo que *también* debe ocupara para el adulto.

<sup>38</sup> Asimilado a la función materna.

Para Winnicott la realidad externa no es producto de las proyecciones del individuo, como en Klein, y sostiene la conexión entre esta y el mundo interior con el concepto de zona intermedia<sup>39</sup> de la experiencia. Entonces, la separación progresiva, entre la madre y el bebe, posibilita la existencia de un espacio intermedio entre la realidad interna y la realidad externa, entre lo subjetivo y lo objetivo; espacio de experiencia en el que el sujeto humano se constituye como tal.

En relación a esta zona de fantasía encontramos el concepto de objeto transicional, según expresa Winnicott (1971) es significativo destacar que “Lo transicional no es el objeto. Este representa la transición del bebé, de un estado en que se encuentra fusionado a la madre a uno de relación con ella como algo exterior y separado” (p.32).

Cuando la madre comienza a desilusionar al niño, a faltarle, crea estos agujeros a los que nos referimos y le otorga la posibilidad de desarrollar su creatividad; se torna primordial la existencia, en un comienzo, de suficientes oportunidades de ilusión que le permitan a la madre lograr la tarea posterior de desilusionar al bebe en forma gradual.

Como efecto de la mencionada separación, aparece la relación con el objeto malo kleniano y el papel de la pulsión de muerte; diferenciándose en este planteo de dicha autora, que postula la existencia de ambos desde un comienzo.

Es en relación a la situación planteada, de ilusión-desilusión, que Winnicott va a entender y explicar el desarrollo infantil normal y también el plano patológico de éste.

Si la separación de la madre se produce demasiado temprano, en el período de dependencia, provoca lo que Winnicott llama deprivación. Con este concepto hace alusión a los niños afectados por la falta de un marco familiar que existió y se perdió; si hubo un marco familiar, que luego se perdió, las bases de la salud mental del niño quizás estén bien establecidas. Esto puede generar trastornos más leves que afectan el carácter pero sin distorsionar la organización del Yo, el autor los incluye en la categoría de conducta antisocial.

---

<sup>39</sup> Zona intermedia, espacio transicional, espacio de fantasía.

Si el marco familiar nunca existió hablamos de privación, cuya consecuencia es la esquizofrenia infantil; Winnicott va a definirla<sup>40</sup> como una organización defensiva que tiende a evitar la recurrencia de un tipo de angustia impensable, esta angustia aconteció como fenómeno vivido por el niño en periodos de extrema dependencia y confianza. De este modo, va a explicar este cuadro en términos de falla adaptativa y no en términos de regresión, como lo hizo Klein.

La imposibilidad de salir del espacio transicional va a vincularla con la psicopatología de los fenómenos transicionales y distingue ésto del fenómeno transicional, como parte del proceso de constitución del sujeto.

Respecto al pedido o demanda de análisis, Winnicott se aleja de Klein y A. Freud, al plantear que es la posición del analista la que se debe interrogar; esto le va a permitir tomar en cuenta cada situación particular, sin tener que adoptar una técnica uniforme, y es en este sentido que se puede afirmar que Winnicott no contaba con una técnica específica. Su interés radicaba en poder conectar al niño con el punto en el que quedó detenido, tocar algún punto de la vida fantasmática del niño en que el síntoma estaba sostenido; el fin era la recomposición psíquica espontánea del niño, que este disponga de nuevos recursos para enfrentar sus conflictos.

En Winnicott se advierte la importancia otorgada a la escucha; en el hecho de que, en ocasiones, el encuentro único con un analista le permite al niño seguir sin un análisis. La entrevista única sirve en la medida que el ambiente es favorable y no obstaculiza los posibles efectos de dicha entrevista; en el caso contrario, cuando el ambiente no es facilitador, Winnicott hace referencia a dos posibilidades. Una de ellas es darles directrices a los padres, otra posibilidad es el comienzo del tratamiento analítico.

En los casos que se comienza el análisis, Winnicott destaca la relevancia de que el niño juegue, en tanto es en el juego que los niños<sup>41</sup> pueden ser creativos y utilizar su personalidad integral. La importancia otorgada al juego entre analista y paciente, en este autor, no está determinado por ser éste un recurso

---

<sup>40</sup> En este sentido, va a definir esquizofrenia infantil del mismo modo que al autismo.

<sup>41</sup> El niño y el adulto.

que pueda diferenciar la técnica utilizada en el análisis de adultos; al respecto Winnicott dice (1971)

Aquí solo quiero recordar que el juego de los niños lo contiene todo, aunque el psicoterapeuta trabaje con el material (...) la consciencia de que la base de lo que hacemos es el juego del paciente, una experiencia creadora que necesita espacio y tiempo, y que para este tiene una intensa realidad, nos ayuda entender nuestra tarea (p. 75).

También se refiere a la capacidad del terapeuta para jugar, expresa que si no la tiene no está capacitado para la tarea y es en este caso que la interpretación se torna inútil o provoca confusión. Según lo expresa Winnicott (1971) “Cuando hay un juego mutuo, la interpretación, realizada según principios psicoanalíticos aceptados, puede llevar adelante la labor terapéutica” (p. 76).

El juego entre paciente y analista, debiera permitir que cada uno pueda estar a solas en presencia del otro, para esto se necesita una base de confianza bien establecida. El analista permite este jugar en tanto se corre de un lugar de presunto saber, a partir de una escucha sensible y desde un estado de disponibilidad para descubrir las necesidades del paciente, si esto no sucede la interpretación es adoctrinamiento y produce acatamiento<sup>42</sup> (Winnicott 1971, p.76). Mientras el analista soporte permanecer en un estado de no-saber, que este autor llamó de precariedad, y sin embargo pueda sostener su presencia es que permite que el juego sea desplegado en el marco de una cura.

En relación a la labor del terapeuta, y entendiendo la transferencia como la capacidad del paciente para usar al analista, menciona el desarrollo<sup>43</sup> de la aptitud, en el niño, para “usar objetos”. Esta capacidad es adquirida a lo largo del desarrollo del sujeto, incluye la destrucción del objeto y la percepción de su supervivencia; en la situación transferencial el analista debe soportar esta destrucción para que el paciente pueda corroborar la posibilidad de (su)

---

<sup>42</sup> En el mejor de los casos no es escuchada.

<sup>43</sup> y/o establecimiento.

supervivencia. Dice Winnicott (1971) “El objeto siempre es destruido en la fantasía. Esta cualidad de “ser siempre destruido” hace que la realidad del objeto superviviente se sienta como tal, fortalece el tono del sentimiento y contribuye a la constancia del objeto. Ahora se lo puede usar” (p.130).

Hasta aquí nos referimos a algunos de los desarrollos de Freud y continuamos con los aportes más relevantes del psicoanálisis Inglés en relación a la clínica con niños. En Francia encontramos personajes fundamentales en la historia del psicoanálisis con niños; estos harán referencia a cuestiones diversas a las tomadas por los autores ya mencionados en este capítulo.

Desde la orientación lacaniana se plantea que no hay un psicoanálisis de niños como método sino que hay una demanda de trabajo analítico sobre un sujeto. Para Lacan el niño es un sujeto en pleno ejercicio; para dar cuenta de este concepto de sujeto, utilizara la noción de estructura que le permitirá exponer su concepción relacional de la psique.

Con el concepto de estructura, Lacan, se va a referir al conjunto de relaciones afectivas entre los miembros de una familia, como así también a la representación interna, de cada sujeto, de estas relaciones interpersonales. El concepto de estructura revela la importancia de la posición del sujeto respecto a los otros, y a los otros significantes, en su constitución psíquica; ya no se destaca, o se prioriza, el orden de lo biológico o de la esencia de la persona.

Cuando Lacan se acerca a la lingüística de Saussure y reformula sus ideas, a mediados del siglo pasado, en relación a esta, va a designar al lenguaje como la estructura paradigmática. Para Lacan el lenguaje no es un sistema de signos, como para Saussure, sino un sistema de significantes<sup>44</sup>; este último autor va a definir el lenguaje como un sistema cuyas unidades se constituyen en virtud de sus diferencias y en esto sí Lacan va a acordar con él, según se lee en el diccionario de D. Evans (1997), “Al afirmar el carácter fundamentalmente diferencial del significante (...)” (p.177). Vale agregar que el sentido del significante varía según la posición que tenga en la estructura y es por este motivo que su sentido no es fijo.

---

<sup>44</sup> El significante es la unidad básica del lenguaje, inseparable de la noción de estructura.

Es fundamental señalar que es en virtud de las posiciones que ocupan, en la estructura, que los elementos interactúan y no por sus propiedades intrínsecas, las relaciones se mantienen iguales sean cuales fueren los elementos ubicados en las posiciones específicas (función) de la estructura.

Es en términos de estructura, y no como un conjunto de síntomas en base a los que se diferencian, que Lacan va a explicar las categorías nosográficas que conocemos<sup>45</sup> y es en tanto constituyen las posiciones posibles del sujeto en relación al Otro<sup>46</sup> que va a definir las como estructuras.

En la raíz de estas estructuras clínicas está la relación del sujeto con la castración; la asunción de esta<sup>47</sup> crea la falta sobre la que se instituye el deseo<sup>48</sup>. Al diferenciar el deseo de la necesidad<sup>49</sup> se instaura lo específicamente humano. El deseo adviene más allá de ésta y es esencialmente insatisfecho; se constituye en relación con ese otro que satisface la necesidad, y cuya presencia adquiere importancia, no sólo por este hecho sino, en tanto simboliza su amor por el niño.

El lugar del Otro, en un comienzo, es ocupado por la madre motivo por el cual el niño estará a merced de su deseo<sup>50</sup>. El deseo materno domina el primer tiempo del Edipo<sup>51</sup> y permite al niño constituir su yo, al identificarse con la imagen del objeto deseado por la madre (falo).

En la obra de Freud encontramos la ecuación simbólica niño-falo que realiza la mujer, resultado del atravesamiento del complejo de Edipo; el deseo es colmar con el hijo la falta de falo y es en esta posición de objeto, que cumple el deseo de la madre, que aloja al hijo. Lacan retomando lo dicho por Freud, dirá que para que el niño no quede en el lugar de (ser) falo para la madre, ha de intervenir el Padre privando a la madre de su objeto. Hay que destacar que

---

<sup>45</sup> Neurosis, perversión, psicosis.

<sup>46</sup> Otro del lenguaje, tesoro de los significantes; es la madre la primera que ocupa este lugar.

<sup>47</sup> Asunción de la castración que nunca es total.

<sup>48</sup> Concepto desarrollado en Capítulo III, Pág. 48.

<sup>49</sup> La necesidad se plantea en el terreno de lo biológico y se puede alcanzar su satisfacción.

<sup>50</sup> Deseo materno –DM–.

<sup>51</sup> Lacan va a describir y diferenciar tres tiempos.

la posibilidad de ser el falo para la madre es constitutiva del sujeto y también puede convertirse en obstáculo, si el niño queda en esa posición de objeto. En relación a esto, agregamos que es fundamental el reconocimiento de la falta en el Otro para la constitución psíquica del sujeto.

En “Nota sobre el niño” (1983, [1969]) Lacan va a señalar dos ubicaciones posibles del niño, como síntoma de la pareja parental y como objeto del fantasma materno; en este último caso compete a la subjetividad de la madre y aliena en él todo acceso posible de ella a su propia verdad.

El ser natural deviene sujeto en tanto se aliena a lo simbólico y en esta alineación pierde algo, que es aquello que va a simbolizar el objeto a<sup>52</sup>. En las patologías graves<sup>53</sup> el niño es ubicado en torno al objeto a; la función del niño va a ser revelar, no la verdad de la pareja parental, sino la verdad de ese objeto cuya esencia es faltante. El niño le pone el cuerpo a un deseo que no está regulado por la castración y es en este sentido, entendemos, que Lacan va a hacer referencia a la ausencia del deseo de la madre que aloje al niño en el lugar del objeto deseado por ella (falo).

El niño como síntoma de la pareja parental, alude a aquello no simbolizado a nivel de ésta, revela la verdad de la pareja de los padres. Al atravesar el complejo de Edipo y castración se ordena la sexualidad y el ser natural pasa a ser sujeto, en una cultura, sometido a las leyes del lenguaje. Sin embargo siempre existe un resto real, que no termina de ordenar el sistema significante, que puede ponerse en juego en la generación siguiente. Si el niño mediante su síntoma muestra la verdad de la pareja parental, entendemos que las funciones del Deseo de la Madre y Nombre del Padre se encuentran articuladas<sup>54</sup> y es en este sentido que estos casos, a diferencia de aquellos en que el niño es alojado en el lugar de objeto a, están mas abiertos a las intervenciones psicoanalíticas.

Concluimos que Lacan va a pensar el síntoma ya no como perteneciente exclusivamente al niño, como un conflicto intrapsíquico<sup>55</sup>, sino que incluye lo

---

<sup>52</sup> Objeto perdido, causa del deseo.

<sup>53</sup> Psicosis, debilidad mental, fenómenos psicósomáticos.

<sup>54</sup> Metáfora paterna.

<sup>55</sup> Como lo piensa Freud.

que sucede entre el niño y sus padres, definiendo a estos desde su lugar y función.

Los desarrollos teóricos de Lacan van a influenciar el pensamiento, entre otros, de Françoise Dolto y Maud Mannoni; que comienzan el psicoanálisis lacaniano de niños en Francia. En este país ya existía una historia previa del psicoanálisis de niños, cuyos desarrollos más importantes comienzan a mitad del siglo pasado y aún persisten, con una impronta freudiana. En este trabajo vamos a hacer referencia a algunos puntos del pensamiento de las autoras mencionadas; en tanto nos resultan valiosos para seguir pensando la clínica con niños. Es importante mencionar que ambas trabajaron en instituciones públicas, donde recibían pacientes graves<sup>56</sup>.

En la obra de Dolto podemos destacar dos nociones, que van a tener efecto en el modo de comprender la clínica psicoanalítica, una es la de imagen inconsciente del cuerpo, y la otra es su concepción de las castraciones a la que llama simbolígenas.

