

Clínica de Niños y Adolescentes
Seminario
Griselda Splivalo
Interconsulta médico psicológica como modalidad de la Clínica con Niños
Clase 18 06 08

Bueno, hoy vamos a retomar algunas cuestiones de lo que serían entrevistas preliminares y los movimientos de apertura. Piera Aulagnier, en un texto que se llama “El Aprendiz de Historiador y el Maestro Brujo”, dice que en estos primeros momentos lo que es necesario preservar es una relación de intercambio con el paciente. ¿Qué tipo de intercambio? Intercambio de conocimientos, de afectos. Y dice que este intercambio de conocimiento y de afecto entre paciente y analista es el movimiento que está en la base y el fundamento de toda relación transferencial. Lo que dice Piera Aulagnier es que toda práctica analítica requiere tiempo y que si bien el Psicoanálisis no es una terapéutica de la urgencia, puede que haya urgencias en el registro de lo psíquico o en el registro de lo somático. Entonces, Piera Aulagnier relaciona la práctica analítica con requerimiento de tiempo, ¿tiempo para qué? Es imposible de prever cuando será el tiempo de interpretar, ni qué trabajo de preparación para la interpretación hará falta para que el sujeto pueda utilizar lo trabajado en la sesión al provecho de su organización psíquica. Tiempo para evaluarse la urgencia en lo psíquico y lo somático, tiempo para ver si estas interpretaciones pudieran ser utilizadas a favor de la organización psíquica del paciente.

También dice la autora, que el analista tiene que hacer un autodiagnóstico para ver si acepta o no ocupar el puesto de analista con este paciente. ¿Yo estoy dispuesta a ser la analista de este paciente con esta problemática? ¿Estoy dispuesta a ser sostén transferencial de este paciente? Según Piera Aulagnier, si el analista no está dispuesto es poco el tiempo que le queda para poder cerrar las entrevistas preliminares. Fíjense lo que dice del autodiagnóstico; si uno está dispuesto a ser el analista conociendo su propia problemática psíquica, sus propias posibilidades, sus resistencias.

Cuando dice esto de aprovechar al máximo el trabajo analítico en provecho de la organización psíquica, ¿qué dice? Dice que el trabajo analítico esté al

servicio de objetivos que sean: - reforzar la acción de Eros a expensas de Tánatos

- hacer más fácil el acceso al derecho y al placer de pensar, de disfrutar y de existir; y

- facilitar un trabajo de sublimación que permita al sujeto renunciar a ciertas satisfacciones pulsionales.

Con esto Piera Aulagnier plantea o planea los movimientos de apertura en un trabajo que prevé a largo plazo para poder interpretar aspectos de la subjetividad que comprometen a la persona en dificultades en la sublimación, en el placer de vivir y que haya más Tánatos a expensas de Eros y poder modificar esta situación. O sea, que esta es una postura con respecto a lo que serían los movimientos de apertura y el trabajo en las entrevistas preliminares.

Ahora, lo que empezamos a ver la semana pasada con Winnicott, tanto en “El Valor de la Consulta Terapéutica” como en otro texto que se llama “Clínica Psicoanalítica Infantil”, era esto de poder aprovechar cada entrevista como si fuera la última. Poder frente a las dificultades y los planteos que nos trae la clínica, y en especial la clínica con niños con el entramado transferencial que hay, poder ofrecer esta apuesta del valor del psicoanálisis que en muchos casos es preferible a un psicoanálisis a largo plazo. Lo que nos dice Winnicott es que el paciente quiere la solución de sus conflictos internos así como también modificaciones para las obstrucciones externas de sus conflictos. Aquí se refiere a que siendo que el niño depende en su constitución subjetiva del aporte de los padres, la función del analista estaría dedicada a trabajar con el niño pero también con los padres para que los aportes al niño sean los adecuados para su desarrollo emocional. Es una experiencia de confianza entre el analista, el niño y sus padres.

