

El psicoanalista y la interdisciplina en la clínica de niños

Ema Ponce de León*

Resumen

Este trabajo pretende ir más allá de la discusión acerca de las posibilidades de intersección teórica el Psicoanálisis con otras disciplinas y reivindicar la fecunda experiencia que se puede extraer de la práctica interdisciplinaria efectiva y de los múltiples efectos que ello tiene en la clínica.

Para ello la autora se basa en su experiencia como psicoanalista en un equipo interdisciplinario para la atención del niño y el adolescente y busca conceptualizar dicha experiencia. Para contextualizar la interdisciplina parte de los desarrollos de Edgar Morin acerca del “pensamiento complejo”.

Se desarrollan las características de funcionamiento del equipo interdisciplinario y sus aportes específicos, entendiendo que el equipo produce un modelo de abordaje clínico con cualidades propias.

Por último reflexiona sobre el lugar del Psicoanálisis en el equipo interdisciplinario, subrayando su papel como referente teórico y ético. Así como el trabajo del psicoanalista es transformador, también es transformado por el equipo. En este sentido se destacan la revalorización de la acción, una mayor inclusión de la realidad externa y de nuevas dimensiones de lo transferencial.

La vigencia del Psicoanálisis debe ser evaluada hoy por la medida en que se halla presente en la cultura y en el seno de otras disciplinas y el trabajo clínico interdisciplinario es un valioso camino para lograrlo.

Summary

This paper attempts to go beyond the discussion about the possibilities of theoretical intersection between Psychoanalysis and other disciplines, and vindicates the rich experience one can get from the interdisciplinary real practice and the multiple effects that it has on the clinical.

The author bases this work on her own experience as a psychoanalyst in an interdisciplinary team that treats children and adolescents and she tries to conceptualize this experience. In order to place the interdiscipline she refers to the theory of “complex thought” by Edgar Morin.

* Miembro Asociado de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay, Almirante Harwood 6144, clidelni@adinet.com.uy

This article describes the characteristics of the interdisciplinary team and its specific contribution, indicating that the team produces a clinical intervention model with its own qualities. Finally it considers the place of Psychoanalysis on the interdisciplinary team, emphasizing its role as an ethical and theoretical reference. The psychoanalyst work is transformed by the team at the same time he participates in transforming the interdisciplinary work done by the group. In this sense, it indicates the value of action, and a greater inclusion of the external reality and of new dimensions of transference.

The actual value of Psychoanalysis must be evaluated to the extent that it is present in our culture and inside other disciplines. The interdisciplinary clinical work is a valuable way to achieve this presence.

PALABRAS CLAVE: *Interdisciplina – Equipo interdisciplinario – Clínica infantil – Psicoanálisis e interdisciplina*

Dedico este trabajo al entrañable grupo humano que me acompaña desde 1991 en una tarea ardua pero muy estimulante, y del que tanto he aprendido¹.

Introducción

Intentaré transmitir algunas reflexiones derivadas de la experiencia como coordinadora de un equipo interdisciplinario para la atención del niño y el adolescente a lo largo de más de una década. El trabajo en equipo me ha permitido procesar una forma personal de ser analista en un peculiar marco grupal y ha constituido un aprendizaje permanente, tanto por el aporte de los demás integrantes desde sus disciplinas como por la creación del campo interdisciplinario común. Este aprendizaje, que ha sido una de las experiencias más enriquecedoras y gratificantes de mi práctica profesional, ha sido

¹ El equipo interdisciplinario de Clínica del Niño se halla integrado por: Fonoaudiólogas Dra. Matilde Bonnevaux y Laura Dalmás, Psicoanalistas Margarita Ungo y Julio Rumia, Psicólogos Sandra Queirolo, Gabriela Gómez, Gonzalo Percovich y Ximena Malmierca, Psicomotricistas Claudia Ravera y Juan Mila; Maestras especializadas Ma. del Carmen San Julián. Gladys Machado y Stella Porro, Psiquiatra Infantil Dra. Madelón Rodríguez, Neuropediatra Dr. E. San Julián y Pediatras Dr. R. Mutilva, Dr. G. Etcheverry, Dr. J. Morelli y Dra. R. Magri.

plasmado en varios trabajos realizados con otros integrantes del equipo. Hoy trataré dar una nueva vuelta de espiral sobre algunos mojonos establecidos previamente.