La imagen inconsciente del cuerpo la va a diferenciar y relacionar con el esquema corporal, característico de la especie humana. Este es la representación que el ser humano se forma de su cuerpo por medio de las experiencias con el mundo, en la relación con los otros. Le permite al sujeto, en tanto esquema representativo de su cuerpo, ordenar su experiencia con el mundo externo. Dolto establece que éste será el intérprete de la imagen del cuerpo, en tanto permite la objetivación, de una intersubjetividad, de una relación libidinal fundada en él. El esquema corporal, entonces, se desarrolla en el campo de la percepción y encuentra su paralelo en el campo libidinal y emocional; adquieren, de este modo, gran importancia los primeros objetos de amor, el tipo de relación con éstos, las actitudes de estos otros para con el pequeño que comienza su estructuración. En condiciones similares, el esquema corporal es semejante en todos los seres humanos.

El esquema corporal está en relación<sup>57</sup> con la imagen del cuerpo y es por esto que podemos entrar en comunicación con los otros. Esta imagen es propia

---

<sup>56</sup> Niños psicóticos.

<sup>57</sup> Se hallan relacionados por los procesos de tensión, dolor o placer, en el cuerpo y las palabras, de otro, que humanizan estas percepciones.

de cada sujeto, esta ligada a su historia; se estructura desde el estadio fetal, dice Dolto (1984) “Es la encarnación simbólica inconsciente del sujeto deseante” (p.16). La idea central de ésta noción son las experiencias emocionales del niño; depende de una relación afectiva, intersubjetiva y continua, para desarrollarse. Estas vivencias se construyen, desde la concepción, en el vínculo entre la madre y el niño; J.D. Nasio dice (2008) “La Imagen Inconsciente del Cuerpo es, ante todo, la imagen de una emoción compartida, la imagen del ritmo de la interacción tierna, deseante y simbólica entre el niño y su madre” (p.35).

Dolto diferencia distintos estadios del desarrollo libidinal<sup>58</sup> y es en relación a cada uno de estos que las imágenes corporales varían; en cada uno existe una imagen predominante que forma una continuidad con la de los estadios anteriores y los posteriores. El paso de un estadio a otro, implica que el niño renuncie al objeto de satisfacción y conquiste uno nuevo. Es a este renunciamiento que, esta autora, llama castración simbolígena. Estos renunciamientos los posibilitan las palabras pronunciadas por el adulto, propiciando así la humanización y la estructuración del sujeto. Este es un proceso que cumpliría todo ser humano cuando el otro le significa que su deseo, tal cual como el sujeto lo quiere, esta prohibido. Según expresa Nasio, “Además de privativa, la palabra castradora debe ser simbolígena y promotora: privativa de un goce anacrónico, simbolígena en cuanto generadora de nuevos símbolos, y promotora de un nuevo sujeto” (p.130).

Siguiendo con lo dicho, Françoise Dolto distingue cinco castraciones simbolígenas: (a) castración umbilical (b) castración oral, (c) castración anal, (d) castración primaria, (e) castración edípica. Cada una de estas castraciones, las articula con los conceptos de narcisismo primordial, narcisismo primario y narcisismo secundario. Al igual que las castraciones, cada etapa del narcisismo no desaparece sino que se subsume en la siguiente, expandiendo el campo de relaciones del niño.

Las posibles fallas, ambientales o relacionales, en algún momento de los mencionados, tienen como consecuencia diferentes patologías. Más temprana

---

<sup>58</sup> Estadio respiratorio-olfativo, estadio oral, estadio anal y estadio edípico.

la falla, mas grave la patología. Cabe agregar que Dolto destaca la importancia de una estructura ternaria<sup>59</sup> en el origen del sujeto, siendo la madre la encargada de satisfacer las necesidades del niño y el padre aquel que posibilita los intercambios sociales, al introducir la Ley.

En el trabajo clínico, Dolto, puso énfasis en la capacidad de escucha por parte del analista; el fin era crear un clima de confianza que posibilitara una relación transferencial basada en el reconocimiento del otro como sujeto. Siguiendo lo dicho, entendemos la particular atención que le otorgó al discurso infantil, este le permitió indagar el universo simbólico de cada niño y acceder, de este modo, a la trama familiar.

Para esta autora, el lenguaje organiza la personalidad y cuando éste no está, habla la conducta; de esta forma, la capacidad de escucha a la que se refiere Dolto (1971), se relaciona con “Observar sin omitir nada, gestos, expresiones, miradas, palabras, lapsus y dibujos espontáneos” (p. 132), el fin de esta escucha es comprender el inconsciente del sujeto, posibilitar el encuentro del sujeto con su verdad, abrir vías simbolizantes donde la castración no produjo sus efectos.

Dolto estableció un constante intercambio con Mannoni, quien fuera discípula y seguidora de Lacan. Maud Mannoni, realiza grandes contribuciones al tratamiento de niños autistas y psicóticos.

Esta autora, entiende que para la constitución del sujeto es fundamental el lugar que el niño ocupa en la fantasía y deseo de sus padres; motivo por el cual, resulta relevante, para Mannoni, la presencia de los padres en la clínica. Su trabajo, con ellos, apuntó a poder poner en palabras lo no-dicho, en la familia, que ubica al niño en determinada posición discursiva. En el niño, el síntoma viene al lugar de la palabra faltante; este se ubica entre el niño y el Otro<sup>60</sup>. Destaca la importancia de la escucha de los padres en presencia del niño, de forma que se pueda dar un sentido a lo vivido por él como eco de la historia familiar.

Su modo de intervenir clínicamente buscó atender a aquello que el niño dice de su síntoma y lo que sus padres pueden decir de este; es en relación a

---

<sup>59</sup> Madre-padre-sujeto.

<sup>60</sup> Con este concepto, Otro, remite a la pareja parental.

aquello que los padres pueden enunciar, respecto al síntoma en el niño, que se conforma un discurso colectivo que trasciende a los padres, abarcando otras generaciones.

Respecto al modo en que entienden la transferencia Melanie Klein y Anna Freud<sup>61</sup>, Mannoni se ubica de un modo original, expresa (1987, [1967])

La cuestión no consiste en saber si el niño puede o no transferir sobre el analista sus sentimientos hacia los padres con los que todavía vive (...), sino en lograr que el niño pueda salir de cierta trama de engaños que va urdiendo con la complicidad de los padres. Esto sólo se puede realizar si comprendemos que el discurso que se dice es un discurso colectivo: la experiencia de la transferencia se realiza entre el analista, el niño y los padres (p.100).

Esta autora, expresa que lo relevante de una situación traumática no es el hecho real en si mismo, sino el valor simbólico que le otorga el sujeto en función de su historia familiar.

Para finalizar con los desarrollos teóricos, en torno al psicoanálisis francés, que puntuamos en estas páginas, nos resulta relevante una cita de Mannoni (1987, [1967]) donde hace referencia al campo sobre el que opera el analista “La adaptación de la técnica a la situación particular que representa para un adulto el aproximarse a un niño, no altera el campo sobre el cual opera el analista: ese campo es el lenguaje” (p.7); esto, como la relevancia otorgada a la escucha, va a marcar una diferencia con el modo en que se aborda al niño desde posturas ligadas al llamado modelo médico.

---

<sup>61</sup> En páginas precedentes se menciona como entienden la transferencia estas dos autoras.

# CAPÍTULO III

## Modelo médico e Infancia

## CAPÍTULO III

### Modelo médico e Infancia

Habiendo realizado un recorrido por diferentes autores que pensaron la infancia, el modo de entender al niño, la patología, la posibilidad (o no) de tratamiento en este tiempo y el modo de llevarlo a cabo, desde la teoría psicoanalítica; vamos a referirnos, a lo largo de este capítulo, al llamado modelo médico, que representa otra mirada en relación a la niñez y la psicopatología infantil.

El modelo médico considera el desarrollo humano como un fenómeno biológico complejo; haciendo referencia, dicho desarrollo, a cambios cuantitativos y de la maduración neurobiológica. El proceso madurativo infantil se caracteriza por una transformación progresiva de sus funciones más importantes, como: control postural, autonomía del desplazamiento, lenguaje verbal, comunicación, interacción con el ambiente. El desarrollo evolutivo está en la base de la distinción entre normal-anormal.

Antes del siglo XX no existía nada que pudiese considerarse como psiquiatría de niños; el niño comenzará a ser objeto de la curiosidad científica a mediados del siglo XIX con Darwin, pudiéndose hablar, a partir de esto, de los orígenes de un estudio del mismo de acuerdo a una metodología objetiva.

La psiquiatría del siglo XIX, basada en el modelo médico-mecanicista, va a proponer teorías etiológicas que sostienen que la presencia de enfermedad mental se correlaciona invariablemente con alteraciones en el cerebro. En los últimos años del siglo XX numerosos avances en las investigaciones científicas produjeron grandes aportes como “la plasticidad neuronal”, “el funcionamiento en red del cerebro”, etc. Este notable avance del conocimiento científico en este campo, al que asistimos desde hace unos años, amplió los límites de lo que parece poder explicarse desde la biología, generando la creencia de que la comprensión de todo lo humano puede reducirse a ella.

Desde esta perspectiva, la relación que se establece entre paciente y médico es una relación asimétrica, se configura apoyada en la idea de que es

el especialista el que posee el saber, este utiliza un lenguaje científico, se basa en conocimientos probados y verificados empíricamente; de esta manera es, el médico, quien le dice al paciente qué es lo que le sucede, el paciente queda del lado del no saber sobre su padecimiento.

La Organización Mundial de la Salud publica la clasificación internacional de enfermedades<sup>62</sup>, cuya primera edición es del Instituto Internacional de Estadística en [1893](#), que pasó por varias actualizaciones para encontrarnos hoy con la CIE 10<sup>63</sup>; tanto la CIE como el DSM<sup>64</sup>, intentan una homogenización, clasificación y codificación de las enfermedades y trastornos<sup>65</sup>, considerando, para esto, una variedad de signos y síntomas comunes.

La CIE 10 no toma, como lo hicieron versiones anteriores, la diferenciación, estructural, entre neurosis y psicosis para los problemas mentales de la infancia; utiliza el término “psicosis” en un sentido descriptivo<sup>66</sup>. De este modo, los trastornos<sup>67</sup> son agrupados por la sintomatología que presentan.

Uno de los objetivos del DSM, en su primera edición<sup>68</sup>, fue uniformar las clasificaciones psiquiátricas existentes y crear códigos comunes que pudieran mejorar la comunicación entre profesionales. En la actualidad, este manual<sup>69</sup>, atraviesa la mayoría de los tratados de psiquiatría y al igual que la CIE 10, habla, en todas sus versiones, de trastornos mentales y no de enfermedades;

---

<sup>62</sup> CIE

<sup>63</sup> Se desarrolló en 1992. La Organización Mundial de la Salud publica actualizaciones anuales y cada tres años actualizaciones mayores.

<sup>64</sup> Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

<sup>65</sup> En el caso del DSM, son, trastornos mentales.

<sup>66</sup> Presencia de alucinaciones o ideas delirantes.

<sup>67</sup> Para la infancia, dicha clasificación, habla de trastornos no de enfermedades. La enfermedad implica una causa conocida, un grupo de síntomas y signos identificables y alteraciones anatómicas consistentes. El Trastorno es un concepto, fundamentalmente, descriptivo de un conjunto de síntomas y/o comportamientos; esta asociado, fundamentalmente, a desordenes mentales, cognitivos y afectivos del desarrollo.

<sup>68</sup> En 1952 se edita el DSM I.

<sup>69</sup> Hoy encontramos el DSM V, publicado en mayo de 2013.

para hacer referencia a un patrón comportamental o psicológico con significación clínica.

Siguiendo lo dicho, entendemos que el diagnóstico psiquiátrico se basa en el reconocimiento de signos observables que aluden a alguna de las categorías del manual mencionado; para posteriormente indicar el tratamiento correspondiente ya sea con fármacos o (y) psicoterapia, en general de orientación cognitivo-conductual.

En el campo de la infancia, actualmente, se puede ver un uso extendido del modelo psicopatológico propuesto por el DSM; se afirma la condición neurobiológica de diferentes trastornos, de inicio en la infancia, lo que además sustenta el uso de psicofármacos<sup>70</sup>.

En la actualidad, los tratamientos psicofarmacológicos adquirieron una alta relevancia, respecto a otros tratamientos, como consecuencia de los avances de la genética y la neurobiología molecular; con el uso de psicofármacos se busca normalizar la conducta y suprimir los síntomas que causan sufrimiento psíquico.

En relación al uso de fármacos, desde una postura crítica, Élisabeth Roudinesco (2013) cita a Jean Delay, principal representante francés de la psiquiatría biológica, que en 1956 expresa “Conviene recordar que en psiquiatría la medicación no es más que un momento del tratamiento de una enfermedad mental y que el tratamiento de fondo sigue siendo la psicoterapia” (p.22).

A este modelo se le critica el fijar a un niño a un trastorno precoz sin considerar que se encuentra en pleno movimiento de subjetivación. El intento de encontrar las marcas biológicas de las enfermedades mentales, sin tomar en cuenta que todo individuo es un entramado subjetivo producto de sus vínculos libidinales, el momento histórico y el contexto en el que habita, produce un estrechamiento, desde nuestro punto de vista, en la posibilidad de entender el padecimiento subjetivo.

En la conferencia 16°, Freud (1991, [1916-7]) expresaba en relación a la psiquiatría

---

<sup>70</sup> Tratamientos psicofarmacológicos.

La psiquiatría no aplica los métodos técnicos del psicoanálisis, omite todo anudamiento con el contenido de la idea delirante y, al remitirnos a la herencia, nos proporciona una etiología muy general y remota, en vez de poner de manifiesto primero la causación más particular y próxima. Pero ¿hay ahí una contradicción, una oposición? ¿No es más bien un completamiento? ¿Acaso el factor hereditario contradice la importancia de la vivencia? (...) Me concederán que en la naturaleza del trabajo psiquiátrico no hay nada que pudiera rebelarse contra la investigación psicoanalítica. Son entonces los psiquiatras los que se resisten al psicoanálisis, no la psiquiatría (p. 233).

# CAPÍTULO IV

## Constitución psíquica

## CAPÍTULO IV

### Constitución psíquica

En los capítulos precedentes distinguimos dos formas de definir, pensar y abordar la psicopatología infantil; hicimos referencia a una perspectiva apoyada en los avances de las ciencias médicas, desde la que se plantea el desarrollo infantil y sus problemáticas por fuera de la constitución del sujeto del inconsciente, de este modo se deja de lado aquello que individualiza y singulariza al individuo.