Winnicott había observado que muchas veces los pacientitos en la noche anterior a la consulta soñaban con el doctor, con aquel a quién sus padres llevarían a la consulta al día siguiente. Y descubrió que él como doctor tenía el lugar de un objeto subjetivo para el paciente y que poder leer o comprender cual es el objeto subjetivo que él ocupa para el paciente le daba una gran oportunidad para establecer contacto con el niño. En este artículo Winnicott pone el acento en que el niño o el adulto en la consulta buscan solución a los conflictos, y que buscan una experiencia de confianza. Lo que vamos a ver en

material clínico que les traje hoy es que no todas las primeras entrevistas parten de este objeto subjetivo en la mente del niño o en la mente de los padres como un objeto con quién tener esta experiencia de confianza o quién va a ayudar a resolver estos conflictos. Quiero decir, cuando los padres llevan al niño a la consulta por decisión propia ya hay como un voto de confianza con el psicólogo; tienen la ilusión de que los va ayudar. Pero en el marco institucional donde es el médico el que pide la interconsulta y que el psicólogo evalúe la situación clínica, muchas veces lo que vamos a ver es que la mamá y/o el nene tienen miedo del médico y tienen miedo o no confianza de ver al psicólogo. Y a veces, cuando los padres están muy desconfiados es un problema enorme porque les cuesta mucho seguir las indicaciones médicas y además cambia mucho la calidad de vida del niño si cumple el tratamiento o no. Por otra parte, como se trata de enfermedades muy muy graves la familia queda como cautiva del equipo del Garrahan porque no encuentran en su lugar de origen tratamiento para esas enfermedades tan complejas. Así es como también hacen muchas consultas no médicas, buscando alivio en otras terapias. Por eso en la interconsulta es muy interesante ver a quién le tiene confianza la familia; ¿al médico?, ¿al sacerdote?, ¿a una tía que tuvo una enfermedad similar y se trató en ese hospital o con ese médico? Hay que escuchar a quién escuchan ellos para en la ejecución de la estrategia poder convocar eventualmente a esa persona. Una vez, una mamá tenía mucha confianza en que a la desnutrición del nene iba a curarla la señora que tira el cuerito, le dijimos que estaba bien lo que ella decía solo que esa señora parecía ser de adultos y no de chicos. Y nosotros conseguimos una señora especialista en chicos que viniera a tirarle el cuerito al hospital. Negociamos las creencias de la madre con las creencias médicas. La mamá se quería llevar al chico del hospital para hacerlo tratar por la señora. Entonces hicimos venir una señora al hospital, mantuvimos la internación e hicimos los dos tratamientos juntos y todo anduvo más o menos bien. Sería muy fácil decir “situación de menor en riesgo”, judicializar el caso.

Entonces, ¿qué es lo que uno hace como analista en estas primeras entrevistas? Escucha, descubre cuales son las creencias de los padres, escucha cuales son las creencias del chico y trabaja con esas creencias tratando de mediar o negociar con las creencias del equipo médico. Una vez,

una nena venía de Bolivia, de Santa Cruz de la Sierra, viene a Bs As con la mamá y la nena se fractura el bracito. Le ponen un yeso en el Garrahan. La mamá viene a la semana y con una tijerita le había cortado el yeso. Los médicos estaban bastante enojados porque esto implicaba riesgo de que le fracturara mal el húmero. Decían “menor en riesgo”. Yo dije “*Esperen. Vamos a ver*”. Hago pasar a la mamá, que había migrado hace muy poquito con lo puesto, lo mínimo y le digo:

Psicóloga: - Bueno, a ver. Dígame en su pueblo cuando se rompen los huesitos ¿con qué los curan?

Mamá: - Con "emplasto de víbora"

Psicóloga: - ¿y cómo les va?

Mamá: - Bien, el huesito se cura.

Psicóloga: - ¿Y UD con qué le cortó el yeso a la nena?

Mamá: - Le corté con una tijerita

Psicóloga: - ¿y porque lo hizo?

Mamá: - Porque el yeso le aprieta el alma a la nena

Fíjense qué interesante; la madre tiene sus creencias de cómo se curan las fracturas y tiene sus creencias de cómo se cuida el alma de su hija. Hay un conflicto, que no es el conflicto interno del chico, es un conflicto entre saberes. ¿Qué actitud podrá tener el equipo médico para imponer su saber? Que obviamente tendrá sus razones. ¿Qué posibilidad tiene el equipo médico de escuchar las razones de los pacientes? Digo, en esto de las primeras entrevistas y la consulta terapéutica, ¿cuál es el valor de escuchar la singularidad de esta mamá? Respetarlo. Uno negociará y mediará como puede. Es su nena y ella tiene sus derechos con respecto a su hija. Tendrá sus saberes y sus ignorancias. Y nosotros como equipo también los tenemos. Y no hay que engolosinarse que por pertenecer a una institución renombrada uno se la crea que se las sabe todas. A tal punto, que ahora empezó un grupo a estudiar cómo son esas otras terapias que van a buscar los pacientes para saber más de cómo piensan porque en algunas cosas tienen razón también. O

