

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA. UBA**

**MATERIA: Clínica de Niños y Adolescentes**

**TITULAR: Prof. Marisa Punta Rodulfo**

**TEÓRICO: 28/03/2011**

**DOCENTE A CARGO: Prof. Adjunto Carlos Eduardo Tkach**

***Desgrabación a cargo de: Paloma Valente***

Buenas noches.

Yo me llamo Carlos Tkach y soy Profesor Adjunto de la materia. Voy a tener a cargo los teóricos del turno de la noche, y vamos a compartir algunas clases alternadamente con la Profesora Adjunta Adriana Franco. Al final de la clase la Jefa de trabajos prácticos, Griselda Splivalo, les va a contar sobre algunas cuestiones administrativas del práctico de hospital, y algunas otras cuestiones más.

Les cuento que vamos a tener los dos parciales de la materia en el horario de teóricos. Para el primer parcial, ya les puedo decir que va a ir hasta la unidad 4 del programa, inclusive.

En la página de Internet tienen información adicional y la bibliografía. También tienen textos adicionales que están en la bibliografía, que van a poder bajar. En particular, la Profesora titular Marisa Rodulfo colgó unos textos que llevan el nombre de "Borradores de la Clínica". O sea que tienen una serie de textos en la bibliografía de distintos autores como Marisa Rodulfo, Ricardo Rodulfo; clases, fichas, y artículos que hemos escrito docentes de la cátedra y, adicionalmente, un grupo de textos más que se llaman "Borradores de la Clínica". Eso quiere decir que como material en conjunto tienen distintos textos para acceder a la materia. Hay textos que corresponden a los trabajos prácticos y otros que van a corresponder al espacio de teóricos. Cada unidad del programa tiene un grupo de textos, que no se va a ver directamente en el espacio del teórico. Voy a hacer referencia a los textos, pero quiero aclararles que las clases no van a consistir en una explicación de los textos. Los textos los pueden leer solos, porque no son complejos. Si a medida que los van leyendo, me quieren hacer preguntas, en cualquier momento, cualquier tipo de pregunta, yo no tengo ningún

inconveniente. Yo tengo la mejor disposición a explicarles y enseñarles, pero el estudio lo tienen que hacer ustedes. En la clase no voy a dedicarme exclusivamente a los textos, porque a los profesores nos limita bastante la posibilidad de enseñarles más cosas si nos referimos a la mera explicación de los artículos. Van a tener más riqueza en nuestras clases a medida que nosotros podamos darles una visión más actual de lo que es la clínica, aunque nos basemos en la bibliografía.

La materia Clínica de Niños, con nuestra Cátedra, existe desde el año 1984, con el retorno de la democracia. Hace muchos años que estamos trabajando. Su titular fue el Dr. Ricardo Rodolfo y actualmente es la Profesora Marisa Rodolfo. Yo soy Profesor Regular Adjunto desde el año 1992; Adriana Franco es Profesora adjunta desde el año 2004 pero es miembro de la Cátedra desde 1984; la Jefa de trabajos prácticos está también desde 1984, y la Prof. Adjunta Alicia Lo Giudice está también desde el comienzo, y en este cuatrimestre está dictando un taller acerca de Derechos Humanos a los que se van a poder inscribir los que no tengan posibilidad de inscribirse en los prácticos de Facultad. Esta materia era obligatoria en el primer plan y paso a ser electiva con la reforma que se hizo de la carrera.

Suponemos entonces, que si están acá haciendo una materia electiva, es porque les interesa la clínica de niños. Eso debería ayudar a la cursada, a ustedes y a nosotros, porque nosotros les enseñamos con mucho interés, y si ustedes se han anotado electivamente es porque tienen un interés especial. Así que esto facilita... y todo lo que tengan para leer lo van a utilizar.

Les voy a hacer una introducción a la materia y a la clínica de niños para situarlos. El psicoanálisis de niños tiene ya 100 años. El primer niño que se da por analizado es Juanito, de un modo que es singular y original, porque fue analizado por su papá. Freud publica el caso en 1909, con lo cual tiene ahora 102 años. Pero el análisis del niño lo hace entre 1907 y 1908. Hacer una introducción a la clínica de niños con tantos años de desarrollo no es sencillo. Porque desde Juanito hasta la actualidad han ocurrido muchas cosas en la clínica con niños. Hay mucha experiencia sedimentada, en un cierto sentido. Entonces estudiar la clínica de niños hoy implica recoger toda