Según expresa Lacan (1992 [1954-5]) “La idea de un desarrollo unilineal, preestablecido, con etapas que se presentan cada una a su turno conforme a una tipicidad determinada, es pura y simplemente el abandono, escamoteo, el camuflaje, para ser exactos la denegación, incluso la represión de la contribución esencial del psicoanálisis” (p.28).

Norma Bruner (2013) enuncia que

Lo real orgánico está involucrado y forma parte del desarrollo infantil (haya o no presencia de patologías orgánicas de base sobre agregadas), en una serie de combinaciones, permutaciones, y sustituciones con la lógica de lo simbólico y de lo imaginario a precisar de manera singular en cada uno de nuestros pacientes (...) lo real orgánico es un partícipe necesario pero no es un agente causal (p. 37).

*Explicar* el desarrollo infantil y de sus posibles dificultades únicamente desde el orden de lo biológico es caer en un reduccionismo; intentar *comprender* supone considerar el vínculo con los otros, la historia, el contexto social y el momento de estructuración psíquica en el que el niño se encuentra. La constitución psíquica no puede ser explicada de un modo simple y lineal, en relación a etapas preestablecidas que se presentan de modo uniforme, respondiendo a una temporalidad evolutiva.

Dice E. Roudinesco (2013) que

El psicoanálisis (...) restaura la idea de que el hombre es libre en lo que respecta a su palabra y de que *su destino no esta limitado a su ser biológico*. Debería (...) luchar contra las pretensiones oscurantistas que apuntan a *reducir el pensamiento a una neurona o a confundir el deseo con una secreción química*<sup>71</sup> (p. 11).

El *sujeto del inconsciente* se constituye en un proceso complejo y singular<sup>72</sup>, en función de operaciones simbólicas<sup>73</sup> que tienen que producirse, en el vínculo con los otros, inmerso en una historia y en un entorno familiar, social y cultural determinado. Siguiendo lo expresado, entendemos que la infancia no es un tiempo en el que únicamente se deben adquirir ciertas habilidades; el *niño-sujeto*, como momento lógico de la subjetivación, no responde a la cronología.

Por lo dicho, al reflexionar en torno al diagnóstico y tratamiento de los conflictos de la niñez será necesario indagar las cuestiones mencionadas y pensar las relaciones entre aquello del orden de lo biológico y aquello del orden del deseo. Dice Jerusalinsky ([1988], en Bruner. [2013]) que

El surgimiento del sujeto del deseo, hablante, sexual, sujeto del inconsciente, sujeto histórico, depende de la simbolización del cuerpo en los primeros tiempos de vida y de cómo se sortean los límites a dicho trabajo de simbolización, por el Otro y por el niño, ya sean límites biológicos que impermeabilicen la entrada del lenguaje o límites del significante en hacer su trabajo. Límites en ese Otro Primordial para responder al desamparo del cachorrito humano recién llegado a este mundo (p.34).

El estado de desamparo del recién nacido hace referencia a la incapacidad del pequeño de realizar las acciones específicas para satisfacer sus propias

---

<sup>71</sup> Las cursivas son nuestras.

<sup>72</sup> En función de los anudamientos entre lo simbólico-real-imaginario.

<sup>73</sup> Articulación necesidad-deseo-demanda, Estadio del espejo, inscripción del Nombre del Padre.

necesidades, necesita de Otro<sup>74</sup> que lo sostenga y que reestablezca el equilibrio perdido. Así, la tensión emanada de las necesidades biológicas y el movimiento que el bebé inicia para su satisfacción, se convierten en el motor de la primera relación que se establece entre el pequeño y Otro sujeto.

Frente a la necesidad el bebé grita o llora y es la madre quien otorga sentido a esa descarga al interpretar los gritos del bebé como hambre, sueño, frío, etc. La madre otorga un sentido al pedido del bebe desde su propia historia y desde su deseo, es de esta forma que los padres transmiten su modo de desear, de amar, sus prohibiciones y también sus formas de vincularse. El Otro se convierte en *condición de*<sup>75</sup> la posibilidad de discernir, bueno y malo, fantasía y realidad, y de construir alternativas a la descarga directa e inmediata de la excitación.

Si el sentido que la madre otorga, es una pura proyección de sus deseos o temores, si no hay lugar al interrogante, el intercambio será enloquecedor; implica aquello que P. Aulagnier (1997) denominó "Violencia secundaria". Con este concepto, la autora, hace referencia a "(...) un exceso por lo general perjudicial y nunca necesario para el funcionamiento del Yo" (p.34). La violencia secundaria se apoya en, su precedente, la violencia primaria<sup>76</sup>; pero en este caso se trata de una violencia ejercida contra el yo a modo de exceso. Se le impone al niño el deseo materno anulando su pensamiento autónomo y desconociéndolo como alteridad.

---

<sup>74</sup> En un primer momento es, la *madre*, la que "encarna" al *Otro* (A) para el niño; Otro que en primer término debe considerarse un lugar en el que la palabra se constituye y secundariamente es posible hablar del Otro como un sujeto *-que ocupa esa posición para otro sujeto-*. Lacan equipara alteridad radical que designa como gran Otro, con el lenguaje y la ley; el *Otro es lo simbólico*, de este modo sostiene que la palabra se origina en el Otro. La madre "recibe el llamado" del niño y retroactivamente "lo interpreta y sanciona" como un mensaje particular *-desde su lugar-*.

<sup>75</sup> Citamos a B. Janin (2007) "Para que el mundo sea investido, tuvo que haber alguien que invistiera al mundo, para que un niño sostenga pensamientos, tuvo que haber sido pensado por otros, tuvo que haber sido sostenido no solo por los brazos sino también por pensamientos de otros "

<sup>76</sup> Violencia primaria "(...) lo que en un campo psíquico se impone desde el exterior a expensas de una primera violación de un espacio y de una actividad que obedece a leyes heterogéneas al yo" (P. Aulagnier, 1997, p.34); es una acción necesaria y que contribuirá a la futura constitución del yo. Se impone un pensamiento, acción o elección, producto del deseo de quien lo impone pero que da respuesta a una necesidad del niño.

La madre al interpretar los gritos del niño y escuchar un pedido donde sólo hay un grito, introduce un significante; de este modo, el lenguaje atraviesa la necesidad y articula la demanda en función del significado que ese Otro le da al llamado del niño. Lacan va a distinguir y relacionar la necesidad, la demanda y el deseo. La demanda se refiere a otra cosa más que a la sola satisfacción de la necesidad (vital) que el bebé reclama; el niño es incapaz de ejecutar las acciones específicas para satisfacer sus necesidades biológicas y las expresa para que otro realice estas acciones. Frente a la demanda del bebé, lo que importa es la respuesta del Otro independientemente del objeto que podría satisfacer la necesidad. Así, la demanda se convierte en demanda de ausencia-presencia y asume una doble función: articula la necesidad y representa una demanda de amor, ya que la presencia del Otro simboliza el amor de este por el niño. La presencia de la madre (Otro) adquiere importancia por sí misma y es en tanto haya quien pueda escucharlo que el niño advendrá como sujeto (A. Hartmann, 2009, 237).

La necesidad puede ser satisfecha, pero no sucede igual con la demanda de amor incondicional<sup>77</sup> que el infans anhela. Este aspecto de la demanda que permanece insatisfecho es el Deseo<sup>78</sup>, que se funda *en* y establece una relación con una Falta constitutiva. Dice Lacan (1957-1958)

Desde esta primera simbolización en la que el deseo del niño se afirma, se esbozan todas las complicaciones ulteriores de la simbolización, pues su deseo es deseo del deseo de la madre (p.186) (...) Lo que le niño busca, en cuanto deseo de deseo, es poder satisfacer el deseo de su madre, es decir, to be or not to be el objeto de deseo de la madre (p.197).

El niño deberá atravesar diferentes movimientos que lo llevarán a constituir una *estructura singular* que le permita ubicarse en el mundo en tanto sujeto

---

<sup>77</sup> Presencia.

<sup>78</sup> Motor que mueve al aparato psíquico, va más allá de la demanda y es siempre deseo de otra cosa. Toda búsqueda de placer estará ligada al deseo de reencontrar una satisfacción originaria por siempre perdida

(Bleichmar, 1984); movimientos que se explican en términos de *complejos*, entendidos éstos como construcciones totalmente culturales y apuntalados en funciones biológicas.

En este punto, resulta relevante señalar que Lacan distingue la noción de sujeto de la del Yo; es la primera la que está en el centro de sus planteos. Como expresamos a lo largo del capítulo, el sujeto de Lacan es el sujeto del inconsciente y es efecto del lenguaje. Las cuestiones que no pueden o no deben reducirse a la condición de cosa, ni tampoco estudiarse de modo “objetivo” hablan del sujeto; así entendemos que los intentos de explicar la subjetividad o conducta del niño en términos biológicos se encuentran limitados al orden imaginario y desconocen la distorsión introducida por el orden simbólico que hace a la singularidad de lo humano.

La base del orden imaginario<sup>79</sup>, siempre estructurado por lo simbólico<sup>80</sup>, la constituye la formación del Yo que Lacan describe a través del proceso de identificación, con el concepto de estadio *del espejo*<sup>81</sup>. El estadio del espejo señala un momento decisivo del desarrollo mental del niño y “(...) tipifica una relación libidinal esencial con la imagen del cuerpo” (D. Evans, 2007, p. 82).

Dada la falta de coordinación de las diferentes partes, el infans experimenta su cuerpo como inacabado con sensaciones propioceptivas aisladas. Antes de poder controlar sus movimientos corporales el niño pequeño puede reconocerse en el espejo como un todo, como consecuencia del desarrollo de su sistema visual. El pequeño se identifica<sup>82</sup> con la completud de la imagen que

---

<sup>79</sup> Lacan va a distinguir el orden simbólico, del imaginario y real. Con el último concepto Lacan se va a referir a aquello que está fuera del lenguaje, constituye aquello que resiste a la simbolización; lo imaginario (desarrollado en páginas precedentes) es el orden de los fenómenos engañosos, su base la constituye la formación del yo en el estadio del espejo y forman parte de este orden el significado y la significación. En este aspecto imaginario el lenguaje “(...) invierte y distorsiona el discurso del Otro” (D. Evans, 2007, p.109).

<sup>80</sup> Dimensión simbólica, representado por la figura del adulto (Otro) que sostiene al niño y del cual el pequeño espera le ratifique *su* imagen.

<sup>81</sup> Concepto que propone Lacan en el XIV Congreso Psicoanalítico en Marienbad en 1936; nunca se publicó el trabajo presentado en dicho congreso y aparece una versión, reescrita, de este en 1949. Representa una estructura permanente de la subjetividad, no simplemente un momento de la vida del niño.

<sup>82</sup> Identificación primaria con lo semejante que da forma al yo.

ve y lo cautiva; es su imagen especular la que le otorga una unidad imaginaria<sup>83</sup> y lo enajena al campo del Otro al estar mediada por el deseo materno. El niño asume jubilosamente la integración que le devuelve su imagen especular y se identifica con ella. Así, explica el psicoanálisis la construcción del yo.

La unidad del yo es continuamente amenazada por el retorno de esa sensación de fragmentación que vuelve en la fantasía. La fragmentación que amenaza la ilusión de síntesis, que constituye el yo, invoca no sólo las imágenes del cuerpo físico sino también cualquier sensación de falta de unidad.

Retomando la distinción mencionada entre el Yo, que es parte del orden imaginario, y el sujeto que es parte del orden simbólico; señalamos que si bien la cura<sup>84</sup> tiene efectos sobre el primero, el psicoanálisis opera primordialmente sobre el sujeto. Y dado que el orden simbólico determina la subjetividad, bajo ciertas circunstancias, el analista puede provocar cambios en la posición subjetiva del niño.

Los aspectos del ser humano que escapan a la objetivación, al no estar exclusivamente determinados por la biología, aluden a la singularidad de *-en-*cada individuo y se relacionan con el concepto de sujeto; sujeto del inconsciente, dividido y atravesado por el lenguaje. Las referencias al lenguaje van a dominar el concepto lacaniano de *sujeto*, al que va a definir como *lo que es representado por un significante para otro significante*.

Lo que caracteriza al significante es que está inscripto en un sistema<sup>85</sup> y adquiere valor sólo en virtud de su diferencia con los otros elementos del

---

<sup>83</sup> Yo.

<sup>84</sup> Es un concepto heredado de la medicina que adquirió un sentido específico en la teoría psicoanalítica lacaniana. La cura es un proceso con una dirección definida, una progresión estructural con principio, medio y fin. La meta de la cura psicoanalítica no es "curar" -en el sentido de una psique perfectamente sana-, la propuesta del tratamiento analítico es llevar al analizante a articular la verdad sobre su deseo.

<sup>85</sup> Saussure analizó el lenguaje como un *sistema*, en el que cada unidad se constituye en virtud de sus diferencias con las otras unidades. Este sentido es el que Lacan le dará al concepto de *estructura*; para él la estructura paradigmática es el lenguaje (D. Evans. 2007).

sistema; su sentido varía en función del lugar que ocupa en la *estructura*<sup>86</sup>, respecto a los otros sujetos y a los otros significantes.

Lacan considera a las categorías nosográficas estructuras y no un conjunto de síntomas observables; distingue tres: neurosis, psicosis y perversión. Estas estructuras clínicas presentan las posiciones posibles del sujeto en relación con el Otro y se relacionan con las dificultades experimentadas en la *resolución del complejo de Edipo*; dicha disolución es representada por la asunción de la castración. Con este último término, el autor mencionado, se va a referir a dos operaciones diferentes: a la *castración de la madre*, que se realiza en el segundo tiempo del Edipo y estrictamente hablando es privación; y a la *castración del sujeto* que se realiza, en el tercer tiempo del Edipo, al renunciar el niño al intento de ser el objeto de deseo de la madre.

El modo en que el sujeto resuelva o se enfrente a la castración, en ambas acepciones, va a determinar su estructura; no existe una posición no-patológica en tanto la castración no puede ser asumida totalmente. Aún en la estructura neurótica, la más cercana a la posición de normalidad, el sujeto se defiende de la falta en el Otro y lo hace por medio del mecanismo represivo. La renegación constituye una defensa más radical y es el mecanismo defensivo que determina a la estructura perversa; el mecanismo defensivo que caracteriza la estructura psicótica, para Lacan, va a ser la forclusión.