sea, en este sentido en la interconsulta los conflictos no son solo conflictos internos del paciente o conflictos en la subjetividad. También está lo que se llama “Transculturalización”. Transculturalizada la mujer, acá la nena es una mamá de alto riesgo y habría que judicializar el caso y uno debería hacer un montón de cosas para proteger a la nena de las intervenciones de su mamá. Y la mamá tiene creencias claras pero responden a una lógica diferente de la nuestra.

Acá fue muy interesante porque cuando le comento esto al médico me dice *“¡Qué suerte que la mamá le sacó el yeso! Porque tenía una infección que le supuraba y hubiera sido un problema si no le sacaban el yeso”*. De alguna manera se lo dijo la nena o se lo dijo la mamá. Con esto quiero decir que hay muchos analistas con diferentes actitudes en la clínica y hay muchos médicos con distintas actitudes en la clínica. Hay médicos omnipotentes y hay analistas omnipotentes. Hay médicos humildes y hay analistas humildes. No existe “el médico” y “la medicina”. También hay analistas omnipotentes y analistas mas atravesados por la Castración. O cada uno de nosotros tiene, quizás por inseguridad, momentos de envalentonarse mucho y ponerse en una posición de “Yo sé”. La clínica en el hospital nos muestra que nada de lo que hace uno alcanza. Hay algunas enfermedades que no hay con qué tratarles. Algunas porque no tienen tratamiento, otras porque tienen tratamiento pero se hace inaccesible a pesar de toda la red que se arme. Son tan complejos los problemas de salud por lo que tienen de físico, de social, de psicológico; de entramado subjetivo donde hay más Tánatos que Eros que es muy difícil.

Volviendo a la noción de objeto subjetivo: derivó en esto de que es función del analista no solamente ocuparse de los conflictos internos, de los trastornos en la constitución subjetiva, no solo de los entramados familiares que pueden sostener o no la subjetividad del niño. La salud es la plataforma silenciosa en la uno no piensa cuando está bien. Y estos son chicos que la salud no la tienen, con suerte, tienen que ganarla con el tratamiento. Estos chicos no tienen, de forma natural, esa plataforma silenciosa que es la salud. Entonces, fíjense que el trabajo de uno en relación a los médicos es el trabajo por hacer piso. Y estos niños además de los trabajos psíquicos propios de la edad; tienen un trabajo subjetivo plus.

Bueno, decíamos entonces ¿cómo leer o explorar ese objeto subjetivo que uno es para el paciente? ¿Es un objeto para confiar o mejor alejarse por desconfianza? Obviamente, esta desconfianza que el niño o los padres pudieran sentir tiene que ver con experiencias personales, infantiles del niño o de los padres. Pero la verdad es que hay pacientes que directamente no vienen a la primera entrevista. Entonces, si Mahoma no va a la montaña ¿cómo va la montaña a ver a Mahoma? Hay que pensar que eso del objeto subjetivo tiene algo de comodín, de dejar vacante. A veces, cuando los médicos me piden la interconsulta y me dicen: *“Ni te hagas ilusiones de que te van a ir a ver”*, yo les digo: *“¿De qué me disfrazo? ¿En qué lugar me pongo?”*. No es que uno les vaya a mentir, pero si yo me acerco tengo que tener una hipótesis de por qué no me quieren venir a ver. ¿Es porque les cuesta aceptar la enfermedad del hijo? Entonces este objeto subjetivo es igual a la enfermedad, pongo distancia como si poniendo distancia las cosas no volvieran. ¿Es porque lo ubican como un dedo acusador que los va a retar por todo lo que no hacen? Imaginan que el psicólogo les va a decir: *“Sos mala madre”, “Sos mal padre”, “Hacés mal el tratamiento”*. ¿Es por ignorancia? ¿Por mala experiencia? ¿Por el lugar que tiene el niño para los padres, independientemente de la enfermedad? Fíjense qué complejo. Entonces, cuando el médico pide la interconsulta uno tiene que incluir y prever cual puede llegar a ser la actitud con este objeto psicólogo y cuales van a ser los movimientos de apertura para hacerse un lugar. ¡Es muy interesante! ¡A mí me encantan los pacientes que no quieren tener las entrevistas!