esa experiencia, porque hoy podríamos decir que todos los autores son muy importantes para el trabajo contemporáneo. En este contexto es difícil poder decir que algún autor sea desdeñable, el valor que tiene por ejemplo Melanie Klein, una de las primeras que se dedicó al psicoanálisis de niños, que además es parte de la historia del psicoanálisis de niños en la Argentina, es sobresaliente. El psicoanálisis de niños en nuestro país fue kleiniano. Sus concepciones fueron suavizadas, criticadas, reevaluadas, revalorizadas, pero desde ningún punto de vista se puede decir que es desdeñable su desarrollo. Esto se puede decir en el siglo XXI, no hace 40 años. Hace 40 años las escuelas de psicoanálisis formaban bloques de escuela donde cada uno leía a sus propios autores, polemizaba con los otros, y esto generaba posiciones muy absolutas. No ha aparecido en los últimos años una nueva escuela psicoanalítica, similar a la influencia de Melanie Klein, de Freud o de Lacan o con los desarrollos de Winnicott. La clínica contemporánea toma los aportes más importantes y eso no deja afuera a ninguno. Para la formación clínica esto es fundamental porque dedicarse a la clínica es arreglárselas con los pacientes. Con los niños y sus padres. Y con una multiplicidad de problemas en la psicopatología, en los motivos de consulta, pero también frente a la necesidad de tener dispositivos variables para poder atender distintos tipos de problemáticas, que se sitúan en distintos tipos de instituciones. Hoy los niños se atienden de modos variados en hospitales, en centros de salud, en clínicas privadas, pero también hay intervenciones de analistas en distintas escuelas, en escuelas especiales, en juzgados. Hay problemáticas específicas como la violencia, los abusos. Para poder saber qué hacer en cada una de esas instancias hay que tener, no sólo una amplitud de conocimientos sobre las distintas formas del padecer que pueden ser motivo de consulta por un niño, sino también variables en los dispositivos para poder atender distintas problemáticas.

Clásicamente el trabajo con niños siguió los lineamientos de Freud. Freud concibió, como ustedes saben, al proceso psicoanalítico como un proceso largo, lo que en esa época, quería decir muchas veces por semana e intensivo. Y con una pretensión exhaustiva. Los primeros trabajos con niños siguieron ese patrón de tratamientos largos, donde se aspiraba a repetir los patrones del psicoanálisis de adultos: transferencia, resistencia,

neurosis de transferencia. Así se empezaron a atender a los primeros niños; esa fue la pretensión. Los tratamientos duraban lo que podían, porque se seguía ese parámetro de lo que debía ser un proceso analítico.

Al principio no se sabía cómo se comportaba un niño en el dispositivo analítico. Lo único que se sabía era lo que Freud había dicho de los niños teóricamente. Y lo había extraído de pacientes adultos. O sea que qué era un niño es una preocupación que Freud empieza a tener en los primeros años de 1900 y así llega Juanito. Freud le pedía a sus contemporáneos en las reuniones de los miércoles, que trajeran observaciones sobre niños, y los psicoanalistas, los simpatizantes del psicoanálisis, observaban a los niños que tenían en sus casas. A Freud le interesaba ver lo que él había conjeturado a partir de sus pacientes adultos, y en este marco aparecen los primeros niños. Y Juanito es primero una observación del papá. Por eso el caso, la primera parte del caso, son los informes del papá. Juanito, en algún momento hace un síntoma y Freud aprovecha y decide orientar ese análisis. Le vino como anillo al dedo. Pero Freud no estaba interesado en crear el psicoanálisis de niños. Aún así, esto dio lugar a abrir la posibilidad de atender niños con una fobia como la de Juanito"; porque Juanito se cura de la fobia.

Una aclaración para los que quieran dedicarse a la clínica con niños. No esperen encontrarse a Juanitos en el consultorio. Porque Juanito tenemos una vez cada mucho tiempo. Encontrar un niño que habla y mucho que decía muchas cosas, muy ocurrentes y muy interesantes, y además con una noción de que el analista es alguien que lo va a ayudar. Esos existen, existen niños así, pero no abundan.

Justamente porque los niños no son como los adultos, es que los analistas se ven obligados a cambiar el método, a cambiar la forma de aplicar el método que Freud había inventado. Por la época que Freud escribe el caso de Juanito, el método del psicoanálisis no es en la última versión de lo que será el mismo. Hay posteriores modificaciones en el método freudiano antes y alrededor de 1920. Juanito fue analizado con el método más clásico: asociación libre, y lo que está descrito en los escritos técnicos. Pero no terminan los problemas en esto. Ahí comienzan otros problemas que curiosamente van a dar lugar a lo que él piensa como la

compulsión a la repetición. De esta nueva corriente de ideas surge, intenta dar respuesta, Melanie Klein con un método específico para analizar a los niños a través del juego.