El equipo, integrado por médicos, psicoanalistas, psicólogos, pedagogos, psicomotricistas, fonoaudiólogos, ha estado abocado a intervenir como tal, en aquellos casos donde es fundamental la realización de un diagnóstico interdisciplinario para decidir las estrategias terapéuticas más adecuadas. Estos son los casos que consultan por dificultades de aprendizaje, trastornos del desarrollo de variada entidad, enfermedades psicosomáticas, etc.

La interdisciplina: una respuesta compleja frente a una realidad compleja

En el ámbito del Psicoanálisis el tema de “la interdisciplina” se ha ido introduciendo como una necesidad a nivel del discurrir teórico. Los psicoanalistas han incursionado, desde el propio Freud, en todas aquellas disciplinas que aportan elementos para dar cuenta del inconmensurable territorio de lo psíquico y la intersubjetividad. Al decir de S. Acevedo de Mendilaharsu (1998) *“es imprescindible la concurrencia de múltiples saberes para interrogar problemas complejos”* y pese a la necesidad de sostener las diferencias necesarias... *“el encuentro con otros modelos ha proporcionado herramientas de valor al psicoanálisis”*.

Los modelos teóricos utilizados por Freud en los inicios muestran cómo el más revolucionario de los descubrimientos necesita apoyarse inicialmente en una disciplina establecida. Desde entonces el quehacer analítico busca desprenderse de la medicina, pero no ha dejado de ser un campo contiguo.

Desde los momentos fundacionales, el Psicoanálisis ha acumulado un valioso caudal de conocimiento, tanto teórico como clínico, pero hoy se ve enfrentado, como toda disciplina en su madurez, a la necesidad de evolucionar en aquellas zonas donde sus límites se ponen de manifiesto. Límites impuestos por la complejidad de su objeto, por el propio paradigma del cual ha surgido, por los cambios en la sociedad y la cultura. Creemos que es en esas zonas-límite de cada disciplina (en el sentido de tope y de frontera), donde se pueden producir nuevos fenómenos a partir de la interrelación e interpenetración de campos de experiencia y de conocimiento diferentes. Estos fenómenos nuevos, tienen que ver con una nueva forma de accionar, de intervenir en el campo clínico, que a su vez va configurando nuevos modelos de pensamiento. Si bien las diferentes disciplinas por ser contemporáneas pueden participar de un mismo paradigma, siempre hay corrimientos originados en sus diferentes objetos y métodos, lo que hace a su heterogeneidad. La creación de un campo interdisciplinario no apunta a lograr una totalidad abarcativa sino a la emergencia de nuevos planos de conocimiento, partiendo de la diversidad. **Es importante señalar que la interdisciplina no es un estado permanente, es alcanzada en los momentos de producción, tal como sucede durante un proceso de análisis.**

En un trabajo previo (Ponce de León, Queirolo, Ungo 1998) habíamos señalado que los desarrollos de Edgar Morin acerca del “pensamiento complejo” parecen muy apropiados para contextualizar la interdisciplina. Para Morin (1976-1988) *“la complejidad es a primera vista un fenómeno cuantitativo: allí donde hay un enmarañamiento de acciones, de interacciones, de retroacciones. Pero comprende también lo aleatorio, las incertidumbres e indeterminaciones, ya sea en los límites de nuestro entendimiento, ya sea inscrita en los fenómenos. Desde el paradigma de la complejidad los fenómenos humanos se conciben como multifacéticos y en continua transformación a través de los*

procesos de interacción con el entorno". El entorno de nuestra época está signado por los cambios vertiginosos que imprimen la tecnología y la ciencia, así como por sucesos impredecibles en lo social, lo político y lo económico. Ello ha dado lugar a transformaciones en la cultura, los modos de vida, la constitución subjetiva y la intersubjetividad, así como en los modos de pensar y de construir la realidad, siendo a su vez estos nuevos modelos, agentes transformadores de la realidad.