Respecto de la posición del niño, lo deseable, es que deje de dar consistencia con su cuerpo al goce<sup>87</sup> del Otro. Según expresa A. Hartmann (2009)

El recorrido del análisis con niños es separarlo lo más posible del goce y que se constituya algo del sujeto del inconciente. Si se conmueve algo de la posición de objeto, el análisis puede terminarse

---

<sup>86</sup> Ver referencia anterior.

<sup>87</sup> Siguiendo a Lacan el principio de placer limita al goce, entendiendo que este último implica una cantidad excesiva de excitación; el sujeto intenta transgredir las limitaciones impuestas a su goce por el principio de placer. El resultado de tal transgresión no es más placer sino dolor, más allá de un límite el placer se convierte en dolor. El concepto de goce expresa el sufrimiento que deriva de su satisfacción. La entrada del sujeto en lo simbólico implica cierta renuncia al goce en el complejo de castración, en este el sujeto renuncia a sus intentos de ser el falo para la madre.

(...) Hacer consistir al Otro inconsistente es una manera de sostener el goce como imposible. Producir la separación (p. 307).

Juan David Nasio (2007) dice que el complejo de Edipo es generador de la capacidad de subjetivación humana; entendiendo por subjetivación el proceso de devenir sujeto singular. Es atravesando el complejo de Edipo que el individuo se separa libidinalmente, se independiza psíquicamente, de sus progenitores. Renuncia a tomarlos como objetos sexuales y los incorpora como objetos de identificación, obteniendo aquello que le va a permitir su inclusión en lo social: un superyó, un ideal del yo y una identidad sexual.

La importancia del complejo de Edipo reside en que impone la aceptación de que la relación hijo-padre-madre está limitada, regulada por una instancia prohibitiva: la ley del incesto<sup>88</sup>. Es la *función paterna* la que impone esta Ley, esencialmente humana, que subyace en todas las relaciones sociales; en tanto la forma básica del intercambio es la comunicación en sí, dicha Ley es lingüística, es la ley del significante. Al regular las relaciones sexuales, los vínculos, separa al hombre de los animales y superpone el reino de la cultura al de la naturaleza.

La función paterna es un significante que viene en lugar de otro, distinto a la posición del padre-individuo en la familia, que funcionará de acuerdo a otros significantes en la *metáfora paterna*; dice A. Hartmann (2009) “El Edipo puede darse aunque el padre no esté presente (...) la falta del padre es diferente a la carencia de la función” (p.313). La metáfora paterna designa el carácter sustitutivo del complejo de Edipo, en ella el significante del Deseo de la Madre<sup>89</sup> es sustituido por, otro significante, el Nombre del Padre<sup>90</sup>; es la metáfora de la que dependen todas las significaciones, razón por la cual toda significación es fálica.

Así llegamos a entender aquello que expresa Lacan respecto a que el sentido es inestable; la significación no es un vínculo fijo entre el significante y

---

<sup>88</sup> La ley del incesto ordena la vida en sociedad.

<sup>89</sup> El deseo materno apunta a un más allá del niño, tiene significación de falo (no de un objeto).

<sup>90</sup> El significante del Nombre del Padre posiciona al sujeto en el orden simbólico.

el significado, sino un proceso en el que se produce la ilusión del significado a través del juego, a lo largo de la cadena significante, entre los significantes.

Es en relación a lo expresado que vamos a distinguir la visión psicoanalítica del síntoma de la visión médica de él. Mientras que en medicina el síntoma tiene una relación unívoca con el fenómeno psicopatológico; en psicoanálisis el síntoma representa un significante, es decir que no existe un vínculo único entre éste y la estructura subyacente.

Entonces, si el profesional sabe lo que sucede a partir de la observación de la conducta, obtura la posibilidad de preguntar y de que el sujeto -niño- pueda decir acerca de su padecimiento; por lo tanto, siguiendo lo que expresa A. Hartmann (2009) "(...) El diagnóstico –como ocurre habitualmente en la clínica con niños- es una pregunta abierta a definir (...)" (p.239).

Al pensar en el diagnóstico y tratamiento respecto a las problemáticas infantiles, se deberían considerar los movimientos defensivos tempranos, las identificaciones primarias y secundarias, lo pulsional, la constitución de las diferentes instancias, el atravesamiento del complejo de Edipo; así mismo y en tanto el sujeto es en el vínculo con otro, marcado a su vez por su propia historia, también se debería estimar el papel de la familia y del contexto social.

El diagnóstico diferencial, modalidad específica del psicoanálisis, se lleva adelante a través del tipo de relación que el paciente establece con el Otro que encarna el analista en el dispositivo analítico (Ana Laura, Prates Pacheco, 2012, p.159); el diagnóstico es uno de los medios que, al tomar en consideración las cuestiones referidas en el párrafo precedente, orienta el tratamiento

Al intentar *comprender* la conflictiva que un niño expresa nos alejamos de plantear cuadros fijos; deducimos que esto se torna elemental, sobre todo en la infancia, ya que la fijeza de estos cuadros ignora los movimientos que caracterizan la niñez y al hablar de un sujeto acabado se desconoce la posibilidad de realizar intervenciones que propicien movimientos constitutivos del psiquismo. Insistimos en la importancia de entender que el psiquismo del niño es un psiquismo en constitución, esto implica reconocer un recorrido estructurante que el infans debe realizar para constituirse como sujeto; movimientos, complejos, conflictivos, operaciones que todo individuo debe transitar; lo expresado resalta una complejidad inherente a lo humano.

En el trabajo con niños es importante indagar la problemática que éste exhibe con el fin de revelar la conflictiva que encarna y poder intervenir, evitando poner “sellos” a modo de diagnósticos cerrados que suponen causas únicas e identifican cada síntoma con un determinado trastorno. Dice Leguil (en Prates Pacheco. 2012) que “Lo que se puede esperar de un diagnóstico es que muestre las maneras en que se distribuyen en la estructura los efectos de una confrontación con el enigma del deseo del Otro (...)” (p.159).

Procurar revelar la conflictiva supone escuchar aquello que el niño tiene para decir en este *su* modo singular de expresión; atribuir el comportamiento del niño a causas orgánicas sin hablar con él, sin interrogar su historia, implica una operación desubjetivante que anula al niño como alguien que puede decir acerca de lo que le pasa (B. Janin, 2012) y se lo desconoce como sujeto en constitución, con un futuro abierto.

Un mismo hecho puede ser (es) vivenciado de diferente forma<sup>91</sup> y un mismo trastorno puede aparecer en categorías nosográficas distintas<sup>92</sup>; entonces, el analista no busca identificar al niño con un discurso preestablecido ya que se corre el riesgo de no escuchar aquello que singulariza el padecimiento<sup>93</sup>. El trabajo analítico interroga la subjetividad en tanto da cuenta de las particularidades de cada individuo.

El desafío de intentar comprender a un niño implica, siguiendo lo expresado por Esteban Levin, sostener el deseo de relacionarse con él, con un sujeto, y no con una patología o un síndrome.

---

<sup>91</sup> Distinguimos al *suceso en sí* de la *vivencia*; con este último concepto se hace referencia al modo en que los hechos se inscriben y se ligan en cada uno. Este modo está determinado por las características de las pulsiones y las defensas predominantes en los diferentes momentos de la vida.

<sup>92</sup> No existe una relación unívoca entre éstas y el síntoma que la persona presenta.

<sup>93</sup> El psicoanalista no supone conocer a priori las razones del malestar que expresa el niño y no tiene una respuesta previa para éste, proveniente de un discurso preestablecido. La labor del analista no pretende dar una respuesta que “cure” el síntoma, sino que apunta a favorecer la emergencia de la verdad propia y singular de ese niño.

# CAPÍTULO V

Medicalización, medicación y  
patologización de la Infancia

## CAPITULO V

### Medicalización, medicación y patologización de la infancia

En el proyecto de esta tesis establecimos, como uno de nuestros objetivos problematizar la patologización de la infancia e indagar el concepto de medicalización. Siguiendo este propósito, a lo largo de este trabajo, subrayamos que el modo como se abordan las problemáticas de la infancia, requiere ser referido a la realidad social, cultural y política, en la que surgen los saberes en juego que determinan y definen formas características de acercarse a la niñez.

Señalábamos que la realidad socio-histórica condiciona el modo de ser, de estar, vivir y sobre todo 'enfermar'; en función de esto subrayamos que el padecimiento de un niño no puede ser pensado por fuera del contexto en el cual transcurre.

Vivimos en una época en la que abundan los diagnósticos que describen conductas y rotulan a los niños por los síntomas que presentan; y una de las consecuencias directas de dicha situación es el uso de medicación como estrategia de intervención. Esta indicación, generalmente, se fundamenta en el supuesto origen genético u orgánico de ciertas problemáticas infantiles.

Desde la perspectiva mencionada, se pierde de vista la singularidad que nos caracteriza como sujetos, se desconoce la importancia de alojar al otro, en este caso a cada niño, en su otredad. Desde una perspectiva que considera el padecimiento infantil como un hecho singular, se intenta comprender sin *necesidad de acallar*, con o en la clasificación de un diagnóstico descriptivo, aquello que el sujeto expresa en su síntoma.

En este intento de describir el panorama actual, en relación a la temática que venimos desarrollando, fueron surgiendo varios interrogantes y algunas respuestas.

En este capítulo vamos a continuar intentando reflexionar y argumentar en torno a los procesos contemporáneos de patologización y medicalización; compartimos lo que expresa Zoya, Paula (2010)

Ante este intrincado escenario, corresponde asumir una posición ética y dar batalla a procesos y definiciones que parecen cerrados y

son legitimados (...) La tarea no es sencilla y el desafío plantea enfrentar la emergencia de los acontecimientos, y *dar respuesta a sus urgencias, al menos con el arma de la interrogación*<sup>94</sup>.

Desde saberes expertos se diagnostican nuevas patologías, procesos normales se han convertido en problemas médicos; en cada versión del DSM<sup>95</sup> aparecen decenas de “patologías nuevas”. En su primera aparición el DSM<sup>96</sup> estableció 106 categorías diagnósticas, en la siguiente 182, en el DSM III pasan a ser 265 y 297 en el DSM IV; interpretamos que de esta forma el manual contribuye a que un número creciente de hechos de la vida se transformen en patologías que hay que tratar.

Según expresa Braunstein, N (2013) entre la CIE-9 y la CIE-10<sup>97</sup> se advierte un aumento en la cantidad de “entidades clínicas”. En la décima edición se llamó al capítulo V de los “trastornos mentales y del comportamiento”, que en la CIE-9 se había nombrado de los “trastornos mentales”. Dice Braunstein, N. (2013) “(...) el comportamiento se convertía en tema de la psiquiatría” (p.95).

Este capítulo V está constituido por 78 categorías, la cantidad se eleva con los subíndices a 280; la CIE- 9 MC sólo tiene 30 categorías. Continúa el autor citado “La CIE-9 (1978) agregaba ‘la personalidad’ que no figuraba en la CIE-8. La CIE-10 invade otro país: ‘el comportamiento’” (p.102).

La consecuencia directa del incremento del número de categorías diagnósticos en el DSM, como la consideración de umbrales diagnósticos más bajos para muchos desordenes ya existentes<sup>98</sup>, tiene como consecuencia directa los excesivos e innecesarios tratamientos con medicación.

---

<sup>94</sup> Las cursivas son nuestras.

<sup>95</sup> Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales; su primera versión (DSM I) se publicó en 1952, en mayo de 2013 se publicó en EE UU el DSM V y su traducción completa al español se espera para Octubre de 2014.

<sup>96</sup> DSM I publicado en 1952.

<sup>97</sup> CIE: Clasificación internacional de enfermedades. La CIE-9 es de 1978 y la CIE-10 se empezó a usar, en los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS), a partir de 1994.

<sup>98</sup> Una de las críticas más frecuentes al DSM V es que al resultar indeterminado el concepto, central, de “trastorno mental” se podría generar un gran número de “falsos positivos”.

Patologizar la conducta infantil es una práctica a partir de la cual llegamos a entender el concepto de medicalización de la infancia. Arizaga, C. y otros (2008), siguiendo las ideas de Foucault e Illich, expresan que este término refiere al “Proceso progresivo mediante el cual el saber y la práctica médica incorpora, absorbe y coloniza esferas, áreas y problemas de la vida social y colectiva que anteriormente estaban reguladas por otras instituciones, actividades o autoridades –como la familia, la religión, etc.-“ (p.7).

De esta forma, todos acontecimientos vitales, el nacer, el crecimiento, la educación, el amor, están atravesados por el discurso médico. Dice Emiliano Galende<sup>99</sup> que si se logra definir que ciertas emociones y sentimientos humanos son “procesos patológicos” nadie podrá, en su sano juicio, pedirle a la gente común que no trate de librarse de él por medio de un remedio que se ofrece como respuesta eficiente.

La problemática planteada se interpreta desde diferentes perspectivas, se hace referencia a las características de la sociedad en la que vivimos y en relación a ésta a las “características de los niños que pretendemos”. Se alude a la necesidad de control social que tiene el poder, y que el saber y la práctica médica permitirían por medio de los procesos de patologización y medicalización; también, al analizar esta realidad, se mencionan los grandes beneficios económicos que la industria farmacéutica genera.

La sociedad actual pondera e idealiza el éxito, el consumo y el poder, los cambios son vertiginosos y la exclusión es un fantasma temido; se teme que los chicos con “tiempos diferentes” sean excluidos del sistema. Al respecto dice S. Bleichmar (2008) “(...) El temor de los padres a que los hijos queden fuera de la cadena productiva los lleva a perder de vista toda posibilidad de construcción de un sujeto, para centrarse en la administración de conocimientos, como si uno construyera una computadora” (p. 51). Así vemos como el aprendizaje se aleja del placer por el descubrimiento del conocimiento y se percibe como aquello que va a permitir la entrada al mundo laboral futuro.

En función de lo dicho, se exige a los niños una adaptación rápida a las diferentes etapas y momentos de la vida, se intenta evitar por todos los

---

<sup>99</sup> Citado por Tollo, Miguel. Revista Novedades Educativas. Abril 2013. Número 268.

medios<sup>100</sup> el fracaso escolar ya que se supone que el rendimiento durante los primeros años de existencia de una persona determina su futuro y tal fracaso lo dejaría “fuera del mundo”, fuera del sistema. B. Janin (2011) expresa que “Un niño que fracasa en la escuela es vivido como un futuro marginal. Un niño que no tiene amigos es ubicado como alguien que va a tener dificultades toda la vida y que va a quedar aislado. Un niño que tiene respuestas violentas es un futuro delincuente” (p.64).