En Argentina, los primeros analistas fueron kleinianos, y la experiencia era de este tipo. Esto forma una base común sobre la que surge una nueva teorización, y la experiencia transmitida oralmente genera este suelo común que aún está presente. Seguramente habrán escuchado hablar de la famosa hora de juego. Bueno, Melanie Klein nunca habló de la hora de juego. Ese es un invento de Arminda Aberastury, la inauguradora del psicoanálisis de niños en Argentina. Arminda Aberastury se murió en 1972. Trabajó originalmente con las ideas de Sophie Morgestein. Pero luego toma la línea de Melanie Klein y éste es el psicoanálisis que se conoce en la Argentina. Entonces ella inventa para las primeras consultas con los niños y para el diagnóstico, la llamada "hora de juego". Ella misma se desdice en unos escritos últimos antes de su muerte, sobre la palabra hora de juego. Dice que la hora de juego que ella inventa, en realidad no se ajusta a los hechos porque ella en realidad piensa esto para los niños más pequeños. Los niños más grandes, hablan, dibujan y hacen toda clase de cosas. Esto tiene importancia porque la idea de juego de Melanie Klein es central y cuesta abrir otras ideas acerca de lo que pasa en un proceso analítico con un niño. No es solamente todo juego. Hay juego, hay relatos. Los chicos nos cuentan cosas como cuentan los adultos, pueden dibujar... El material clínico de la clínica de niños no es sólo juego, aunque la idea de juego, de lo lúdica sea importante e insustituible para analizar a un niño. Los niños tienen momentos que dicen cosas que no son ningún juego, que son bien claras. Lo que sí es cierto y esto lo han comprobado los analistas de niños hasta la actualidad, es que los niños como decía Freud, no toleran demasiado la asociación libre. Los métodos de la asociación libre. Por lo tanto, el método no se puede aplicar exactamente igual que en el psicoanálisis de adultos. Éste es un problema con el que van a lidiar todos los analistas. Es un problema en tanto creamos que el único método por excelencia es la asociación libre verbal. Si creemos que es un método sagrado, sí tenemos un problema. Y así se pensó; que se trataba de un método sagrado y que todo lo demás era, por decirlo así, herejía. Uno intenta encontrar modos de

dispositivos clínicos en los que si el niño no habla, le podamos acercar algún material o algún recurso que permita que el trabajo psíquico se produzca con el niño. Porque para Freud la asociación libre es un trabajo psíquico. El juego es eso, un modo de trabajo psíquico, que para Melanie Klein es homologable a la asociación libre en el adulto. Que sea homologable no quiere decir que sea igual.

En la transmisión del psicoanálisis de niños en Argentina, el juego, la hora de juego y los niños iba todo junto. Pero es importante que tengan en cuenta que en el dispositivo pensado como juego en países anglosajones como Estados Unidos, el juego es un método accesorio porque hay otros desarrollos. Esta es una idea kleiniana fuerte que consideramos en Argentina. Ni siquiera la caja de juegos es tomada por otras líneas. Inclusive aún hoy se sigue manteniendo la hora de juego y la caja de juego como si ese aspecto de la técnica no hubiese variado nada. En cambio los analistas de la línea francesa no trabajaban como trabajaba Melanie Klein. Tampoco Mannoni, ni Doltó trabajaban así. No usaban caja de juegos en el mismo sentido, para no hablar de autores más contemporáneos. Nosotros hemos heredado... hemos dejado afuera la teoría, pero el dispositivo en muchos casos en ese sentido es el mismo. Es una paradoja que vale la pena tener en cuenta... Sin duda, no se analiza al niño sin tener algunos objetos de juego por lo menos.

El psicoanálisis de niños, la clínica de niños surgió, en las distintas escuelas y se produjo así una la estandarización de la técnica. Cada escuela ha estandarizado un modo técnico de llevar el proceso analítico. El psicoanálisis de niños, con la técnica de Melanie Klein con el juego, también se estandarizó. ¿Cuál es el problema de la estandarización? Que se vuelve algo no variable a las condiciones psíquicas, situacionales, del paciente en cada caso. En realidad se comprueba que el método de Melanie Klein no es estrictamente la única técnica posible para tratar a un niño. El paciente no tiene que adaptarse a la técnica; también la técnica tiene que adaptarse al paciente. Si no hubiese sido así la historia de la clínica, del psicoanálisis en general, hoy no podríamos atender niños abusados, o niños internados que sufren de dolencias físicas, ni se habría podido introducir modos de abordaje, no como el proceso analítico estándar, pero si intervenciones

analíticas en un espacio como el del hospital. Las ideas de la época era que para todo niño que caminaba, que andaba por ahí, que sufría de algo, el método era un psicoanálisis largo. Ya Winnicott, es fue de los primeros autores que empieza a variar la técnica porque como el decía, se trabaja con niños y no al revés. El no pertenecía ni a la corte de los freudianos ni de los kleinianos. Es un autor que no seguía los patrones clásicos de ese momento. Hay otros autores, por ejemplo los de la escuela francesa, como Doltó que fueron introduciendo cosas. Son autores que se acercan de otra manera a las situaciones clínicas y van introduciendo otras formas de aplicar el método. Por ejemplo Sophie Morgestein, analista francesa, introduce el uso del dibujo para el análisis de niños, una autora suiza los títeres. Quiero decir que hay una diversidad de modos que se descubren que pueden hacer trabajar psíquicamente a un niño. Eso ya va configurando distintos dispositivos. Para trabajar con un niño, no podemos plantea como única opción un proceso largo. Hay autores que empezaron a pensar, como Winnicott, como Freud también, y otros posteriores, cierta modificación del método hacia ciertas particularidades psicopatológicas, pero no para todas porque el método psicoanálisis fue inventado básicamente para las neurosis. Por ejemplo, Freud ya piensa que las psicosis son intratables. Ahora, no todos los niños que padecen sufren una neurosis. Hay factores que no se pueden denominar neurosis todavía. Los problemas de abuso, maltrato... entonces el método no implica necesariamente un único modo para toda la psicopatología, por lo menos de entrada. Hay que hacer una evaluación de los motivos de consulta para determinar la problemática. Por eso cuanto más conozcan de psicopatología y de dispositivos, en mejores condiciones van a estar, o mejores instrumentos van a tener, para abordar una mayor cantidad de problemáticas.