Alumno: - Es un reto

Es un reto, es un desafío. En una oportunidad tenía un paciente en el hospital que tenía una micosis en la boca. Y realmente, los honguitos le habían comido literalmente la boca y la madre no hacía el tratamiento, ni siquiera en internación. Los médicos me dijeron: *“Hacé algo; no sabemos si pedir intervención de la justicia, no sabemos qué hacer. Por supuesto no le dijimos que vas a ir”*. A lo que yo les dije: *“No, no digan nada. Necesito tiempo, una semana, cinco días”*. El nene estaba internado . O sea, la urgencia y el tiempo no son cosas cerradas. Obviamente, si alguien tiene ideas suicidas es una

cosa. Pero un paciente internado tiene la protección de la institución y yo tengo la protección de la institución. Entonces, primer día paso. Me lo identifican , paso y me pongo a charlar con el de al lado. Paso, juego con el nene de al lado y a la señora la saludo y me voy. Al día siguiente, paso, me mira la señora y la saludo. Día tres, la señora estaba bañando el nene. Le digo: *“¿Quiere que le ayude?”*. Me arremangué y le ayudé a bañar al nene. Día cuatro, la mamá estaba sentada mirando fotos. Me siento y me pongo a mirarlas con ella. Me muestra fotos de la familia y me cuenta cuánto extrañaba a su familia de origen. No tenía otros hijos, pero ella extrañaba mucho a su mamá. Nos ponemos a conversar y ahí empecé a hacer la entrevista. Al final le dije: *“Yo me llamo Griselda”*. Al otro día, volví y seguí haciendo la entrevista, quería escuchar qué era lo que le pasaba. Y me dijo: *“¿Usted quién es que pregunta tanto?”*. Le dije: *“Bueno, yo soy Griselda. Soy una de las doctoras de la sala y la verdad que esto de tener el nene con estas lesiones tan importantes en la boca es algo muy doloroso para UD y para él, queremos que esté lo mejor posible...”* y ahí me detuve.

Entonces, por todos estos motivos que planteamos a veces se hace difícil que el paciente acepte la entrevista con el psicólogo. Así que les voy a contar una viñeta clínica institucional para ir viendo un poco más cual es la lectura que uno hace de este caso pero en el marco de ser miembro de un equipo interdisciplinario con el que a lo largo de los años hay mucha confianza. Y esto es fundamental. Hay como una fluidez en la comunicación que es parte de los movimientos de apertura.

Este material que hoy traje para compartir con Uds. tiene un marco en tanto soy la psicóloga del equipo interdisciplinario que atiende a chicos con quemaduras graves, chicos con quemaduras de mucha extensión del cuerpo, de mucha profundidad y que han sufrido una situación, en general, imprevista, potencialmente traumática que a veces deviene o no traumática. Y que muchas veces han perdido uno o más seres queridos en esa situación.

María tiene 13 años. En noviembre del año pasado sufrió quemaduras con fuego. Estando en su casa la paciente y su hermana Yamila, la mamá cambió la garrafa de la cocina estando el personal de venta de garrafas. Dado que percibió pérdida de gas, llamó nuevamente a la empresa. Y estando el técnico evaluando la situación, la garrafa explotó. La madre y las dos hijas sufrieron

quemaduras profundas y extensas, también el empleado. Es un incidente que sucedió habiendo la madre tomado todas las precauciones. O sea, desde la familia es un incidente de secuelas graves que está bastante del lado de lo accidental.