Vemos que, en ocasiones, un niño con “tiempos diferentes” es pensado como portador de un déficit, de este modo se lo ubica en un lugar de fracaso que deberá remontar no sin trabajo.

Entonces, se espera que los niños sean productivos, sin que importe la historia y la situación individual, se exigen resultados; se les pide que ‘puedan ya’, ignorando las imposibilidades propias del tiempo infantil y ubicando al pequeño en simetría con el adulto.

Este poder “hacer ya” que se supone tiene el niño, lo deja desamparado y sin el sostén necesario para la construcción de su psiquismo. Es con los otros que el niño aprende a diferenciar bueno y malo, fantasía y realidad.

En este punto, nos resulta importante subrayar que las palabras y silencios que se le dirijan a un niño, el modo en que se lo mire, signará sus vínculos; y es en el vínculo con los otros<sup>101</sup> que se va constituyendo su psiquismo

Como hasta las más laicas entre las ciencias humanas nos enseñan, son los demás, en su mirada, los que nos definen y nos conforman. Nosotros no somos capaces de comprender quienes somos sin la mirada y respuesta de los demás (Eco, U y Martini, C.M en Novedades Educativas. 2013. P.17).

Consideramos que en ocasiones el intento de *comprender* los vínculos, la conflictiva y las defensas en juego en las problemáticas de la niñez está ausente; los por qué, los cómo, se va reduciendo a la evaluación del desarrollo.

---

<sup>100</sup> En la actualidad vemos niños muy pequeños en tratamientos psicopedagógicos, psicológicos, con terapeuta ocupacional, etc; se patologiza la conducta y se la intenta “normalizarla”.

<sup>101</sup> Padres, docentes, profesionales que los pudieran tratar.

No interrogar las circunstancias en que la vida de un niño transcurre y clasificarlo en una categoría diagnóstica, implica desconocerlo como sujeto e ignorar que la subjetividad no es mensurable, ni se puede cuantificar (E. Roudinesco, 2013).

Creemos que la respuesta del fármaco, a las problemáticas de la niñez, es una solución simple, rápida y *eficaz*, acorde con las características de la sociedad contemporánea; y "(...) su uso responde a determinantes imaginarios de 'adaptación social', 'éxito' y 'rendimiento'" (Arizaga, Cecilia y otros, 2008, p.8) en una sociedad que no se puede pensar como no exitosa y no placentera.

Nos preguntamos si mediante el uso de psicofármacos se intenta "mejorar" el desempeño de los niños para que estos tengan conductas socialmente más aceptables, desatendiendo el sufrimiento que expresa la problemática que manifiesta el chico.

Cabe agregar que la indicación de medicación, como primera elección de tratamiento, muchas veces se vincula con la unificación de los niños bajo categorías diagnósticas, acordes a los criterios planteados por instrumentos como el DSM.

Estas clasificaciones<sup>102</sup> obturan movimientos posibles y necesarios en la constitución del psiquismo; al nominar un "trastorno" agrupando propiedades se generaliza el niño, y desaparecen los afectos que singularizan la experiencia y hacen a lo humano.

La *subjetividad* es la prueba visible e invisible, consciente e inconsciente por la cual se afirma la *esencia de la experiencia humana* (E. Roudinesco. 2013).

Poder pensar que el niño está atravesando un tiempo de transformaciones y cambios, que el futuro es incierto, que existe una diversidad de razones para determinada conducta que hacen a la singularidad de cada individuo, comprender que cada chico tiene una historia y tiempos personales, y que la subjetividad no cabe en los límites de un rótulo; brinda la oportunidad de que el psiquismo en estructuración se despliegue.

Al escuchar las problemáticas y defensas en juego se escucha al pequeño y se posibilitan movimientos constitutivos, en este acto se reconoce al niño como sujeto y no como objeto de intervención.

---

<sup>102</sup> En categorías descriptivas.

Desde otra perspectiva, pero también haciendo referencia a las características del tiempo en el que vivimos, se explica la patologización de la infancia, la clasificación en categorías descriptivas y el tratamiento farmacológico, como mecanismos de control y disciplinamiento propios de nuestras sociedades capitalistas.

A lo largo del tiempo fueron diferentes los mecanismos de control que sirvieron para segregar, señalar o marginar a aquél que es diferente. El fin resulta ser el mismo, se busca el control del pensamiento y las conductas con la intención de conseguir una homogeneidad necesaria para la producción y reproducción de la lógica imperante, de las pautas y valores sociales.

Según expresa Foucault (en Zoya, Paula. 2010)

El control de la sociedad sobre los individuos no se opera simplemente por la conciencia o la ideología sino que se ejerce en el cuerpo, con el cuerpo. Para la sociedad capitalista lo importante era lo biológico, lo somático, lo corporal antes que nada. El cuerpo es una realidad biopolítica; la medicina es una estrategia biopolítica<sup>103</sup>.

El cuerpo pasa a ser objeto y objetivo del poder *normalizador*. Conforme a esto, cada momento de la vida, cada posible logro, cada comportamiento se examina y se espera que sea acorde a una norma. Según expresa Foucault (2000 [1974-5]), la norma

(...) es un elemento a partir del cual puede fundarse y legitimarse cierto ejercicio del poder. Concepto polémico dice Canguilhem. Tal vez podría decirse político. (...) la norma trae aparejados a la vez un principio de calificación y un principio de corrección. Su función no es excluir, rechazar. Al contrario siempre *está ligada a una técnica positiva de intervención y de transformación, a una especie de proyecto normativo* (Clase del 15 de Enero de 1975).

---

<sup>103</sup> Con este concepto Foucault hace referencia a la gestión y regulación de los procesos biológicos del hombre como especie; al poder que actúa sobre la vida.

Todo campo de saber implica la constitución de relaciones de poder y viceversa; siguiendo lo expresado por Foucault, en relación a la norma, y en tanto es una necesidad del poder el control de los individuos pensamos el uso de psicofármacos como una técnica de intervención<sup>104</sup>, ligada a la patologización de las conductas infantiles y al etiquetamiento de los niños, que facilitaría el control social de los individuos.

Acordamos con Rodríguez Zoya cuando expresa que no es el poder de la medicina asociado, desde siempre, al saber médico lo que debiera llamar nuestra atención; sino el uso que de ella se hace, la forma imperialista que asumen sus prácticas y los efectos de dominio que las mismas genera (Rodríguez Zoya, 2010).

La medicina tiene la autoridad de etiquetar ciertas manifestaciones *de un niño* como una “enfermedad legítima” y también declarar a una persona como enfermo aunque ésta no manifieste queja alguna; el médico decide quién está enfermo y qué es un síntoma (I. Illich citado en N. Braunstein, 2013, p.38) y cuál es el modo más conveniente de intervenir.

Con el fin de aliviar el sufrimiento y malestar, en los últimos años, se produjo un creciente aumento en la prescripción de psicofármacos como recurso para abordar situaciones de la vida cotidiana. Sin duda esta situación tiene una relación estrecha con la ampliación de los límites al definir circunstancias de la vida como enfermedades o problemas médicos.

Como expresan Benesayag, M. y Schmit, G (2010)<sup>105</sup> entendemos que “(...) no se trata de refutar la prescripción y el uso de medicamentos, que son de gran utilidad para numerosas personas, sino de criticar la extensión de sus prescripciones y su sobre-consumo”.

La indicación de psicofármacos en niños puede estar justificada criteriosamente; en este caso no se implementa como un abordaje único sino que es parte de una estrategia en la que se consideran todos los aspectos de la vida del pequeño y se interrogan los por qué, se escucha aquello que dice el sujeto en su síntoma y no simplemente se prescribe un medicamento. Diferente a cuando los médicos imponen sus saberes y prácticas, deciden qué conductas

---

<sup>104</sup> Característica de ésta época y resultado del saber médico.

<sup>105</sup> En Novedades educativas. N° 268. p. 49. 2013.

deben ser diagnosticadas y medicadas en los niños, y los manuales diagnósticos “oficializan” estos modos de proceder y de esta forma se legitima el uso extendido de psicofármacos en conductas que podrían ser esperables.

Al momento de indagar los por qué, de los procesos mencionados, no se pueden desconocer los vínculos entre la economía y la medicina que transforman a la salud en un objeto de consumo. Si bien los médicos tienen un rol activo en el establecimiento, mantenimiento y proliferación de criterios diagnósticos, como también en el creciente aumento del uso de psicofármacos; no se puede dejar de considerar el rol la industria farmacéutica, movida por el propósito de ampliar el mercado para sus productos.

Foucault (en Arizaga, C. 2008) ubica la rentabilidad económica, derivada de la salud y la enfermedad, en las grandes empresas farmacéuticas; los médicos obtienen beneficios marginales en comparación a estas empresas.

Una concepción economicista, donde solo existe el mercado y todos los medios valen para imponer sus fines es la que orienta las políticas de la industria farmacéutica. Según Expresa Philippe Pignarre<sup>106</sup> en Carpintero, Enrique (2011)

Para los países occidentales, y sobre todo para los Estados Unidos, la industria farmacéutica es la joya de la corona. Es, de lejos, su industria más rentable: los márgenes brutos giran en torno al 70% y hasta el 90% y, según los expertos, su tasa de ganancias promedio es la más elevada de todas: alcanza el 18,6%, contra el 15,8% de los bancos comerciales, que aparecen en segunda posición, por delante de índices mucha más bajos para los demás sectores de la industria (p.69).

Con el fin de introducir nuevos fármacos y extender su uso, la industria farmacéutica implementa diferentes estrategias; los psicofármacos se proponen, desde los laboratorios, como solución excluyente más que como recurso válido.

---

<sup>106</sup> Profesor en la universidad de Paris, durante diecisiete años tuvo cargos directivos en la industria farmacéutica. Autor del libro “El Gran Secreto de la Industria Farmacéutica”.

Pavlovsky, Federico (2011, p.167) reflexiona sobre el tema, relatando situaciones en primera persona, y declara que los laboratorios no solo brindan a los profesionales lapiceras, cuadernos, recetarios y muestras gratis<sup>107</sup>; sus obsequios también incluyen viajes a congresos<sup>108</sup>, con traslados, alojamiento, desayunos, almuerzos y cenas, viajes y becas para cursos formativos, textos de la especialidad que a menudo son inaccesibles para la mayoría de los médicos.

El Dr. Raúl Mejía<sup>109</sup> expresa que el principal objetivo de darle un regalo a un médico es establecer en el receptor un sentimiento de reciprocidad; independiente del costo del regalo, ya que, aunque sean de costo mínimo como lapiceras o anotadores, genera la necesidad de dar algo a cambio. Habitualmente la retribución es escuchar el mensaje del agente de propaganda médica<sup>110</sup> y *prescribir el producto* que promociona.

Diferentes autores, como Marcia Angell (2006, p.151)), Federico Pavlovsky (2011, p.170), Cecilia Arizaga y otros (2008, p.222), refieren el hecho de que los laboratorios compran<sup>111</sup> a las farmacias y a las obras sociales sus registros y confeccionan una “auditoría” con la que realizan un diagnóstico de cuánto y qué receta cada médico.

En Argentina existen empresas que se encargan de realizar dicho seguimiento y venden la información a los laboratorios (Cecilia Arizaga y otros, 2008).

Los agentes de propaganda médica utilizan estos “perfiles médicos” para, al momento de visitar a los profesionales, saber con exactitud qué prescriben y de

---

<sup>107</sup> La muestra gratis es uno de los obsequios más frecuentes que reciben los médicos; muchos profesionales utilizan las muestras con el fin de evitarle gastos al paciente, pero al tratarse, por lo general, de fármacos nuevos y más caros que otros de igual eficacia, terminan introduciendo drogas que eleva los costos que afrontará el paciente. Pavlovsky, F (2011, p.175).

<sup>108</sup> En relación a los distintos congresos de psiquiatría argentinos, un porcentaje mayor al 80% de los inscriptos son becados por los laboratorios. Pavlovsky, F (2011, p.168).

<sup>109</sup> Jefe del Servicio de Medicina Interna del Hospital de Clínicas de José de San Martín, Buenos Aires. Citado en Pavlovsky, F. (2011, p. 167).

<sup>110</sup> Diferentes autores llaman de este modo al comúnmente nombrado visitador médico.

<sup>111</sup> Vale aclarar que esto viola las leyes de privacidad vigentes.

este modo adaptar su discurso de ventas y utilizar cada minuto con eficiencia para convencerlos de prescribir el fármaco que ellos promocionan.

Rodríguez Zoya (2010) en relación a lo descripto, expresa que

Las industrias farmacéuticas se han alejado progresivamente de su original finalidad de producción de medicamentos y, simultáneamente, han desplegado una ingeniería de marketing farmacéutico y propaganda médica que supone un poderoso aparato ideológico de formación de competencias médico-profesionales y comercialización de fármacos.

Los laboratorios, con el fin de expandir el mercado, no solo establecen vínculos con los profesionales de la salud sino que también crean y financian asociaciones e instituciones que reúnen pacientes o familiares; si bien estas asociaciones no develan el origen de sus fondos, un estudio británico muestra que dos tercios de las mismas aceptan apoyo de la industria farmacéutica. La *“Children and Adults with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder”*, es una de las pocas asociaciones que revela este dato, recibe de la industria una quinta parte de sus ingresos totales; es importante agregar que esta asociación es un actor relevante en la discusión diagnóstica y de tratamiento en relación al déficit de atención (Arizaga, C. y otros. p.218).

En el año 2003, denuncia un estudio publicado en *“Psychotherapy and Psychosomatics”* (en Carpintero, E. 2011, p.56), que la industria farmacéutica le pago a la revista de la Asociación Psiquiátrica Americana 7,5 millones de dólares en concepto de publicidad, en 2004 se incrementó un 22% y el pago fue de 9,1 millones de dólares.