En ese sentido hay una cantidad de recursos que han producido distintos autores, que sería una necesidad desconocerlos o no utilizarlos. Sin ir más lejos, la clínica con niños varía de las condiciones estándar que Freud había pensado para los adultos. Para analizar a un niño, Freud mismo dice, hay que hacer un trabajo con los padres, textual. Freud se dio cuenta que para trabajar con niños había que aunar algo de trabajo analítico con los padres. ¿Qué es hacer un trabajo psicoanalítico con los padres? Bueno, esto

es amplio y variado, y eso ha dado lugar a desarrollos clínicos que incluyendo a los padres han tratado de pensar de que modo trabajando con ellos ayudan a la sintomatología del niño, ayudan a sostener el tratamiento, que es necesario para el sufrimiento familiar y no sólo del niño. Y eso lo han desarrollado autores con distintas maneras de pensar. Las concepciones lacanianas que surgen, por ejemplo, de Mannoni y Doltó, tomando a Lacan para el psicoanálisis de niños, hacen un trabajo para pensar cómo trabajar con los padres, que los desarrollos kleinianos no tenían en cuenta. Esto también pasa con Winnicott, que ofrece modalidades de pensar el trabajo con los padres, con la madre, que es distinto a lo que se abre con los desarrollos de Lacan. Esa también es una contribución. Eso nos hace pensar a la clínica con distintas direcciones de dificultades. Por eso es bueno tener en cuenta las complejidades de la clínica. Porque un pensamiento más simple puede ser más fácil, pero no ayuda a la hora de entender las complejidades de lo que se nos presenta.

Todo esto que estoy diciendo se puede decir ahora, en pleno siglo XXI. ¿Por qué se puede decir? Porque a la distancia se puede ver el alcance que han tenido estas cuestiones, las dificultades que han tenido, los impasses, los objetivos de los propios recorridos, que fueron mostrando aperturas y cierres. Hablamos desde la experiencia que tenemos, porque seguro que las convicciones que hemos tenido, no dogmáticas, tienen que ver con pruebas y experiencias recorridas de los que nos dedicamos a esto. Eso hace a un analista, la experiencia, no sólo la teoría. Porque la teoría puede ser muy compleja, pero trasladar eso a la acción clínica, estar con un paciente, tomar decisiones en cada momento... porque eso es lo que hace un clínico. El clínico no tiene tiempo para pensar lo que va a hacer, es un pensamiento práctico, de acción clínica. Se puede estudiar antes, se puede estudiar después, pero en el momento en el que estamos con un paciente, somos, encarnamos el método y actuamos con un pensamiento en acción. No es un pensamiento reflexivo. Podemos pensar un poco, pensamos con atención flotante, pero si pensamos demasiado no vamos a poder intervenir con soltura y espontaneidad. Depende lo que hacemos en vivo y en directo. No tenemos un borrador que podamos después corregir, como dice Milan Kundera de la vida. La vida es en borrador, de la vida no hay una edición

corregida. La vida se vivió y ya está. En la clínica es algo parecido, no hay un borrador, no una versión corregida, o lo hacemos o no lo hacemos. Podemos cambiar de parecer, y corregir, ajustar intervenciones pero ese borrador es la única opción. Por eso les decía que la experiencia es fundamental. Ustedes se van a hacerse de mucho conocimiento, el trabajo de la carrera es así, pero esto no es como en otras disciplinas. En otras disciplinas hay más reglas a seguir, que son más claras, hay procedimientos más estandarizados. En cambio el clínico tiene un repertorio de elementos que tienen que decidir en el momento cuando los utiliza. Entonces, los analistas encarnamos el método. Yo no puedo planificar lo que voy a hacer con un paciente en el trabajo. Estoy sujeto a la espontaneidad de lo que el paciente va ofreciendo. Yo puedo haberme estudiado todos los materiales teóricos que me acerquen mejor a entender ese paciente, pero tengo que jugar en ese momento mis instrumentos. Es como en un juego, tengo que mover las fichas en ese momento y tengo un tiempo acotado. En ese sentido no alcanza una técnica. Cuando se dice que no aplicamos una técnica, quiere decir que no aplicamos una técnica, en el sentido de que no aplicamos la teoría, eso quiere decir. Que no aplicamos una técnica premeditada, sino que tenemos un repertorio técnico que tenemos que olvidarnos y resolver en cada situación. Winnicott llamaba la atención sobre los analistas que se acostumbraban a una rutina del trabajo porque entonces trataban a todos los pacientes igual, sin un verdadero compromiso. Los comparaba con las madres que tiene muchos hijos y aprenden la técnica del cuidado materno y se comportan con todos por igual. Pero en nuestro trabajo es fundamental, el estar ahí. Entonces volverse un oficiante de este campo sería imposible, porque como les decía, somos nosotros el instrumento. Por lo tanto, lo que mejor se adecua al describir qué hace un clínico, es cómo conduce la cura, si se plantea preguntas, si puede hacer interpretaciones, construcciones, señalamientos, ideas para que se trabajen, proponer cosas, pero en cada momento, hay que decidir cuál de ellas utilizar. Siempre pensamos ¿cuál de ellas para cada situación? Siempre hay que estar sujeto a lo que ese encuentro vaya deparando. Lo único que nos sostiene es el método, que el método trabaje. Que haya trabajo psíquico, Pero vuelve a plantearse la misma cuestión y otras, para que el método