Creemos que frente a esta creciente complejidad de los fenómenos sociales y culturales y de los fenómenos clínicos emergentes de dicha realidad, nuestra respuesta debe estar a la altura de dicha complejidad para poder incidir, en la mayor medida posible, sobre dichos fenómenos. La interdisciplina es en sí misma una respuesta compleja.

Es nuestra intención señalar la importancia para el Psicoanálisis y para las otras disciplinas, de ir más allá de la discusión acerca de las posibilidades de intersección teórica², y reivindicar la fecunda experiencia que se puede extraer de la práctica interdisciplinaria efectiva y de los múltiples efectos que ello tiene en la clínica.

Los efectos derivados del trabajo en equipo interdisciplinario son emergentes que involucran, en diferente medida, a ambos polos de la relación: un polo sería el equipo interdisciplinario y el otro sería el paciente y su familia, que configuran la situación clínica.

El equipo interdisciplinario

En el año 1994 (Ponce de León, Ravera, Queirolo, Bonnevaux) hacíamos una primera definición de algunos puntos fundamentales para comprender el trabajo en equipo interdisciplinario.

- **La conformación del equipo** es un momento fundante y no debe ser librada al azar. Se requiere la elección recíproca de sus integrantes, partiendo de un proyecto común. Este incluye ciertas características individuales, como la personalidad y capacitación personal, y la participación en un marco referencial afín, que incluye la formación teórica y aspectos ideológicos y éticos en cuanto a la praxis profesional.
- **Creación de un esquema referencial común**, que surgirá de la experiencia compartida en reuniones semanales de todo el equipo y que se traducirá en un modo de accionar, un estilo, elaborado por todos y la vez internalizado por cada uno. Este aspecto fundamental define la pertenencia y la cohesión, a la vez que se traduce en la eficacia de sus acciones. Sin embargo, deberá ser suficientemente plástico y abierto a un constante cuestionamiento por parte de la realidad clínica, tal cual se va presentando.

² P.Dogan (1977) nos dice que en las ciencias sociales (por oposición a las naturales) no hay paradigmas porque tampoco hay en el interior de cada disciplina, una comunicación y contrastación suficientes. El paradigma se da si una sola teoría verificable domina a todas las demás y es aceptada por el conjunto de la comunidad científica. El progreso se obtendría más bien mediante procesos acumulativos que mediante revoluciones paradigmáticas. *"Para que haya paradigma es necesaria una condición: las teorías deben referirse a aspectos esenciales de la realidad social. En las ciencias sociales no se hacen descubrimientos fundamentales, como ocurre de vez en cuando en las ciencias naturales, más bien se construyen teorías no verificables, en parte porque la propia realidad social cambia"(subrayado mío).*

- **Producción de una visión global y al mismo tiempo caleidoscópica**, donde las distintas perspectivas confluyan en una lectura verdaderamente interdisciplinaria.
- **Capacidad de descentramiento** de cada uno de los integrantes, aceptando otros puntos de vista, la conciencia de los límites de la propia disciplina y también del propio equipo
- **Reflexión acerca del propio funcionamiento**, para evitar los riesgos de idealización, de caer en ilusiones grupales de completud y en estereotipias que paraliquen la creatividad.
- **Mantenimiento de la especificidad de cada disciplina**, así como el rol de cada una de ellas en el equipo.

En una elaboración posterior (Ponce de León, Queirolo, Ungo, 1998) reflexionamos acerca de los **efectos terapéuticos del trabajo intra-grupal del equipo**:

- La creación de una cadena asociativa grupal en torno al material clínico supone una **imagnarización** que se potencia en la trama vincular del equipo con efectos de **simbolización**. La jerarquización de la puesta en palabras, de la reflexión compartida, es también parte de un modelo de procesamiento del conflicto que se ofrece a los pacientes.
- El armado de una historia compartida con el equipo permitirá una reformulación desde lo actual y **la incorporación de nuevos modelos de funcionamiento**. Creemos que el ayudar a **historizar**, a significar un devenir temporal, se torna un objetivo relevante en momentos en que se tiende a vivir en un eterno presente, en un inmediatez que atenta contra la necesaria vivencia de continuidad en la identidad de los sujetos.