El estudio citado, reveló también la relación entre los laboratorios y el DSM; menciona que más de la mitad de los 170 miembros del panel de responsables del DSM IV tenían nexos financieros ocultos con los laboratorios, el 100% de los *expertos* del panel sobre trastornos de la personalidad tenían vínculos económicos con la industria farmacéutica. Según dicho estudio, los trastornos de la personalidad que incluyen depresión, trastorno bipolar y esquizofrenia, son tratados con antidepresivos y neurolépticos cuya venta ascendió, sólo en EEUU en el año 2004, a 34 mil millones de dólares.

Lo dicho nos lleva a ampliar aquello que se interroga Federico Pavlovsky<sup>112</sup> y preguntarnos ¿Estos hechos inciden en el aumento, del que dan cuenta diferentes estudios, en la prescripción de psicofármacos?

En relación a las problemáticas de la infancia comenta Frances Allen<sup>113</sup>, en una entrevista<sup>114</sup> del 14 de Septiembre de 2014, que desde la inclusión del trastorno de déficit de atención e hiperactividad en el DSM<sup>115</sup> la incidencia de esta enfermedad en EEUU, se ha triplicado; gran parte del incremento de casos es resultado de falsos positivos “(...) en niños a los que les iría mucho mejor sin ser diagnosticados”<sup>116</sup>.

Vemos entonces que, el DSM oficializa diagnósticos que se realizan en base a observaciones o cuestionarios regidos por un criterio de normalidad que desconoce la incidencia del contexto y los vínculos. Se atribuyen causas orgánicas a los comportamientos de los niños; de este modo, aparece la respuesta de la medicación como “milagrosa”, rápida y eficaz y se legitima su uso como principal elección de tratamiento.

Diferentes autores expresan que el TDA/H es una descripción de conductas; Enrique Carpintero (2011) agrega que no existen pruebas de que los niveles de serotonina, dopamina o noradrenalina<sup>117</sup> tengan relación con

---

<sup>112</sup> “(...) si para viajar al próximo congreso de psiquiatría en los Estados Unidos, en el año 2012, tengo que recetar anualmente 200 antidepresivos de X marca ¿Eso va a incidir en mi prescripción?”. Pavlovsky, Federico (2011, p. 173).

<sup>113</sup> Psiquiatra, autor de ¿Somos todos enfermos mentales? Coordinó el grupo de trabajo encargado de la revisión del DSM IV y en la actualidad denuncia los excesos del DSM V.

<sup>114</sup> Publicada en “El Mundo”. [www.elmundo.es/salud/2014/09/14/54133868ca474128048b4570.html](http://www.elmundo.es/salud/2014/09/14/54133868ca474128048b4570.html)

<sup>115</sup> TDA/H son sus siglas en castellano y en inglés se abrevia ADHD. El DSM III lo denominó “síndrome de déficit de atención” y en la revisión de 1987 –DSM III R- se enunció como “déficit de la atención e hiperactividad”. Arizaga, C. y otros (2008, p.53). En el anexo se incluyen los criterios del DSM IV para el diagnóstico de TDAH.

<sup>116</sup> En la actualidad, también, se observa la proliferación de otros diagnósticos como depresión infantil, trastorno generalizado del desarrollo (TGD), trastorno de espectro autista (TEA) -no solo de TDA/H-; para estos “cuadros”, al igual que para el TDA/H, también se considera la opción del uso de medicación como estrategia terapéutica privilegiada. Arizaga, Cecilia y otros (2011, p.265).

<sup>117</sup> Llamados neurotransmisores o agentes químicos el cerebro.

aquéllas, ni tampoco que el metilfenidato<sup>118</sup>, una de las posibles estrategias terapéuticas para abordar el TDA/H, las mejore.

Notamos que el aumento en el número de diagnósticos de TDA/H es paralelo al incremento de la venta y consumo de metilfenidato. Interpretamos que ambas situaciones son impulsadas o favorecidas por la industria farmacéutica por medio, entre otras, de las estrategias detalladas, e ignorando los posibles riesgos del uso de psicofármacos en niños.

En el año 1998 la JIFE<sup>119</sup> llamó “a todos los gobiernos para que ejerzan una estricta vigilancia con miras a impedir el excesivo diagnóstico de trastornos de la concentración (ADD)<sup>120</sup> en niños y el tratamiento médicamente injustificado con metilfenidato y otros estimulantes”, dada su preocupación por la prescripción de esta droga sin tener en cuenta el riesgo inherente de uso indebido y narcodependencia (XXXVII Reunión Ordinaria del SGT N° 11 “Salud”. Uruguay. 2011).

Hay estudios que indican que el metilfenidato podría causar la muerte súbita del niño. En el prospecto de esta droga se mencionan, entre otros efectos secundarios, insomnio, palpitaciones, alteraciones de la presión arterial, también se indica que no debe ser administrado a menores de seis años y se advierte que su uso puede generar dependencia de tipo anfetamínico. Robert Whitaker (en Infocop Online. 2012), explica que el consumo habitual de psicofármacos hace que el cerebro comience a funcionar de modo, cualitativa y cuantitativamente, diferente a su estado normal.

Sin posibilidad de realizar un análisis exhaustivo, nos resulta importante aludir a otro de los procedimientos de marketing, dirigido a profesionales de la salud y al público en general, que utilizan los laboratorios; se trata de las publicidades a través de los medios de comunicación masiva. Nos interesa resaltar que por medio de estas se “construye” una mirada particular sobre un

---

<sup>118</sup> Es un estimulante del sistema nervioso central con propiedades farmacológicas similares a las anfetaminas. Es uno de los psicofármacos más utilizados con niños, luego se encuentra la atomoxetina. Hay casos, más puntuales, en la que se administran neurolépticos y antidepresivos en niños con diagnóstico de TDA/H. Arizaga, Cecilia y otros (2011, p.265).

<sup>119</sup> Junta Internacional de fiscalización de estupefacientes.

<sup>120</sup> Siglas en inglés de trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

tema, como por ejemplo el TDA/H, con el objetivo de moldear la opinión pública para facilitar la introducción de un producto, en este caso un psicofármaco, lo que llevaría al principal objetivo de maximizar las ventas de dicho producto.

Nos parece interesante mencionar un aviso (en Janin, B. y otros. 2013) de uno de los laboratorios que comercializa metilfenidato:

“Laura, 12 años: era excelente alumna, tranquila, buena conducta. Introvertida, triste, tendencia a aislarse, trastornos alimentarios, obesidad, inestabilidad emocional, baja tolerancia a la frustración. ¿Pensó alguien que podía tener TDA/H?”

“Laura, a los 38 años: abogada en el estudio familiar, marido controlador. Maltrato Psicológico. Depresiva; varios intentos de suicidio, adicta a los psicofármacos. ¿Sabías que TDA/H en niñas es diferente al de varones?”

**“El tratamiento permite una vida más feliz y productiva”**

(Promete la propaganda)

A lo dicho en relación a las causas de la proliferación del uso de psicofármacos, como estrategia de intervención en las problemáticas de la niñez, añadimos que los profesionales de la salud en el subsector público se encuentran con “(...) hospitales desmantelados y sobrepasados en su capacidad de acción, consultas demoradas y con tiempos acotados, esto a veces facilita la elección de un fármaco antes que la consulta periódica y el seguimiento día a día” (Arizaga, C y otros. 2008). Así mismo, y acorde a las particularidades de esta época, consideramos que la falta de tiempo de los padres que consultan, las exigencias de celeridad y rendimiento para resolver en el tiempo más corto el problema del niño, sumado a *profesionales* sobreocupados que brindan prestaciones médicas breves y *sin tiempo* para escuchar la totalidad de lo que le pasa al niño y a su entorno, ubicaría al fármaco en el lugar de recurso, rápido, ejecutivo y aliviador (Arizaga, C. y otros. 2008).

Como corolario de lo expresado entendemos que el contexto en el que los profesionales realizan su práctica agrega una serie de circunstancias que no

pueden dejar de considerarse al momento de pensar las intervenciones implementadas por ellos.

Respecto a los posibles modos de intervención, en esta época que se espera que los niños sean “productivos” y se buscan resultados a corto plazo, subrayamos la importancia de “(...) Gestar una ética en la que haya posibilidad de evitar que la demanda de eficiencia arrase con el deseo de eficacia” (Juan Vasen 2005); y añadimos que “(...) Debido a esta era tecnológica esta cosa simple es lo más difícil de hacer. Sentarse, entender al niño, resistirse a alcanzar un rápido objetivo” (Wakerfield y Saggard. En Vasen, J. 2005).

*Comprender...* que cada niño sufre a su manera, de un modo singular y único, que las mismas conductas son causadas por razones diferentes que nos singularizan como sujetos, que no se trata de síntomas y síndromes que deben clasificarse y suprimirse para cumplir con determinados modelos sociales. Como mencionábamos anteriormente, el sufrimiento psíquico no se puede ni se deja clasificar.

En Inhibición, síntoma y angustia Freud (1992 [1926]) expresa que “El caso ideal, que probablemente los médicos sigan añorando todavía hoy, sería (...) la presentación de sustancias químicas cuya administración produjera o cancelara determinadas neurosis. Pero no parece probable que puedan obtenerse tales soluciones del problema”.

Entonces, es fundamental sobre todo con niños que se encuentran en momentos de constitución de su psiquismo, propiciar modos de intervenir que apunten a transformar y subjetivar, que eviten transformar al niño-*sujeto* en un simple *objeto* de nuestra práctica, intervenciones que favorezcan el desarrollo del niño y propicien movimientos constitutivos en él.

El psicoanálisis propone pensar cada problemática más allá de cualquier referencia a la norma y al conocimiento general sobre situaciones clínicas parecidas, dando lugar a una *escucha singular* ante el *sufrimiento psíquico de cada individuo*; sin depender de los intereses y de la autoridad del mercado económico que, en la actualidad, parecieran regir las propuestas que reducen la complejidad de las problemáticas infantiles a un cuadro descriptivo.

Es importante destacar que el avance de las neurociencias es muy valioso para la detección de fallas orgánicas; pero poco aportan respecto a cómo se debe proceder para que un individuo llegue a convertirse en un sujeto

responsable de sus actos. Juan Vasen (2005) menciona que el psicoanálisis es un saber que lleva al sujeto a interesarse legítimamente por su *propia* huella en el objeto y viceversa.

Cerramos este capítulo con las palabras del Dr. Eric Kandel (en Hartmann, A. 2009), premio Nobel en el año 2000 por sus descubrimientos en el campo de la neurociencia en relación a los procesos de memoria y aprendizaje

A menudo me preguntan si el análisis fue una ayuda para mí. No tengo la menor duda al respecto: me permitió contemplar de otra manera mis propias acciones y las de los demás (...) Con el *psicoanálisis*, comencé a *comprender* algunas *motivaciones* inconscientes *de mis acciones*, de las que antes no tenía noticias (p.352).

# CONCLUSIÓN

Patologización de la Infancia

## CONCLUSIÓN

### Patologización de la infancia

Voy a dejar entonces por un momento la cuestión de los niños que no tienen acceso a la escolaridad, que están subalimentados, que padecen enfermedades endémicas de la miseria, y que, lamentablemente, abarcan hoy una franja importante de nuestra población, para hablar de los niños que sí tienen acceso a la cultura, que tienen acceso no solo a una alimentación sino a una alimentación planeada bajo normas nutricionales, y que sin embargo están siendo víctimas de algo que podemos denominar el despojo de la infancia o el fin de la infancia.

(Silvia Bleichmar en Dueñas, G. y otros 2009).

A lo largo de este trabajo nos propusimos indagar la patologización de la conducta infantil y el uso de psicofármacos como estrategia de intervención en el trabajo con niños. Esta temática nos genera interés, principalmente porque pensamos que en la actualidad ambas situaciones tienden a ir en aumento y se naturalizan perdiendo de vista la complejidad y relevancia de este tiempo en la vida de un individuo.

Procuramos realizar un recorrido histórico interpretando que las situaciones presentes pueden comenzar a comprenderse en sus orígenes. En la lectura de los textos de Ariès pudimos vislumbrar cómo las transformaciones en relación a la categoría de infancia, al modo de pensar la niñez, se articulan a las transformaciones de la sociedad como un todo.

Señalamos, siguiendo los planteos de Foucault, que la relación de la psiquiatría con la niñez es por medio de la categoría del *niño idiota*; de este modo, dicha disciplina adquiere el poder de definir quién es anormal e instrumentar los medios para corregirlo.

En relación a lo expresado, hicimos referencia al concepto de medicalización<sup>121</sup> para definir el proceso mediante el cual el saber y la práctica médica incorporan áreas de la vida que anteriormente no se consideraban entidades médicas. Señalamos que el origen del proceso de medicalización se liga con la regulación de los cuerpos y las vidas que pretenden los estados modernos y capitalistas.

En torno a este concepto una serie de procesos y conductas esperables, no exclusivas de la infancia, se definen como patológicas; el cansancio, la timidez, el envejecimiento, la sexualidad, etc. pueden ser diagnosticados como enfermedad.

A lo largo del trabajo, ligamos el uso creciente de medicación, como estrategia de intervención, a los procesos mencionados de medicalización y patologización; y nos propusimos indagar estas cuestiones con el objetivo de reflexionar en torno a la importancia de reconocer al niño como un sujeto en transformación, como así también subrayar los riesgos del uso indiscriminado de psicofármacos en niños.

Para aproximarnos al modo en que nuestra disciplina se acerca e interesa por la infancia, recorrimos el tiempo en que se comienza a tomar conciencia de la existencia del niño y se lo individualiza del adulto<sup>122</sup>.

El niño comienza a ser objeto de atención como tal y en torno a él se articulan diferentes campos del saber como la pedagogía, la criminología, la psiquiatría, para llegar a los planteos del psicoanálisis en el siglo XX.

El psicoanálisis introduce una mirada diferente. Desde esta perspectiva se busca *comprender* la problemática, considerando las conflictivas y defensas en juego, teniendo en cuenta la historia, el entorno, y los vínculos que nos determinan y constituyen como sujetos singulares.

En el capítulo II nos acercamos al niño como objeto de estudio del psicoanálisis, comenzando con la primera experiencia que Freud inaugura con Hans. La cuestión que se planteó fue la posibilidad del tratamiento

---

<sup>121</sup> Abordado por diferentes autores, desde distintas disciplinas como medicina, psicología, antropología, sociología, etc.

<sup>122</sup> Definiendo el concepto de Ariès (1987, [1960]) de *Sentimiento de infancia*.

psicoanalítico con niños y la especificidad o no de la técnica en relación a la infancia.