trabaje, para que haya trabajo psíquico, nosotros formamos parte de eso. Somos parte de lo que se pone en funcionamiento. Visiones anteriores pensaban al analista con cierta distancia del paciente. Hoy sabemos que lo que va produciendo el paciente tiene que ver con el analista. No hay un lado oscuro del paciente independientemente del lazo que establece con el que desarrolla la cura. Eso no quiere decir que el analista prefabrica al paciente, de ninguna manera. Pero es algo que pasa en el lazo del trabajo. Entonces, tengo un montón de posibilidades: y ¿cómo decido eso? No hay un manual que nos diga, para tal situación esto, para tal situación lo otro, entonces, lo que más nos va a indicar que hacemos, creo yo, es que lo que hacemos es improvisar, como dice un psicoanalista argentino en un reciente trabajo. Nuestra acción es improvisación. Aunque tengamos pensado alguna cosa que vamos a hacer, el momento en el que intervenimos al final siempre es una improvisación. Hay intervenciones que los analistas descubren en el momento, eso es lo más clásico. También hay intervenciones que los analistas pueden tener pensadas porque no encuentran como, pero aun así, tener la idea es una cosa, y comunicársela al paciente requiere el cómo, el cuándo y el por qué. Una cosa sería una construcción y otra cosa es como se ve en el caso. Porque a nosotros en la clínica lo que nos importa es ser eficaces. Y ser eficaces no es sólo curar de los síntomas. Ser eficaces es que el método funcione, que el trabajo psíquico abra nuevas cosas, que se esclarezcan cuestiones, que se abran nuevas temáticas, que se ligen cosas que estaban complicadas, eso es ser eficaz. A la larga la eficacia se torna en la mejoría de los síntomas, pero no es nuestro objetivo la curación inmediata, aunque la cura es todo el proceso. No se olviden que en la clínica con niños la demanda terapéutica está a la orden del día. Ningún padre trae a un niño para que se psicoanalice y que amplíe su subjetividad. Los padres traen a los chicos porque no pueden más con ellos, o porque sufren con ellos o sufren por ellos o porque no los aguantan más, ¿entienden? Entonces, cuando ocurre todo eso concurren al analista: No pueden más. Por esto, el analista de niños una de las cuestiones que tiene que atravesar siempre es ser objeto de la demanda terapéutica permanentemente. No podemos salir de eso. Tenemos que arreglárnosla con eso. Es una tensión imposible de resolver de modo absoluto. Y tenemos que encontrar una

manera de solucionarlo, porque si no lo logramos, aunque la cursa sea a tiempo, se van a buscar a otro profesional. O sea que tenemos que ser eficaces. Por eso también vamos a tener que trabajar con los padres.

Recuerdo una familia con un chiquito que atendí de 2 años y medio, muy pequeño, tenía 3 años, brillante, inteligentísimo, con un síntomas obsesivos, y además tenía angustias pánicas terribles. Bueno, yo lo analice. No fue un chico fácil en cuanto a la complejidad de su problemática, pero como paciente, un paciente delicioso. Cuando había mejorado de sus obsesiones, los padres en las últimas consultas (porque yo ya los había visto muchas veces), me decían que era un tipo de chico que era muy inteligente pero no era un chico popular desde el punto de vista social, y no era un deportista, así como la mayoría de los niños... el padre tenía relación con el deporte... y entonces los padres querían que mejorara más cosas según sus ideales de lo que esperaban del niño, y yo les dije "pero ustedes que quieren, ¿un niño ideal?". ¿Qué estaban buscando? El niño era el que era y parte de ser padres es poder aceptar cómo es el niño, porque de esas cosas no padecía él, de ser sobre todo más intelectual, no ser tan popular. Pero en la idea de los padres, querían una especie de perfección, chapa y pintura completa. Pero eso es imposible. Y eso ayudó a que la tensión de los padres respecto del ser del niño disminuyera. Me volví a encontrar con esta gente años después, y el chiquito había tenido un desarrollo óptimo, inclusive había empezado a practicar deportes, para el gusto de los padres, pero sobre todo para el gusto de él. Este tema de los padres, los ideales de los padres respecto del hijo y qué demanda tenían. Porque hay padres que tienen demandas imposibles. Esa pelea, la inevitable herida narcisista que todo niño le provoca a los padres, porque si bien para todos los padres el niño comienza por ser "su majestad, el niño", como dice Freud; si bien ese es lugar más claro - no ocurre con todos los niños - pero aún en esos casos en algún momento, los padres se dan cuenta de que ese niño no es tan maravilloso. En ese momento se pone a prueba el narcisismo de los padres, y por otro lado, en algún momento se pone a prueba el narcisismo del niño. Las exigencias narcisistas de los padres se trasladan al niño, y eso es parte a veces de los síntomas. Hay síntomas que son únicamente del niño, pero