El modelo de abordaje clínico del equipo interdisciplinario

El equipo recibe a los pacientes a través de sus diferentes integrantes, adaptándose en principio a su demanda. El profesional que recibe al paciente es aquel que es solicitado, de acuerdo a la derivación o el motivo de consulta manifiesto que traen los padres. Este podrá llevar a la reunión del equipo sus dudas en aquellos casos que requieran repensar la situación. Ello puede conducir a indicar una consulta en otra área, y trabajar con los padres los motivos de esta indicación. Cuando se consulta por dificultades de aprendizaje, el abordaje en equipo es explicitado de entrada, ya que generalmente es necesario en la fase diagnóstica, realizar una evaluación cuidadosa desde diferentes disciplinas. El referente del equipo estará siempre presente en la consulta que cualquiera de sus integrantes realiza, aunque no todos los casos requieren la participación interdisciplinaria. En aquellos que si lo requieran, se produce una discusión en profundidad, de la cual surgirá la estrategia terapéutica que se considere mas adecuada en ese momento, previendo cambios que se irán ajustando a lo largo del proceso.

Como vemos, si en el nivel de la experiencia nos encontramos con situaciones clínicas complejas. El equipo, enfrentado a ellas crea su propio modelo de funcionamiento, complejo en sí mismo. Al decir de J. Calabrese (1997) *“los modelos, que emergen de la fuerza creativa originaria y se esparcen en el territorio virgen de las cosas todavía no pensadas, son como visagras operativas que vinculan las teorías con los hechos”*.

En el nivel de la teoría, sentimos la necesidad de nuevas conceptualizaciones que den cuenta de la extensión del Psicoanálisis en el campo de la clínica. La inserción de

psicoanalistas en el equipo establece una fuerte impronta teórica y clínica, pero también se introducen otros modelos que suponen transformaciones respecto del modelo de trabajo de un psicoanalista que recibe al paciente en su consultorio.

Nuevos emergentes del trabajo en equipo

- **Adecuación a la complejidad.** El equipo está en condiciones más favorables para detectar los diferentes procesos involucrados en la situación clínica y decidir los niveles en los que será necesario intervenir, y el momento en que se lo hará. El accionar, muchas veces simultáneo, de diferentes intervenciones terapéuticas, es capaz de crear una sinergia altamente transformadora, al incidir en diferentes niveles al mismo tiempo.
- **Creación de un dispositivo más amplio para la escucha e interpretación de nuevas realidades.** Dado que los hechos, por su extrema complejidad, son susceptibles de interpretaciones y lecturas diversas, creemos que se requiere una postura que de cabida a todos los emergentes, sin determinar a priori cuales son o no pertinentes a nuestro ámbito, intentando una comprensión abarcativa de la situación en su conjunto.
- **Elaboración de estrategias terapéuticas.** El equipo semeja una amplia red donde se elabora una estrategia para cada situación singular. Morin (1994) define la estrategia como *“un escenario de acción que puede modificarse en función de las informaciones, los acontecimientos, los azares que sobrevengan en el curso de la acción... la estrategia es el arte de trabajar con la incertidumbre, se impone siempre que sobreviene lo inesperado.”*
- **Creación de una certeza operativa.** La estrategia construida es un recorte entre otros posibles, y tiene un carácter relativo y sujeto a cuestionamientos y modificaciones, pero es esencial que esta tenga credibilidad para el propio equipo y frente a los pacientes, de modo que pueda ser sostenida con coherencia. Esta credibilidad se ve favorecida por estar basada en un saber compartido, forjada en un esquema referencial y en una experiencia en común. En el equipo se pone en juego la *“capacidad humana de acordar, objetivar en el seno de un colectivo, construyendo una determinada versión de la realidad”* (Najmanovich, 1998) y una operatoria posible sobre la misma, lo que da un carácter de certidumbre relativa a su accionar. Consideramos esencial este nivel de certeza operativa, en un momento en que todas las certidumbres han quedado socavadas desde lo sociocultural.
- **Ampliación de la oferta terapéutica.** El equipo ofrece una mayor disponibilidad de recursos terapéuticos, en conexión con una actitud más abierta frente a las necesidades actuales de los pacientes, reduciendo el espectro de pacientes no accesibles a un abordaje psicoterapéutico. Supone una mayor adecuación a la demanda y tener presente en la indicación las posibilidades y limitaciones que ofrece cada situación en cuanto a su potencial de transformación. Si desde la psicoterapia se abren nuevas ofertas (tratamientos vinculares, grupales, etc), un número aún mayor de posibilidades terapéuticas son posibles en el marco de un equipo interdisciplinario.