El trabajo con Hans le permite a Freud corroborar la existencia en la infancia de aquello que supone por el trabajo con adultos: la sexualidad infantil. Recordamos que anteriormente en “Tres ensayos de teoría sexual” (1992, [1905]), había señalado la relevancia de ésta en la constitución del sujeto, en la causación de la neurosis de angustia y de la psiconeurosis; de este modo, amplía la concepción de la sexualidad más allá de su función reproductiva.

Esto nos llevó al concepto de pulsión, fundamental dentro de la teoría psicoanalítica, a partir del cual se va a definir el origen de lo puramente humano; dentro de este cuerpo teórico, se va a aludir a la pulsión para explicar la constitución de la subjetividad.

Freud en “De la historia de una neurosis infantil” (1992, [1918, {1914}]) va a mencionar el valor teórico del tratamiento con niños, para comprender las neurosis de los adultos.

Sin embargo, respecto a la posibilidad de un psicoanálisis con niños resalta su imposibilidad; la transferencia es un recurso imprescindible del tratamiento psicoanalítico y al permanecer la libido objetal adherida a los padres no sería posible que dicha libido se dirija al analista, convirtiéndose entonces en un obstáculo insalvable.

Va a pasar un tiempo, luego del trabajo de Freud con Hans, hasta la aparición de los desarrollos de Melanie Klein y Anna Freud en el campo de la infancia; sus trabajos van a representar dos modos de pensar y definir la clínica con niños dentro del psicoanálisis.

Melanie Klein realizó importantes aportes teóricos, alejándose de S. Freud en algunos puntos. Lo original en el trabajo de M. Klein está en que sus desarrollos surgen de su práctica clínica y de los problemas que ésta le presentaba.

Entre otros puntos, se aleja del modo en que S. Freud concibió el Superyo y a partir del análisis de niños, analizando la transferencia negativa y positiva, enuncia ideas singulares en relación a dicho concepto; estas elaboraciones definen su técnica.

Para esta autora el núcleo del Superyo lo forman el pecho bueno internalizado y el pecho malo devorador; de este modo, vimos que los objetos

introyectados no son equiparables a los objetos reales y advertimos la importancia, fundamental, que adquiere la actividad imaginaria inconciente en sus desarrollos teóricos.

M. Klein considera que las fantasías originarias afectan a todos los niños y limitan sus capacidades afectivas e intelectuales, por lo que estima que la educación es posterior al análisis de éstas. El analista por medio de la interpretación intentará dar significación<sup>123</sup> a las fantasías y a los mecanismos de defensa que el niño instrumenta para evitar la angustia que aquellas le provocan; de esta forma, en un intento de producir la puesta en marcha del mundo imaginario del pequeño, M. Klein va a resaltar la significación del análisis puro sin ninguna contaminación con medidas educativas.

Destacamos la importancia que le otorga al juego, en tanto lo considera una dimensión de lenguaje posible en el niño, lo concibe como equivalente a la asociación libre en el adulto.

Como expresamos anteriormente, encontramos otra línea en torno al modo de pensar y definir la clínica con niños dentro del psicoanálisis encabezada por Anna Freud. Al mencionar a estas autoras nos referimos a la idea radicalmente diferente que sostienen en torno a la transferencia; esto nos permitiría interpretar la discrepancia entre ambas respecto a la posibilidad del análisis de niños.

Indicábamos que con el concepto de transferencia M. Klein se referiría a un desplazamiento de afecto sobre el analista, mientras que para A. Freud dicho desplazamiento no sería suficiente para hablar de *transferencia analítica*, en el sentido de una neurosis de transferencia, necesaria para poder hablar de análisis. Para A. Freud ésta última es la que faltaría en los niños, lo que se explicaría por la existencia de los padres en la realidad; debido a que experimentan en la actualidad las vivencias, en el análisis de niños se haría imposible *reeditar* los vínculos con ellos.

Para A. Freud el niño seguiría líneas de desarrollo, con modalidades de expresión de la sexualidad característica y ansiedades específicas de cada fase. En correspondencia con lo dicho subrayamos que, para esta autora, los

---

<sup>123</sup> Es decir una inscripción posible, una puesta en palabras familiares para el niño (Alicia Hartmann. 2009).

conceptos de inmadurez y dependencia van a caracterizar la infancia; el niño se encuentra en un tiempo de maduración y desarrollo gradual del Ello, Yo y Superyo. En un período de estructuración psíquica.

Influenciada en su pensamiento por la Psicología del Yo, se aleja del *psicoanálisis puro*<sup>124</sup> al afirmar que el analista tiene la función no solo de analizar sino también, de educar. La labor analítica debe incluir una acción pedagógica tanto con el niño como con sus padres; esto último, dado que los pequeños se encuentran expuestos a la influencia cotidiana del vínculo con aquellos.

Pensar la clínica en relación a la realidad que vive el niño, es una cuestión que también Winnicott tomará en consideración; éste le va a otorgar un papel fundamental al ambiente, tanto en el desarrollo del psiquismo como en la producción de patologías en la infancia.

El papel de la madre, la existencia de suficientes oportunidades de ilusión que permitan la posterior desilusión, se torna primordial para la transición del bebé de un estado de *fusión* con ella a uno de *relación* como algo exterior; en correspondencia con esta situación también va a entender el plano patológico.

Conectar al niño con el punto de la vida fantasmática en el que se sostiene el síntoma, que éste disponga de nuevos recursos para enfrentar sus conflictos, es donde radica el interés de la clínica de Winnicott.

Este autor no contaba con una técnica específica y uniforme, lo que le va a permitir *considerar cada situación particular e interrogar la posición del analista*. Subrayamos la relevancia de este punto, al favorecer la *escucha singular y sensible* de la problemática de ese niño. En concordancia con lo expresado, el analista debe apartarse de un lugar de presunto saber y desde un estado de disponibilidad descubrir las necesidades del paciente.

Los aportes del psicoanálisis Francés en relación a la infancia son fundamentales; desde la orientación lacaniana se plantea que no hay un psicoanálisis de niños como método sino una *demanda de trabajo analítico sobre un sujeto*.

Lacan va a entender al niño como un *sujeto* y para dar cuenta de este concepto utilizará la noción de estructura; con este término va a referirse al

---

<sup>124</sup> Psicoanálisis tradicional.

conjunto de relaciones afectivas entre los miembros de una familia y a la representación interna que cada sujeto tiene de ellas. Es en relación a lo dicho que Lacan expone su concepción relacional de la psique.

Para este autor la *estructura* paradigmática es el lenguaje, sus características son las de un sistema cuyas unidades<sup>125</sup> se constituyen en virtud de sus diferencias y estas interactúan de acuerdo a la posición que ocupan (función) en la estructura. En estos términos Lacan va a explicar las categorías nosográficas que conocemos<sup>126</sup>, en tanto constituyen las posiciones posibles del sujeto en relación al Otro<sup>127</sup>.

Entonces, va a pensar el síntoma en el niño ya no como un conflicto intrapsíquico sino en torno a lo que sucede entre él y sus padres, a los que define desde el lugar que ocupan en la estructura. En Nota sobre el niño (1983, [1969]) se indican dos ubicaciones posibles del pequeño, como síntoma de la pareja parental y como objeto del fantasma materno. En relación a éstas se distinguen los casos más abiertos a las intervenciones psicoanalíticas.

El pensamiento de Lacan va a influenciar, entre otros, a Françoise Dolto y Maud Mannoni, que comienzan el psicoanálisis lacaniano de niños en Francia. Los desarrollos más importantes de éste son de mitad del siglo pasado y aun persisten con una impronta freudiana. Ambas trabajaron en instituciones públicas y con pacientes graves (niños psicóticos).

Dolto va a desarrollar los conceptos de imagen inconciente del cuerpo y el de castraciones simbolígenas, ambos términos van a tener efecto en su modo de comprender la clínica psicoanalítica. En estas nociones se puede leer la importancia que le otorga a la *función* de los padres, ella hace referencia a una

---

<sup>125</sup> Para Lacan, la unidad básica del lenguaje es el significante. Lo entiende como un sistema de significantes y no de signos como Saussure.

<sup>126</sup> Neurosis, perversión, psicosis.

<sup>127</sup> Lacan distingue al “gran Otro” (A) y el “pequeño otro” (a); diferencia que considera fundamental en la práctica analítica, el analista debe poder situarse en el lugar del Otro. En primer término, debe considerarse al Otro un lugar en el que la palabra se constituye y secundariamente es posible hablar del Otro como un sujeto *-que ocupa esa posición para otro sujeto-*. En un primer momento es la *madre* la que “encarna” al *Otro* para el niño; designando la alteridad radical, lo inasimilable de la singularidad de otro sujeto. Lacan equipara dicha alteridad con el lenguaje y la ley, inscribiendo al Otro en el orden simbólico.

estructura ternaria madre-padre-hijo<sup>128</sup>, en la humanización y estructuración del sujeto. En la misma línea que Winnicott, supone que más temprano se produce la posibilidad de una falla, ambiental o relacional, más grave será la patología.

Su clínica se basó, siguiendo a Lacan, en el *reconocimiento del otro como sujeto*. En relación a lo expresado, encontramos el énfasis que otorga a la capacidad de escucha<sup>129</sup>, por parte del analista, del discurso infantil, pudiendo acceder al indagar el universo simbólico de cada niño a la trama familiar. Dolto entiende que el *lenguaje* organiza la personalidad y cuando no está, habla la conducta; entonces el propósito, en el trabajo clínico, es *posibilitar el encuentro del sujeto con su verdad y abrir las vías simbolizantes* donde la castración no produjo sus efectos.

Al igual que Dolto, para M. Mannoni el campo sobre el que opera el analista es el del lenguaje. Su trabajo apuntó a la escucha, no solo del niño sino también de la familia, al entender que es fundamental el lugar que ocupa el pequeño en el deseo y la fantasía de sus padres. Es relevante el trabajo con ellos para que puedan poner en palabras lo no dicho respecto a la historia familiar. *El síntoma del niño se ubica en el lugar de la palabra faltante*.

Al realizar este recorrido en torno a los diferentes aportes teóricos del psicoanálisis pretendimos: a) Pensar el por qué de la relevancia, en la clínica con niños, de la *escucha singular* por sobre cualquier técnica que tienda a homogeneizar un posible sufrimiento psíquico, b) Destacar la importancia de *comprender* las problemáticas de la infancia reconociendo al niño como un sujeto que se constituye como tal siendo parte de una estructura, c) Señalar que la *infancia es un tiempo de constitución*, y por esta razón una época de movimientos y cambios d) Subrayar el *papel del contexto socio-histórico* en la estructuración psíquica y en el modo de pensar las posibles patologías de la niñez, entre otras cuestiones que caracterizan a este modelo teórico más allá de las particularidades que encontramos en cada autor.

---

<sup>128</sup> Señala que la madre es la encargada de satisfacer las necesidades y el padre, al introducir la Ley, posibilita los intercambios.

<sup>129</sup> La capacidad de escucha a la que se refiere Dolto se relaciona con no omitir nada, expresiones, gestos, miradas, lapsus, dibujos.

Inmediatamente nos interrogamos el por qué de dicha pretensión y nos referimos a la diferencia entre esta mirada o forma de entender al niño, a las posibles problemáticas de la infancia y al modo de concebir el consecuente tratamiento de éstas, y aquella sostenida por el llamado modelo médico.

Desde este modelo se entiende el desarrollo humano en referencia a cambios cuantitativos y de maduración neurobiológica. El proceso madurativo infantil se caracteriza por la transformación progresiva de funciones importantes como el lenguaje, el control en la postura, la autonomía en el desplazamiento, entre otras. En correspondencia con lo dicho se realiza la distinción entre lo normal-anormal; ésto muestra la asimetría en la relación entre el paciente y el médico ya que el especialista es el que posee el saber sobre aquello que le pasa al individuo.

Entonces, cobra un papel fundamental el reconocimiento de signos y observables que aludirían a un cuadro, trastorno o enfermedad específica. Apoyando esta concepción citábamos a la CIE y al DSM, que intentan homogeneizar y clasificar una cantidad de conductas y procesos en función de signos y síntomas comunes y observables; de esta forma, se desconoce que todo individuo es un entramado subjetivo producto de sus vínculos libidinales, del momento histórico y el contexto en el que habita, produciendo un estrechamiento en la posibilidad de *entender* el padecimiento subjetivo.

Desde el psicoanálisis, concepción que compartimos, es esencial pensar la constitución psíquica como un recorrido que el niño debe realizar para constituirse como sujeto; todo individuo debe transitar movimientos, complejos, conflictivos que rescatan la complejidad inherente a lo humano.

Entonces, siguiendo lo que expresa A. Hartmann (2009), en la clínica con niños *el diagnóstico es una pregunta abierta a definir*, no se debiera obturar la posibilidad de que el niño pueda decir acerca de su padecimiento con diagnósticos cerrados.

Lo dicho nos alejó de pensar las dificultades infantiles como cuadros fijos, que hablarían de un sujeto acabado y de la imposibilidad de realizar *intervenciones que propicien movimientos* constitutivos del psiquismo.

A lo largo de la tesis mencionamos el *uso creciente de psicofármacos* como una estrategia de intervención, en el campo de las problemáticas de la niñez, identificada fundamentalmente con el modelo médico, y vinculamos dicha

situación con la actualidad del proceso de *patologización de la conducta infantil*. Llegamos así al concepto de *medicalización* que nos permitió vislumbrar cómo el discurso médico atraviesa todos los acontecimientos vitales, como el nacer, el crecimiento, la educación, el amor, etc.

En el capítulo V mencionamos que las cuestiones planteadas se interpretan desde diferentes perspectivas: a) Haciendo referencia a las características de la sociedad en la que vivimos y en relación a ésta a las “características de los niños que pretendemos”, b) Se alude a la necesidad de control social que tiene el poder, y que el saber y la práctica médica permitirían por medio de los procesos de patologización y medicalización, c) también se mencionan, para dar cuenta de estos procesos, los grandes beneficios económicos que le generan a la industria farmacéutica.