hay síntomas que son del niño y son de los padres, en este sentido. Ahí se imponen intervenciones específicas.

Decíamos que Improvisar es lo que más se adecua a poner en acto el método, en el sentido en el que no tenemos un programa establecido. Se improvisa. Así son muchas prácticas, pero en nuestro trabajo es algo que hace a lo más propio de lo que hacemos. Yo no se qué voy a hacer con el paciente que voy a ver. Tengo una cantidad de ideas y con eso veo como sigo. Por eso resulta tan complicado transmitir la clínica, porque depende de la experiencia. Es tener pruebas, equivocarse y hacerse de la propia sensibilidad frente al contacto humano, tanto con los niños como con los padres. Si para algo tiene que servir la técnica es para que el lazo con los niños y con los padres, sea lo más verosímil y verdadero posible. Si la clínica se convierte en algo que nos separa de ese lazo para hacer lo que tenemos que hacer, no sirve. La técnica tiene que servir para establecer un lazo de trabajo, profesional y para que ese trabajo funcione. Para eso se requiere habilidad, análisis propio, flexibilidad subjetiva, soportar las tensiones y las locuras, y también la neurosis de los demás, las de los niños incluida. Esto nos pone a prueba permanentemente. Y es parte de la cocina de todos los días. Y los conocimientos sirven para tener más parámetros para enfrentarnos a la cocina de todos los días. Silvia Bleichmar, una autora muy importante del psicoanálisis en Argentina, que murió muy joven, decía que cuanto más grave es la patología de un niño, lo decía en relación a las psicosis infantiles, mayor necesidad de teoría tenemos los analistas, ¿por qué? No para aplicar la teoría, sino por lo incognoscible, por lo difícil de conocer a causa de la complejidad que tiene la psicosis en un niño, como todas las psicosis en la infancia, y que el proceso terapéutico no quede a expensas del capricho del inconsciente del analista. Para que no valga cualquier cosa. Cuanto menos conocemos de qué se trata, que el paciente no quede a expensas de nuestro capricho inconsciente. Entonces, los conocimientos sirven también para eso.

Después vamos a ir viendo distintas cuestiones teóricas, pero no quiero dejar de mencionar esto. Cuando están con un paciente, además de todo lo que saben, están ustedes y eso hace a la particularidad única que tiene la situación. Y arreglárselas con eso es arreglárselas con uno mismo,

porque no es un instrumento en el que yo aprieto un botón y le tomo la presión, le tomo una audiometría y listo, ¿entienden? Es otra cosa.

Anuncio lo que voy a tratar la vez que viene. Hoy estoy con la unidad 1 que es una introducción. Me voy a dedicar la vez que viene a las concepciones del niño y las concepciones de la cura, y la noción de niño en psicoanálisis.

Voy a ocuparme ahora de que cada teoría psicoanálisis, cada teorización, dibujó una faceta del niño. Freud en dos tiempos, Melanie Klein dibuja un niño para el psicoanálisis, un niño teórico y un niño en la clínica. Anna Freud pinta otro, Lacan dibuja otro tipo de niño. De todo esto surge una aspiración clínica terapéutica, de la meta en el psicoanálisis. Hago hincapié en que es fundamental conocerlo para pensar la clínica del psicoanálisis.

¿Alguna pregunta hasta aquí?

¿Quiénes han hecho escuela inglesa? (Los alumnos levantan la mano)

¿Quiénes han hecho escuela francesa? (Los alumnos levantan la mano)

¿Y Psicología del yo? ¿Ninguno?

Bueno, psicopatología hicieron todos. ¿Clínica de adultos? ¿La están haciendo ahora?

Bueno, espero que sea un año productivo. Tiene que ser un año provechoso para ustedes y para nosotros también. Si están deseosos de aprender, yo voy a estar más deseoso de enseñarles. La clase a esta hora de la noche, después de venir del trabajo, puede volverse muy aburrida para ustedes y para mí. Quiero que sepan que me pueden preguntar, insistir, lo que quieran.