En este marco han surgido algunos encuadres novedosos, que dada su eficacia se han convertido en indicaciones sistematizadas frente a determinados cuadros

clínicos. Entre ellos se encuentran determinados **tratamientos interdisciplinarios combinados**. (Bonnevaux, Ponce de León, Ravera, 1999) donde participan desde espacios terapéuticos diferenciados pero simultáneos, fonoaudióloga, psicomotricista y psicoanalista) y la creación de una forma de abordaje terapéutico en el que intervienen conjuntamente psicoanalista y psicomotricista, lo que configura un **campo terapéutico interdisciplinario**.

Lugar del psicoanalista en el equipo interdisciplinario

El Psicoanálisis ha tenido un papel central en lo que denominé “esquema referencial” del equipo. Este no se reduce a su utilización como teoría explicativa y como instrumento para la comprensión de la clínica, sino que también implica un posicionamiento ético, e inevitablemente ciertos aspectos ideológicos. Sin embargo, como previamente mencionaba, el trabajo del psicoanalista en el marco de un equipo interdisciplinario, supone transformaciones en su postura inicial, cuando se enfrenta a una situación clínica. Dichas transformaciones resultarán más familiares a los psicoanalistas de niños, aún cuando no trabajen insertos en un equipo. Señalaremos algunos aspectos, que en mi experiencia como analista, han requerido un trabajo interno para sostener la adecuada tensión entre un posicionamiento analítico propio del trabajo en análisis y los requerimientos del trabajo en equipo, que crea escenarios más móviles y con demandas concretas que no podemos desestimar. Se requiere una permanente readecuación de nuestra postura, entre el rigor y la flexibilidad, lo que nos recordará el trabajo con pacientes adultos graves.

A mi entender, y según ya he expresado (Ponce de León, 1998), el psicoanalista de niños, además de la mirada específicamente psicoanalítica, debe tener una mirada sobre el desarrollo del niño, en una perspectiva genética o evolutiva. Esta mirada toma en cuenta los tiempos cronológicos del desarrollo, los criterios de normalidad y de patología, lo esperable a una edad dada.

En el niño es importante **prestar atención al síntoma en la indicación terapéutica**, sobre todo si este se manifiesta en el terreno de las funciones instrumentales, como el lenguaje, la motricidad o lo cognitivo. Estos trastornos se encuentran imbricados en estructuras psicopatológicas diversas, de índole neurótica o psicótica, y es muy importante un diagnóstico cuidadoso. Cuando aparecen en el marco de una perturbación global de la personalidad nos encontramos con las disarmonías evolutivas (según la Clasificación Francesa de Misès y otros) o cuadros graves como las psicosis precoces del desarrollo. En la primera infancia, esto lleva a jerarquizar los tratamientos del lenguaje y psicomotriz, ya que las adquisiciones instrumentales deben acercarse lo más posible a los tiempos del desarrollo normal. No olvidemos que los elementos faltantes cuando son tan decisivos van dando lugar más que a un simple retraso, a una perturbación en el conjunto. En esta etapa, estos tratamientos, integrados en la escucha psicoanalítica del equipo, se centran en el vínculo y tienen mucho de maternaje, cumpliendo una función psicoterapéutica. Por lo cual, ya sea con posterioridad o paralelamente, el niño podrá iniciar un análisis que le permita elaborar en profundidad los aspectos de su conflictiva no alcanzados por estos tratamientos. Cuando, en el marco de la estrategia global, surge la indicación de psicoanálisis, se configurará ese campo específico con las características que le son peculiares, en cuanto a la técnica y al encuadre interno.