En el período post-traumático, cuando recién se había quemado María, mantuve varias entrevistas con ella. Y en ese momento ella estaba muy preocupada porque tenía varias quemaduras en la cara y en las manos que son lugares que hacen a la estética especialmente para una adolescente de 13 años; y segundo, a lo funcional. Piensen que las manos cuando se queman tienden a pegarse y a quedar casi anuladas si es que no hacen el tratamiento. Tienen que usar férulas que se colocan para separar los dedos. Y en la cara está todo lo funcional de poder comer, la vista, el olfato, la expresión facial; todo lo que tiene que ver con formas de presentarse. En esta nena la cara y las manos estaban muy quemadas. Y además, María y su hermana estaban internadas en un hospital y su mamá en otro de adultos. Esto sumaba la preocupación de saber cómo estaba su hermana y cómo estaba su mamá. Primero fue dada de alta la madre que vino enseguida a ver cómo estaban sus hijas, y después de dos meses de tratamiento, de terapia intensiva, de tener asistencia respiratoria mecánica, de tener injertos, balneoterapia y demás fueron dadas de alta las hermanas. Esto fue en noviembre del año pasado. Vuelven a su provincia con las pautas de tratamiento. Todas las intervenciones de baja complejidad se hacen en el hospital cerca de la casa y para lo que es de alta complejidad que vengan a Bs. As. Se trabaja en red con un pediatra, con un cirujano del lugar y que vengan acá solo para intervenciones complejas. Varios meses después, la kinesióloga que atiende a María me dice que no usa la máscara de siliconas. La kinesióloga, además de ejercitarle los músculos del cuerpo para que no pierda funcionalidad, le indica una máscara que comprime la cara y eso hace que la piel cicatrice bien. Si no se usa la máscara, que es transparente pero que se ve, quedan secuelas en la cara con deformidades estéticas y funcionales. María tiene ya muchas cicatrices que podrían haberse evitado. Es luchar por la salud; por que quede lo mejor posible. Obviamente, entiendo que para una adolescente es muy difícil de sostener un tratamiento de dos a tres años que abarca toda su adolescencia. Pero es lo mejor que puede hacer por ella para estar funcional y estéticamente lo mejor posible. Me dice la

kinesióloga que va a requerir cirugías y que después va a tener que usar la máscara otra vez. Es volver a hacer otra vez lo mismo. La profesional me comenta que María está en Endoscopía. Esto es porque cuando los chicos se queman, la traquea tiende a estenosarse, porque todo estos materiales de plástico y demás cuando se queman obstruyen las vías respiratorias. Entonces, cuando viene a los controles tiene que ir a Endoscopía para revisar si la luz de la traquea está permeable para el paso de aire. María vino con cierto estridor laríngeo, signo de estenosis de la traquea. Decido ir yo a buscarla a Endoscopía. Me dicen que estuvo pero se fue. Como yo sabía que estaba en Bs. As les dije a todos que me avisaran; que no me la mandaran porque yo sabía que no iba a venir por lo que me dijo la kinesióloga. Me avisan que estaba en Hospital de Día. La voy a buscar y estaba en quirófano. Cuando paso a la tarde ya se había ido.

Un día la encuentro en un pasillo; yo pasaba y la veo ahí. Cuando la tengo en frente le digo:

Psicóloga: - ¡Hola María! No sé si te acordás de mí...con la kinesióloga nos estuvimos acordando de vos

María: - ¡Con vos no quiero hablar! (furiosa)

¡Enojadísima! A mí no me veía de noviembre. Habían pasado 5 meses. Yo en broma le digo:

Psicóloga: - Che, ¿tan bruja fui con vos? ¿Tan mala fui con vos que no me querés ni ver? Yo quiero saber cómo andás

María: - Yo con vos no quiero hablar. ¡No voy a hablar!

Psicóloga: - Es una pena porque a mí me interesa saber cómo estás. Vos me habías contado un par de cosas de tus amigas y yo quiero saber qué pasó.

En ese momento viene la mamá y me cuenta que María estaba en tratamiento con una psicóloga de la provincia, con tono de “Quizás no hace falta que UD la vea”. Le digo que me parece bárbaro porque lo que vivió toda la familia fue

muy penoso para todos y con muchos tratamientos para seguir cuidándose, pero que como trabajo acá en el equipo de quemados le puedo ayudar en cosas que quizás no son tan frecuentes para la psicóloga de allá. Le digo que en esto de ayudar a personas que se han quemado yo tengo mucha experiencia y que tengo ganas de ayudarlas.

Como al día siguiente se iban, yo les di un turno para que vinieran a verme pero no vinieron. Le estaban por dar el alta, pero en Endoscopía no le dieron el alta y quedó internada. Yo en ese momento pensé: *“Bueno, mientras esté en el perímetro del hospital hay alguna chance”*.