Consideramos que todos estos argumentos confluyen e impulsan la patologización de la conducta infantil y el uso de medicación como estrategia privilegiada de intervención. Con esta práctica, se acalla el síntoma y el entorno se tranquiliza al ponerle un “nombre” a lo que le sucede al niño, pero se desoye el riesgo físico que podría ocasionarle el uso de psicofármacos, se eluden las vicisitudes propias de los tiempos de constitución psíquica y se *silencia la conflictiva del síntoma* que presenta el pequeño.

El sufrimiento infantil no debe ser nombrado, clasificado y explicado aludiendo a la ausencia o presencia excesiva de un neurotransmisor, cuya discrepancia puede ser suplida por un psicofármaco. *La biología no determina de modo absoluto lo humano* sino que es ella misma una dimensión sobredeterminada.

La infancia es un momento de movimientos y cambios que deben ser respetados, necesita tiempo para desplegarse y sus múltiples determinaciones deben ser oídas. Lo dicho implica concebir y pensar al *niño como sujeto*, intentando comprender la complejidad de la vida psíquica.

En consecuencia, las problemáticas infantiles deben ser *escuchadas*, no acalladas con medicación o certezas médicas que desconocen al pequeño como sujeto singular, inmerso en un contexto, familiar y social particular, con una historia y vínculos que se combinan y lo constituyen como tal.

Dice Santiago Kovadloff (en Vasen, Juan. 2011) “Pascal nos enseñó que el corazón tiene razones que la razón desconoce. Freud lo hizo también. Y en

días muy cercanos, ese gran físico inglés que fue sir Eddington nos recordó, con exquisito humor, que cualquiera de sus colegas sabe que su mujer *no es más que un conjunto de átomos y células*. `Ahora bien –advirtió-, *si la trata así, la pierde`*”.

Concluimos que el trabajo analítico pretende oír, en cada consulta, la singularidad del padecimiento *humano*, y como consecuencia definir con cada paciente quién, cuándo y cómo intervenir; intentando *transformar la problemática que expresa el niño en pregunta*, soportando la ausencia de “verdades” y respuestas absolutas propias de lecturas reduccionistas.

Mercedes Minnicelli (2004) expresa que

Escuchar a los niños no es tarea fácil. Lo que tienen para decirnos nos interpela. Escucharlos es el primer paso a seguir si es que algo deseamos hacer en conjunto con ellos y no exclusivamente para ellos. Darles la palabra a los niños a fin de habilitar espacios de intercambio y dialogo con ellos hace *estallar las instituciones*<sup>130</sup>(contratapa).

Interrogar la infancia, interrogar al niño, interrogar la problemática que expresa, interrogar la práctica frente a cada sujeto. Desde nuestro lugar de estudiantes intentamos interrogar una práctica que, en la actualidad, creemos se naturaliza y conlleva a una situación que no debería desconocer aquello que oculta.

*“(...) Y cómo iba a sentir junto a los niños sus sencillas alegrías y sus candidos goces recordando su propia vida infantil”.*

Lewis Carroll (1965, [1980])

---

<sup>130</sup> Las cursivas son nuestras, al citar a M. Minnicelli con la expresión “*estallar las instituciones*” quisimos subrayar la importancia de interrogar aquello que se naturaliza e instituye como verdad.

REFERENCIAS

BIBLIOGRÁFICAS

## Referencias Bibliográficas

Arizaga, Cecilia y otros. (2008). La medicalización de la infancia. Niños, escuela y psicotrópicos. Argentina: SEDRONAR.

Bianco, A. C. (s/f). Constitución subjetiva. Recuperado de <http://www.ocw.unc.edu.ar/facultad-de-psicologia/Trastorno-por-deficit-de-atencion.-Un-diagnostico/actividades-y-materiales/modulo-1>

Bleichmar, S. (1984). En los orígenes del sujeto psíquico Del mito a la historia. Argentina: Amorrortu.

Braunstein, Néstor. (2013). Clasificar en psiquiatría. Argentina: siglo veintiuno.

Bruner, Norma. (2013 [2008]). Duelos en juego. Argentina: Letra Viva.

Carpintero, Enrique. (2011). La subjetividad asediada. Medicalización para domesticar al sujeto. Argentina: Topia.

Castoriadis-Aulagnier, P. (1997). La violencia de la interpretación. Argentina: Amorrortu.

Coriat, Elsa. (2006). El psicoanálisis en la clínica de niños pequeños con grandes problemas. Argentina: Lazos.

Cuadernillos de Psicopatología infantil. El pensamiento psicopatológico en las primeras analistas de niños: M. Klein, A. Freud. (2012). Modelos en Psicopatología. UNMDP.

Díaz Domínguez, I. (2010). Freud: Pulsiones y destinos de pulsiones. – Recuperado de

<http://www.scb-icf.net/nodus/contingut/arxiupdf.php?idarticle=377&rev=45>

Dolto, F. (1974 [1971]). Psicoanálisis y pediatría. Madrid: Siglo veintiuno.

Dueñas, G (comp.). (2011). ¿Niños o síndromes?. Argentina: Noveduc.

Evans, D. (2007 [1996]). Diccionario introductorio de psicoanálisis lacaniano. Argentina: Paidós.

Fendrik, S. Psicoanalistas de niños la verdadera historia. Argentina: Letra Viva.

\_\_\_\_\_ Melanie Klein y Anna Freud. (2004). V. 1

\_\_\_\_\_ D. W. Winnicott y la Sociedad Británica. (2005). V. 2

Freud, A. (1970 [1927]). Psicoanálisis del niño. Argentina: Horne

Freud, Sigmund. Obras Completas. Argentina: Amorrortu.

\_\_\_\_\_ Tres ensayos de teoría sexual. (1992 [1905]), V. VII.

\_\_\_\_\_ Análisis de la fobia de un niño de cinco años. (2005 [1909]), V.

X.

\_\_\_\_\_ Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente. (1991 [1911-3]), V. XII.

\_\_\_\_\_ Introducción al Narcisismo. (1992 [1914-6]), V. XIV.

\_\_\_\_\_ Psicoanálisis y psiquiatría. (1991 [1916-7]), V. XVI.

\_\_\_\_\_ De la historia de una neurosis infantil. (1992 [1917-9]), V. XVII.

\_\_\_\_\_ La organización genital infantil. (1993 [1923]), V. XIX.

\_\_\_\_\_ Inhibición, síntoma y angustia (1992 [1926]), V. XX.

Foucault, Michel. (2012 [1973-4]). El poder psiquiátrico. Argentina. Fondo de Cultura Económica.

Foucault, Michel. (2000 [1974-5]). Los Anormales. Argentina. Fondo de Cultura Económica.

Hartmann, Alicia. (2009 [1993]). En busca del niño en la estructura. Argentina: Letra Viva.

Janin, B. (2007). El ADHD y los diagnósticos en la infancia: la complejidad de las determinaciones. Recuperado de

<http://www.forumadd.com.ar/documentos/t11.htm>

Janin, Beatriz. (2011). El sufrimiento psíquico en los niños. Argentina: Noveduc.

Janin, B. (2012). Una batalla cultural en el campo de la Salud Mental. Recuperado de

<http://www.topia.com.ar/autores/beatriz-janin>

Janin, B., Rojas, M.C., Benasayag, L., Naddeo, M.E. y otros. (2013). La patologización de la infancia. V. II. Argentina: Noveduc.

Jorge, Graciela (2013 [2005]). Psicofarmacología para psicólogos y psicoanalistas. Argentina: Letra Viva.

Klein, Melanie. (1991). Obras completas. Volumen 3. Envidia y gratitud. Barcelona: Paidós.

Lacan, Jacques. (1992 [1954-5]) Seminario 2: El Yo en la teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica. Argentina: Paidós.

Lacan, Jacques. (1957-1958). Seminario 5: Las formaciones del inconsciente. Ed. Paidós.

Lacan, Jacques. (1985 [1975]). Escritos 2. Argentina: Siglo veintiuno

Laplanche, Jean y Pontalis, Jean B. (1996 [1967]). Diccionario de Psicoanálisis. Argentina: Paidós.

Levin, E. Diagnosticar y dominar para etiquetar a un niño. Recuperado de  
[http://www.lainfancia.net/BIBLIOTECA/articulos\\_PDF/Diagnosticar%20y%20dominar%20para%20etiquetar%20a%20un%20nino.pdf](http://www.lainfancia.net/BIBLIOTECA/articulos_PDF/Diagnosticar%20y%20dominar%20para%20etiquetar%20a%20un%20nino.pdf)

Mannoni, M. (1987 [1967]). El niño, «su enfermedad» y los otros. Argentina: Nueva Visión.

Minnicelli, Mercedes. (2004). Infancias públicas. No hay Derecho. Argentina: Noveduc.

Noveduc (Ed.). (2013). Autismo, ADD, TGD, TOD, Bipolaridad. Novedades Educativas, N° 268.

Pavlovsky, Federico. (2011). La Tentación. En Te tengo bajo mi piel (pp. 167-175). Argentina: Topia.

Prates Pacheco, A. L. (2012). De la fantasía de infancia a lo infantil de la fantasía. Argentina: Letra Viva.

Reunión Ordinaria XXXVII del SGT N° 11 “Salud”. Uruguay. 2011. Recuperado de

[www.anmat.gov.ar/webanmat/mercosur/ACTA02-11/Agregados/AGREGADO XVII PSICOTROPICOS Y ESTUPEFACIENTES/ACTA\\_GAH\\_PSICO.pdf](http://www.anmat.gov.ar/webanmat/mercosur/ACTA02-11/Agregados/AGREGADO_XVII_PSICOTROPICOS_Y_ESTUPEFACIENTES/ACTA_GAH_PSICO.pdf)

Rivière, J., Heimann, P., Isaac, S. (2000 [1967]). Sobre la génesis del conflicto psíquico en la primera infancia. Argentina: Lumen.

Roudinesco, Élisabeth. (2013 [1999]). ¿Por qué el psicoanálisis?. Argentina: Paidós.

Smud, Martín. (2013). El Dios químico como fin de la psiquiatría. Argentina: Letra Viva.

Soler, Colette. (2009 [2003-4]). La querrela de los diagnósticos. Argentina: Letra viva.

Vega, P. (s/f). El complejo de Edipo. Dos modelos teoricos: Freud y Lacan. Recuperado de

[http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/obligatorias/055\\_adolescencia1/material/archivo/edipo\\_modelos\\_freud\\_lacan.pdf](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/055_adolescencia1/material/archivo/edipo_modelos_freud_lacan.pdf)

Vega, V., De Vedia, P., y Roitman, D. (s/f). Narcisismo e identificación en la fase del espejo. Recuperado de

[http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/obligatorias/055\\_adolescencia1/material/archivo/narcisismo\\_identificacion\\_espejo.pdf](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/055_adolescencia1/material/archivo/narcisismo_identificacion_espejo.pdf)

Whitaker, R. (2012). Los efectos nocivos de los psicofármacos. Recuperado de

[http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=3843](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=3843)

Winnicott. (1979 [1971]). Realidad y juego. España: Gedisa

# ANEXO

## ANEXO

### Criterios (DSM-IV) para diagnosticar TDAH<sup>131</sup>

#### I. Si presenta A o B:

A) Seis o más de los siguientes síntomas de inatención que hayan estado presentes en la persona por lo menos durante 6 meses al punto de que sean inadecuados para el nivel de desarrollo:

#### **Inatención**

- 1) A menudo no presta la debida atención a los detalles o, por descuido, comete errores en las tareas de la escuela, el trabajo y otras actividades.
- 2) A menudo tiene problemas para concentrarse en las tareas o en los juegos.
- 3) A menudo parece que no escucha cuando se le habla directamente.
- 4) A menudo no sigue las instrucciones y no termina las tareas de la escuela, los quehaceres o cualquier otra responsabilidad en el trabajo (no por conducta oposicional ni por no entender las instrucciones).
- 5) A menudo le cuesta organizar actividades.
- 6) A menudo evita, rechaza o se niega a hacer cosas que requieren mucho esfuerzo mental por un periodo largo (como tareas escolares o quehaceres de la casa).
- 7) A menudo pierde las cosas que necesita para hacer ciertas tareas o actividades (Ej. juguetes, trabajos escolares, lápices, libros, o herramientas).
- 8) A menudo se distrae fácilmente.
- 9) Tiende a ser olvidadizo en sus actividades cotidianas.

B) Seis o más de los siguientes síntomas de hiperactividad con impulsividad que hayan estado presentes en la persona al menos durante 6 meses, al punto

---

<sup>131</sup> Fuente: American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000.

de que sean inadecuados y tengan un efecto perturbador para el nivel de desarrollo:

### **Hiperactividad**

- 1) A menudo juguetea con las manos y los pies o se retuerce cuando está sentado.
- 2) A menudo se levanta de la silla cuando debe permanecer sentado.
- 3) Con frecuencia corre o trepa en lugares y en momentos inoportunos (es posible que los adolescentes y los adultos se sientan muy inquietos).
- 4) A menudo se le dificulta jugar o disfrutar tranquilamente de las actividades recreativas.
- 5) A menudo "está en constante movimiento " o parece que le hubieran dado "cuerda".
- 6) A menudo habla demasiado.

### **Impulsividad**

- 7) A menudo suelta una respuesta sin haber oído toda la pregunta.
- 8) A menudo le cuesta esperar su turno.
- 9) A menudo interrumpe al que esté hablando o se entromete con los demás (Ej., irrumpe bruscamente en las conversaciones o los juegos).

**II.** Algunos de los síntomas que causan alteraciones se presentaron desde antes de los 7 años de edad.

**III.** Algunas alteraciones producidas por los síntomas ocurren en dos o más entornos (Ej., escuela o trabajo y casa).

**IV.** Debe haber clara evidencia de una alteración clínicamente considerable en el funcionamiento social, escolar o laboral.

**V.** Los síntomas no se presentan únicamente cuando la persona sufre de trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico.

Los síntomas no se atribuyen mejor a la presencia de otro trastorno mental (Ej., trastorno del humor, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o trastorno de la personalidad).

Con base en estos criterios, se identifican tres tipos de TDAH:

- 1) TDAH tipo combinado: si en los últimos 6 meses se ha cumplido el criterio 1A y el 1B
- 2) TDAH tipo predominantemente inatento: si en los últimos seis meses se ha cumplido el criterio 1A pero no el 1B
- 3) TDAH tipo predominantemente hiperactivo-impulsivo: si en los últimos seis meses se ha cumplido el criterio 1B pero no el 1A.