Lo que queremos subrayar es que cuando el analista se encuentra inserto en un equipo donde el niño recibe al mismo tiempo o previamente otros tratamientos, se producen

efectos derivados del encuadre propio del equipo, que incidirán en la situación transferencial. El analista ha formado parte en la elaboración y la indicación de la estrategia terapéutica, aunque no incluya al análisis en el inicio, a veces ha permanecido como referencia para los padres del niño y ha coordinado los otros tratamientos, incidiendo en algunas decisiones atinentes a los mismos. Otras veces el niño inicia el análisis junto con otro tratamiento. Aún siendo espacios netamente diferenciados, que puedan correr destinos diferentes en cuanto a sus resultados y continuidad, al surgir ambas indicaciones de una reflexión del equipo, estos tratamientos tendrán una mayor interdependencia que si surgieran en contextos y tiempos diferentes.

Ello implica un modelo donde el síntoma es significado como teniendo distintos niveles que podrán ser trabajados en diferentes encuadres. Por ejemplo, un niño que presenta un trastorno del lenguaje con una especificidad (vertiente orgánica), pero que al mismo tiempo tiene una significación y un entramado que hacen a la constitución subjetiva. Entendemos que la polémica, muchas veces inevitable, en cuanto a cuál es el trastorno primario y cual el secundario, no conduce muy lejos y no aporta mejores resultados. En nuestra experiencia resulta más rica la postura que admite que los diferentes niveles del síntoma sean abordados al mismo tiempo pero de diferente manera por el terapeuta del lenguaje y por el analista. Estas nuevas formas de abordaje del síntoma, donde el analista no queda ubicado como el único receptor y procesador de la demanda, produce efectos que le son propios y que merecerían una reflexión posterior. Uno de ellos, sería justamente la ruptura que se produce a priori, al establecer estos dos encuadres diferentes, del lugar obturante que muchas veces ocupa el síntoma en el inicio del análisis, permitiendo de entrada un mayor descentramiento con respecto del síntoma.

Otros aspectos que a nuestro entender se plantean de una manera diferente en relación al abordaje psicoanalítico clásico son la **revalorización de la acción**, la **inclusión de la realidad externa y de nuevas dimensiones de lo transferencial**.

En cuanto a la acción, creemos que en este modelo tiene un lugar significativo y supone un cambio en el posicionamiento del analista implicado en el trabajo del equipo. El equipo se convierte en un ámbito de procesamiento y elaboración de estrategias terapéuticas, que suponen decisiones y luego acciones concretas referidas al encuadre (por ejemplo la inclusión de un nuevo tratamiento o la finalización de otro) o bien intervenciones en ámbitos del mundo externo (referidas a la escuela o contactos con profesionales ajenos al equipo). En el encuadre propio del psicoanálisis, salvo con pacientes graves, la acción del analista se halla reducida a su mínima expresión. El psicoanálisis ha privilegiado la interpretación y la palabra frente a otras acciones posibles dentro del campo analítico. El momento de reflexión que supone la sesión o bien la regla de abstinencia, requieren que la acción sea pospuesta. El énfasis en la continuidad del encuadre y la evitación de cambios en el mismo, busca, entre otras cosas, reducir los efectos que supone toda acción. Sin embargo, no debemos olvidar que, no realizar una acción también tiene efectos no hay que subestimar. Dado que cualquier decisión dentro de un proceso terapéutico debe ser cuidadosamente pensada, el equipo resulta un excelente marco para procesar estas decisiones-acciones. Además, en este marco los cambios suponen siempre un fondo de continuidad al seguir siendo el equipo la referencia para el paciente.

Varios autores psicoanalíticos (Naishtat y otros, 1999) señalan una omisión teórica en el tema de la acción. Es importante diferenciar la acción o el actuar, de los términos “actuación”, “acting”, etc. Dice R. Avenburg (1999) que la inclusión del término acting-out como forma de resistencia, tendió un manto de desvalorización a la acción en

general. Por mi parte, creo que el concepto de acción específica, que implica una modificación adecuada del mundo exterior para la resolución de la tensión creada por la necesidad, pueda guiarnos en el rescate de la acción como parte fundamental de la función terapéutica. Con ello quiero destacar, que en el seno del equipo el psicoanalista se ve llevado a tomar parte en procesos donde se requiere una intervención activa, sin por ello dejar de lado un posicionamiento analítico en su forma de pensar el problema. En este contexto llamamos “posicionamiento analítico” a ubicarse en un lugar tercero y de escucha de lo transferencial. Asimismo, las acciones pueden tomar el valor de acto analítico, pero para ello deben sustentarse en una conceptualización de lo que pasó en el campo clínico. La reflexión sobre este punto aspira a una restitución conceptual, en contraposición al facilismo que supone catalogar de no analítico aquello que no encaja en los modelos conocidos. Tampoco creemos que la forma de valorizar ciertas intervenciones terapéuticas sea darles un estatuto analítico, muchas de ellas no pretenden tenerlo y no dejan de ser muy valiosas.