Bueno, ¿Cuál es el diagnóstico situacional que yo hago hasta acá? Queda claro que la interconsulta la pide la kinesióloga. ¿Con qué me encuentro?

Alumna: - ¿Había pasado algo por lo cual no quería hablar?

Yo no sabía.

Alumno: - Pero cuando estuvo con vos antes ¿habían terminado bien?

¡¡¡Si!!! Habíamos hablado de la familia, de sus amigas, de su vuelta a la provincia. Algo había pasado en el medio que yo no sabía y que María no me quería contar. Habíamos estado hablando de volver a la escuela, de las chicas, de los chicos, de la música, de lo que hacía. Todo bien.

Yo no sabía qué había pasado en el medio pero me encuentro con esta situación. ¿Qué situación? ¿Cuál es el problema?

Alumna: - Que no quiere hablar

Ese es un problema, ¿Cuál es el problema más grande?

Alumna: - Que ella te había colocado a vos en un determinado lugar y eso hace que te rechace

Ella me rechaza a mí como un objeto subjetivo, digamos, porque yo objetivamente no le he dado motivos. El problema importante es este; que se le está deformando toda la carita y las manos.

Alumna: - ¿Y la madre también tenía esta actitud?

La madre tuvo esta actitud, no explícitamente, pero de “*No hace falta mucho su intervención*”.

Alumno: - Por ahí algún comentario que hizo la psicóloga tuvo influencia en la nena

Muchas cosas pueden haber pasado. Primero, creo que pasó mucho tiempo de noviembre a abril y ¿qué cosas pueden haber pasado? Yo me preguntaba, ¿cómo habría sido la vuelta a su provincia las tres con secuelas tan graves de quemaduras en la cara y en las manos? ¿Cómo había sido hacer el tratamiento en pleno verano en una provincia en la que hace mucho calor con vendas muy calurosas y que tienen que estar muy apretadas? ¿Y qué le pasó a María en estos meses que no nos vimos?

Alumna: - Por ahí acá pudo pensar cómo sería su regreso y encontrarse con que las cosas no se dieron como las había pensado...

Tal cual; en la Unidad de quemados todos los chicos están quemados. En el hospital todos los chicos están enfermos se vea o no. Una cosa es conversar de lo que va a pasar cuando ella regrese a su pueblo, y otra cosa es la reacción de las personas y qué respuesta tiene ella a la reacción de las personas

Alumna: - También verse ella en la reacción de los otros; verse en el otro

Si, verse en un otro y también registrarse ella en el espejo, que es algo que va dándose de a poco. Lo que se ve con los ojos no es lo que se registra

psíquicamente. El registro psíquico de cómo quedó estéticamente es algo que va de a poco.

Entonces, uno como psicólogo ¿piensa que la puede ayudar?

Alumno: - NO, lo que la va a ayudar realmente es el tratamiento para las quemaduras

Y, pero ¿si no lo hace?

Alumna: - El tema es que el rechazo por vos quedó como igualado al rechazo por el tratamiento...

Entonces, una posibilidad es que este objeto subjetivo en la mente de la paciente sea igual a tratamiento. ¿Otras opciones para abrir el panorama?

Alumna: - Con el pasado

Con el pasado; *“estoy furiosa con mi mamá que no evitó esto”*. Podría ser *“Estoy furiosa con mí misma que me di cuenta que el señor que cambiaba la garrafa estaba fumando y no le dije nada”*; Hago hipótesis.

Este es un ejercicio clínico muy interesante el que estamos haciendo. Yo no sé qué le pasa en realidad; tengo varias hipótesis que son las que barajamos y tengo como una cierta pena de que esté evolucionando tan mal. Fíjense cómo en la mente del analista para poder hacer alguna intervención no basta con tener una oferta buena; mi deseo de escucharla, mi deseo de comprenderla, mi deseo de ayudarla. Porque ella subjetivamente lo recibe persecutoriamente. Entonces si yo tengo en mi mente estas distintas hipótesis puedo intentar entender qué le pasa. Después quizás al hablar con ella tengo que desecharlas a todas, pero este es un ejercicio previo que uno como analista hace. Y para que ella hable, tiene que tener cierta predisposición, cierta actitud de hablarle a uno.