Nada más por hoy. Ahora los dejo con la profesora Griselda Splívalo. Griselda: - Buenas noches, la idea de estos últimos 15 minutos de la clase es contarles acerca de las practicas profesionales. Cómo va a ser la inscripción, pero sobretudo cuál es la idea de las practicas institucionales. El profesor hizo referencia a la complejidad de la clínica, y eso significa que es muy distinto el dispositivo que tenemos que armar para darle una oportunidad de trabajo a un bebe que tiene 9 meses y que cuando la madre

quiere darle el pecho, cierra la boca, corre la cabeza o ahí sentadito como está golpea a la madre. Es distinto el trabajo psíquico y el dispositivo que hay que armar para una nena de 9 años que en un mes su mamá va a recibir un trasplante renal. Es distinto al trabajo psíquico que tiene que hacer un adulto que tiene dudas sobre su identidad, y que quienes dicen ser sus padres no lo son. Entonces la variedad de las problemáticas que plantean las personas es tal que tenemos que tener la cabeza muy abierta aunque nos dediquemos a una u otra para poder evaluar. Y no evaluamos solos, sino con otros profesionales de la salud, como pediatras, abogados, asistentes sociales. Nosotros tenemos que poder evaluar, poder hacer hipótesis acerca de los que estamos evaluando y hacer intervenciones para aportar algo a la sociabilidad de estas personas que nos vienen a consultar o que son traídas por otros, como en el caso de los niños y los adolescentes. Con este fin, hemos organizado 10 prácticas institucionales. Estas prácticas están en distintos hospitales. Toda la información esta en la página, donde pueden ver todos los detalles y también los horarios. Pero les anticipo la oferta de hospitales: son el Hospital Gutiérrez, donde tenemos 3 comisiones. Una es en el espacio de gente que está trabajando con niños de 0, de los más pequeñitos, hasta 5 años. La otra con niños y niñas pre-púberes. Y la otra, un espacio nuevo, que estamos inaugurando este cuatrimestre en la guardia del Hospital. Yo me recibí de la residencia del Hospital de Niños, y en el año 1983, 1984, salieron los cargos para ser psicólogos de guardia, 24 horas en la guardia del Hospital. Al principio nos preguntábamos, para qué íbamos a estar. Entonces, es interesante, cómo a lo largo de los años hemos sabido ocupar un lugar junto a los pediatras, un lugar para la urgencia. No es lo mismo atender a alguien que cometió un intento de suicidio ayer u hoy, y hay que evaluar que riesgo hay si vuelve a la casa, o si hay que internarlo o qué dispositivo hay que armar. No es lo mismo alguien que tiene que ser operado mañana, con un turno que tiene hace un año, y que si lo pierde no va a tener otro hasta dentro de un año, y tiene una patología compleja y ver qué se puede hacer hoy porque está en pánico y se quiere escapar del hospital, ¿sí?. Digo esto porque aquí el tiempo es una variable importante en el trabajo, y que sin ser un proceso analítico, hay intervenciones que sólo un analista puede hacer, para ayudar a que esa oportunidad, esa cirugía que

tiene que estar, porque le puede salvar la vida, porque hay chicos que pierden un turno y después se mueren en una lista de espera porque no han tenido otra oportunidad próxima. Entonces, esta variable del tiempo, en una guardia de un hospital, es una variable que alguien que trabaja en un consultorio particular la conoce, pero la tiene muy velada. Por eso, tres de las actividades son en el Hospital Gutiérrez, y ustedes las van a ver en la página. Otra de las actividades es en el Hospital Tobar García. Hay tres hospitales de niños: Casa Cuna, el Hospital Gutiérrez, el Hospital Tobar, y cuatro con el Hospital Garrahan. Cada hospital tiene un contexto para el trabajo diferente y hay que conocer cuál es ese contexto. Porque yo por ejemplo, trabajo en el Hospital Garrahan hace 20 años, y hemos armado un circuito entre los profesionales para mejorar la división de maltrato y abuso. Entonces, si el pediatra sospecha de maltrato o abuso por indicadores que tiene el paciente, la nena o el nene, o que a través del relato tiene casi la convicción o la certeza de que esto sucede, en el día llama al psicólogo y al asistente social, y en el día se evalúa si ese chico puede ir a la casa o si se corre riesgo de que la misma situación se repita esa noche. Entonces, dos de las otras prácticas institucionales están en el Hospital Garrahan. Una es en la parte de interconsulta y la otra es en la parte del área de juego. A pesar de que hay niños muy enfermos los que están internados, tratamos de preservar siempre los aspectos vitales. Cierta cuestión en relación a la salud del niño. Es muy emocionante estar en terapia intensiva y ver que un niño internado está trabajando con la maestra algo que sus compañeros están trabajando en el aula. Y esto siempre teniendo en cuenta las condiciones que el chico requiere. El Hospital no tiene consultorios externos, entonces, en interconsulta se va a ver el trabajo que hacen los psicólogos junto a los pediatras. Tres en el Gutiérrez, dos en el Garrahan y una en el Tobar García. En el Tobar García van a asistir a ateneos clínicos, donde se discute con distintos profesionales del área de la salud, a los pacientes complicados. Son situaciones donde el psicólogo no puede solo y necesita escuchar la opinión del psiquiatra, del médico legista, del abogado, del neurólogo. Porque las problemáticas son muy complejas. Hay chicos a los que les pasan cosas y los llevan o no los llevan, o dejan de llevarlos y por eso se va complicando la situación. En el Tobar van a participar de los ateneos, donde