En cuanto a **la inclusión de la realidad externa**, entendemos que la realidad como tal incluye todos los contextos en los que se origina y se despliega la situación clínica mencionada: la familia, la institución educativa, el equipo interdisciplinario, etc. La inclusión de la realidad supone que la acción o las acciones del equipo o de sus integrantes, se darán en todos los ámbitos implicados de acuerdo al papel que ocupen en relación a la sintomatología del paciente, no se restringen al ámbito exclusivo de los tratamientos. Ello supone que, cuando se entiende necesario, las interacciones del analista externas al ámbito del análisis del niño, se intensifican y se requiere un esfuerzo suplementario para incluir todas esas variables en el trabajo transferencial. De este modo, se ve jaqueado cierto ideal referido a trabajar con el mundo interno o en base a la experiencia intersubjetiva paciente-analista, tratando de preservar el espacio analítico de interferencias.

Las **nuevas dimensiones de lo transferencial** incluyen las múltiples transferencias que se generan cuando interviene un equipo: de los integrantes de la familia hacia los distintos profesionales del equipo, hacia el equipo en su conjunto, y asimismo las que se juegan de los profesionales hacia los pacientes y entre éstos.

Hoy en día la tendencia a entablar vínculos “lights”, con escaso investimento afectivo, puede constituir un obstáculo para entablar vínculos comprometidos e intensos con los terapeutas tratantes. Paradójicamente, se observa en los pacientes con un funcionamiento psíquico más frágil, que una vez entablados los lazos transferenciales, estos suelen ser masivos, lo que dificulta la continuidad del proceso. El establecimiento de una red vincular constituida por el equipo brinda mayor solidez y sostén, favoreciendo el establecimiento de lazos con el conjunto y a la vez con los diversos técnicos. Por otra parte, un equipo que revisa constantemente su labor, que analiza a su vez los procesos contratransferenciales, brinda continencia y favorece procesos de discriminación respecto de las transferencias masivas.

En este dispositivo altamente complejo, la participación del analista facilita un trabajo de análisis y reflexión grupal, que permite comprender en profundidad los movimientos transferenciales. Ello evita actuaciones y posibilita la elaboración progresiva de situaciones de transferencia positiva o negativa, o bien de idealización y persecución que son depositadas en los diferentes profesionales que atienden a un paciente. El trabajo dentro del equipo facilita el rescate de lo dual, en situaciones que pueden involucrar a los profesionales que trabajan con un paciente y su familia. Se produce una

mayor contención del equipo en sí mismo, que es percibida como contención por los pacientes.

La concepción derivada del Psicoanálisis, que privilegia el vínculo como catalizador de posibles transformaciones, y donde se jugará el fragor de lo transferencial, tiene un peso central en toda forma de intervención del equipo. Este es el aspecto donde se plantea con más fuerza el aporte del Psicoanálisis en la comprensión y en la intervención clínica. Es en este terreno donde el analista se siente más instrumentado para aportar al trabajo interdisciplinario.

A través del accionar del equipo, también se brinda a los pacientes una **transmisión de la dimensión de la complejidad** con que debe ser abordado todo lo humano, la idea de diferentes caminos posibles en la búsqueda de soluciones y de la necesidad del intercambio y la reflexión con otros para comprender mejor la infinidad de facetas de cualquier realidad. Creemos que ello forma parte de la **dimensión social de nuestra tarea**, en un mundo que necesita cada vez más, seres humanos pensantes y flexibles, que puedan lograr la adaptación necesaria para la vida, sin por ello someterse a visiones unívocas y sin renunciar a su subjetividad.