Yo estando en la institución y como miembro del equipo, una chance que tengo y a veces uso es hablarle al médico, explicarle lo que pasa, decirle en qué puedo colaborar y que le indique en forma contundente y obligatoria que vaya a

la entrevista psicológica del mismo modo como la manda a Endoscopía, por ejemplo. Y no está mal. Yo después me las veré en la entrevista. Pero en este caso decidí que esa no fuera la intervención. Como sentía a la paciente más resistente que a la madre, busqué a la madre. La mamá estaba muy angustiada. Le digo:

Psicóloga: - *Le voy a preguntar un par de cosas. ¿Usted piensa que ella está así porque está rebelde por la edad o traumada por lo que pasó?*

Mamá: - *Traumada por que se quemó*

Psicóloga: - *¿Con quién de los profesionales que la atienden María tiene mejor onda?*

Mamá: - *Con el pediatra y con el kinesiólogo*

Busco al pediatra, le digo qué está pasando y se ofrece él a hablar con María para facilitar la entrevista. Me dice algo así; “*Dejamela que yo la voy a ablandar*”. A la mañana siguiente voy a ver al kinesiólogo. Le comento lo mismo, qué le está pasando, que me da mucha pena y le pido que le diga a María en tono de broma que me encontró en un rincón llorando, dolida por los escobazos que me había dado el día anterior.

Horas después, pensando que ya le iban a dar el alta y se me acortaba el tiempo, porque una vez que se va puedo llamar por teléfono pero no es lo mismo, voy a la sala a ver a María. Entonces, lo que tengo claro es que el enojo no es conmigo. Yo no le di motivos objetivos para que se enoje. Si uno deja plantado al paciente tres veces y está enojado, tiene razón. Lo que la mamá me dijo es que está traumada por lo que pasó o por cómo ella lo experimentó.

Entonces, estaban ahí con el bolso. Ya se iban. Yo subo a la sala en una asociación libre; en la cabeza tenía todo. Sin saber mucho qué hacer, con ganas de hacer algo, de tener algún acercamiento. Por suerte ella tenía a su psicóloga en su provincia. Pero, digamos, esta actitud de ella tiene un costo psíquico y tiene un costo psíquico para mí que estoy tratando de acercarle algo y que lo rechaza. Porque el trabajo de analista tiene un grado de involucrarse, estar involucrado en estas series psíquicas de rechazo tiene un costo para ella y un costo para mí. Si yo finalmente no pudiera acercarme y hablar con ella

tendría que trabajarlo mucho para poder cerrarlo y no quedar " enganchada". Fíjense que a pesar que en el trabajo de interconsulta una no espera a que se instale la neurosis de transferencia se viene a repetir conmigo algo del deseo del sujeto, fíjense esta oferta de ser un objeto agarrable para el paciente. Con algo quedé yo enlazada que no sé que es.

Llego a la sala sin tener del todo claro qué hacer. Me encuentro a María sentada en una silla con los pies con medias arriba de la cama. María está sentada a un lado de la cama, la madre parada y yo a los pies de la cama. Ella mirando la tele. Con ambas manos agarro el pie de María y le saludo cada uno de los dedos con un masajito. A ella no la saludo. Hago lo mismo con el otro pie. No la miro .

Psicóloga: - Mm... ¡cómo me gustan los masajitos en los pies!

Mamá: - María no tiene el alta todavía porque le tienen que colocar en la traquea un sten

Un sten es un anillo para mantener la luz de la tráquea para que pueda respirar bien. Necesita anestesia. Ese día no se lo podían hacer así que se tenía que quedar internada. Ahora tenía un poquito más de tiempo.

Entonces yo empiezo a hablar en voz alta como en soliloquio, :

Psicóloga: - ¡No quiero estar acá! ¡No quiero estar acá! Yo el fin de semana tengo... (La miro y le digo en voz baja) ¿Tengo algo para hacer este fin de semana?

María: - No

Psicóloga: - No importa, ¡yo acá no quiero estar! ¡Es un embole estar en el hospital! ¡No quiero estar internada! Esto es como una cárcel !!!!