se pueden ver distintas opiniones de los profesionales para llegar a un acuerdo sobre cuáles son los problemas principales y cuales son las intervenciones principales. Los pacientes vienen con situaciones muy complejas, y uno no puede hacer quince evaluaciones, quince tratamientos para cada una de las cosas. Hay que reunirse y entre todos pensar qué se puede hacer. Decidir qué dejamos para después y fijar las líneas prioritarias del tratamiento. Porque sino no hay chico que aguante y no hay familia que aguante. Es muy interesante para ver cómo se discuten estas cuestiones.

Hay un espacio nuevo en el Hospital Ramos Mejía. En este hospital va a haber varias actividades, de admisión, de supervisión, sobre cómo se preparan talleres para las escuelas que vienen al Hospital. Siempre está bueno en la práctica clínica conocer la cocina del restaurante, no sólo ver cuando el plato está bien hecho, sino todo esto que les contaba el profesor, en cuanto a esa creatividad que teniendo experiencia, teniendo hipótesis, nos generan un momento que es único y original que es ocurrencia de por qué uno hace o no hace, interviene o no interviene. A veces se cuentan las intervenciones como "le dije a" y el paciente de un momento para otro cambió. Eso, en general no sucede. Si algo sucede es porque nos preguntamos, nos hacemos hipótesis, vemos si funcionan... La idea de trabajo psíquico se trata de un espacio entre analista y paciente, es un trabajo en conjunto. Después está a cargo de la profesora Alicia Lo Giúdice, en Abuelas de Plaza de Mayo, que también tienen como invitados a abogados y demás, por todo el tema de la restitución de los derechos, el derecho a la identidad como derecho básico para todas las personas. Y va a haber dos talleres, que tenemos invitados del Casa Cuna, que van a venir como invitados acá a la Facultad. Ese es el horario más tarde que conseguimos, porque los hospitales es muy difícil conseguir algo en los horarios de la noche. Entonces el más tarde que pudimos armar es el de los jueves a las 19.45, y les pedimos a los profesionales del Casa Cuna que vengan acá a la Facultad para tener ese taller, en el que no van a poder ver pacientes, pero van a escuchar a la Jefa de residentes y a residentes de tercero o segundo, que en edad y experiencia están más cerca de ustedes y les pueden acercar estas cuestiones como los temores que uno tiene la primera vez que se acerca la clínica, o la primera vez de ir a hablar con un

medico, que uno no sabe si lo va a entender, si no, si va a poder darse a entender. Esta es nuestra idea de la práctica clínica, mostrarles lo rico que es trabajar con otros profesionales y los pacientes, pero también mostrarles que uno tiene miedo, que uno se enoja, que uno se angustia, cómo se hace para poder manejar esos sentimientos. Todo eso es parte de la tarea. El asunto es como uno lo trabaja, su propio análisis, el propio espacio de supervisión, para no caer en un ojo por ojo, diente por diente. En las situaciones institucionales hay tanta gente opinando sobre un chico, y uno tira para un lado, otro tira para otro, y bueno, hay que ir consensuando.

El ultimo taller, que va a estar a cargo de la Licenciada Claudia Levin, que es la otra Jefa de trabajos prácticos, es un trabajo que tiene que ver con los psicólogos que trabajan en los gabinetes de las escuelas.

Como podrán ver, la oferta es diversa. Van a ver que hay algunas prácticas institucionales que tiene cupos pequeñitos, porque el lugar físico de la actividad no da para más. Y hay otros que son con cupo abierto para que se anoten todos los alumnos que quieran. En cuanto a fechas es así: Tienen que buscar en la página la dirección de mail mediante la que se tienen que inscribir hasta el 4 de abril, manifestando tres opciones. Luciana Tallones, es la docente que hace este trabajo para armar las comisiones. Sean puntuales con las fechas, porque sino se nos complica mucho el asunto. A partir del día viernes 8 de abril, van a tener donde está inscripto cada uno. Si hay gente a la que se le complica porque trabaja, y sólo puede ir a una comisión, vamos a priorizarlo se trae certificado. De cada practica institucional van a tener una fecha de comienzo. La mayoría empieza entre el 11 y el 15 de abril, excepto dos que empiezan más tarde, que son la del Gutiérrez a las 18.00 horas, porque hay una cuestión que no pudimos arreglar, y la del Hospital Garrahan de hora de juego.

Miren bien cuales el punto de encuentro, los horarios, fecha de inicio y demás. Por favor, traten de respetar las fechas de inscripción, porque es un trabajo muy grande el de armar las comisiones.

Bueno, creo que nada más. Los esperamos. Después les vamos a ir acercando información sobre los distintos espacios de la cursada.

Buenas noches para todos.