Finalmente, creemos que la presencia de psicoanalistas con una actitud abierta, en diferentes ámbitos de la salud y la cultura, es lo que da lugar a una transmisión fructífera del Psicoanálisis. Su vigencia debe ser evaluada hoy, no solo desde la práctica de los psicoanalistas, sino por la medida en que se halla presente en la cultura y en el seno de otras disciplinas.

BIBLIOGRAFIA

- ACEVEDO DE MENDILAHARSU, S. (1998) "La interdisciplina" en *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, N° 88, Montevideo, noviembre 1999
- AVENBURG, R. (1999) "La acción desde la perspectiva psicoanalítica" en *Teoría de la Acción, Perspectivas filosóficas y psicoanalíticas*, Buenos Aires, ADEP, 1999
- BONNEVAUX, M., PONCE DE LEÓN, E., RAVERA, C. (1999) "Tratamiento interdisciplinario de tempranos que consultan por retraso significativo del lenguaje y/o psicomotor" en *Revista Uruguaya de Psicoanálisis N° 90*, nov. 1999
- CALABRESE, J.L. (1997) "Ampliando las fronteras del reduccionismo. Deducción y sistemas no lineales" , Segundo Coloquio de Colonia, Uruguay, Octubre 1997. Inédito
- DOGAN, P. (1997) "¿Interdisciplinas?" en *Relaciones* 16-157, junio 1997
- MORIN, E., (1976- 1988) "Introducción al pensamiento complejo", Compilación, ensayos y presentaciones entre 1976 y 1988 ofrecida en Internet.
- MORIN, E., (1994) "Epistemología de la complejidad" en *Nuevos Paradigmas, Cultura y Subjetividad*, Buenos Aires, Ed. Paidós, 1994.
- NAISHTAT, F., ISSAHAROFF, E., AVENBURG, R., RABANAQUE, L., GEAR, M. Y LIENDO, E., GUARIGLIA, O. Y ZYSMAN, S., (1999) *Teoría de la Acción, Perspectivas filosóficas y psicoanalíticas*, Buenos Aires, ADEP, 1999.
- NAJMANOVICH, D. (1998) "Riesgos y beneficios del arte dialógico" en Tercer Congreso de AUDEPP, Montevideo, Mayo 1998.

PONCE DE LEÓN, E. RAVERA, C., QUEIROLO, S., BONNEVAUX, M. (1994) “La psicomotricidad en el abordaje interdisciplinario de los trastornos del desarrollo del niño”. Presentado en el 1er Congreso Regional de Psicomotricidad y Estimulación Temprana, noviembre 1994.

PONCE DE LEÓN, E. (1998) “Los trastornos instrumentales del preescolar desde la perspectiva del psicoanalista de niños”, Educación y Psicoanálisis, Encrucijada de Disciplinas, Primeras Jornadas de Educación y Psicoanálisis, APU, 1998.

PONCE DE LEÓN, E., QUEIROLO, S., UNGO, M., (1998) “Hacia un modelo terapéutico de la complejidad: el equipo interdisciplinario como abordaje de lo intersubjetivo” Anales del XIII Congreso Latinoamericano de Psicoterapia Analítica de Grupo, 1998. Tomo II.

PONCE DE LEÓN, E., RAVERA, C. (2000) “Un abordaje clínico conjunto: Psicomotricista y Psiconalista en la sala”. Presentado en el 3er. Congreso Regional de Psicomotricidad y Atención Temprana, noviembre 2000.

PONCE DE LEÓN, E., QUEIROLO, S., RAVERA, C., UNGO, (2001) “Cuando la palabra toca el cuerpo”. Presentado en el 3er Encuentro Internacional Montevideo y el 3er Congreso Latinoamericano de FLAPIA, Octubre de 2001.

PONCE DE LEÓN, E. (2002) “El lugar del cuerpo en la práctica analítica”. Presentado y publicado en los Anales del 2º Congreso de Psicoanálisis, El cuerpo en Psicoanálisis, Diálogos con La Biología y La Cultura, Montevideo, Mayo 2002.

PONCE DE LEÓN, E. (2002) “Una propuesta interdisciplinaria: psicoanálisis y psicomotricidad en una técnica conjunta para el tratamiento de niños”, *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, Nº 96, 2002, pág 109-124.