María: (asiente con la cabeza)

Psicóloga: - ¿Por qué me pasó a mí esto? ¿Por qué? ¿Si a otros chicos no les pasa nada? Acá en el hospital a todos les pasa algo, pero a otros chicos no les pasa nada. ¿Por qué a mí?

(Asocio libremente y digo) *Un hombre va a que le tiren las cartas del Tarot. Ante la pregunta del tarotista acerca de qué quiere preguntar o pedir, el hombre dice que quiere sacarse etiquetas de encima. “¿Cuáles?”- pregunta el tarotista- . “Soy esquizofrénico”- responde el hombre-. Al ser interrogado, el hombre refiere que tiene alucinaciones visuales y auditivas. El tarotista le dice: - “Es Ud. un hombre de mucha imaginación”-. El tarotista le sugiere que haga algo con tanta imaginación: - “Podría pintar o hacer esculturas”-.*

(Digo yo mirándola) *Entró un loco, salió un artista.*

María: (apaga el televisor)

Psicóloga: - Todos somos vulnerables. A la vista o no, todos tenemos, tuvimos o podemos tener algo. Decime una cosa, ¿qué pensás hacer María? ¿Vas a seguir sufriendo y haciendo sufrir a los otros? ¿O te vas a poner las pilas para hacer el tratamiento?

Ahí, María se largó a llorar.

Fin de la viñeta clínica.

Después me siguió contando que sus amigas se alejaron y que un chico que a ella le gustaba no le dio más bolilla. Entonces estuvimos viendo que una cosa es lo que a uno le pasa y otra cosa es como uno se presenta. Le pregunté si sabía jugar al truco, que uno con cartas muy bajitas puede mentir. También se puede ser coqueta, no hace falta contar todo, no hace falta mostrar todo. Y que en realidad, lo que ven los otros cuando la miran tiene que ver mucho con cómo ella se presenta. Cómo ella se mostraba en calidad de víctima de todo esto y cómo ella podía barajar las cartas y presentarse de otra manera.

¿Qué piensan? ¿Qué pasó? ¿Qué uso hice de las hipótesis o de la experiencia de haber atendido a otros chicos?

Alumno: - A vos seguramente te sirvieron mucho las experiencias con los otros chicos, porque alguna situación de rechazo podías suponer. Ese fue un presupuesto con el cual arrancaste

Alumna: - Es el mismo tipo de intervención que en el material anterior

¿Qué tienen en común?

Alumna: - Veo que se trata de ofrecer un espacio para que los que están involucrados; madre e hijos puedan construir algo distinto. O sea, barajar las cosas de otra forma. Esto de con lo que hay ¿qué se puede hacer? poder expresarlo, ponerlo ahí en ese espacio para poder empezar a construir otra cosa.

Muy bien. O sea, no solamente poder escuchar o representar lo viejo sino todo tipo de intervención que a uno se le ocurra para poder armar una versión nueva; que no sea más de lo mismo. Esto que decíamos del acontecimiento. No solo una intervención simbólica de lo anterior, sino como en este caso que ella estaba muy negativista me acerqué por otros lados; abrí el juego con la madre, el pediatra, el kinesiólogo. Algo de eso fue aflojándola un poquito a ella como para tener algún encuentro, alguna experiencia de confianza.

Alumno: - Como que tiene valor de secuencia

A ver, ¿cómo sería eso?

Alumno: - No sé, se me cruzó la parte en que vos le dijiste: “Entra un loco y sale un artista”. Vos transmitiste un antes, un durante y un después. Ahí le diste una secuencia para elegir: entra una quemada, sale una quemada o entra una quemada, sale otra cosa.

Sale una chica. Está bueno articularlo con la secuencia. Yo le quería transmitir lo que veíamos la vez pasada; uno qué escucha ¿Cuál es el juego entre el enfermo y el sujeto?

Alumno: - Aparte le diste una historia, creo que Piera Aulagnier dice que el adolescente es un historiador

Pero fíjense que no le di la historia de ella.

Alumno: - No, una similar para que resuene

Eso, a veces lo que les pasó es tan crudo que uno tiene que buscar espacios metafóricos para que sea más aceptable, menos doloroso. Está bueno lo de articularlo con resonancia. Yo en realidad no sabía lo que iba a hacer, pero hay que estar con la mente muy consustanciada con el paciente para que esa cosa de asociación fluya para producir efecto en el espacio analítico.