

Transferencias y resistencias en el campo de la interconsulta pediátrica psicológica

Clínica interdisciplinaria con pacientes de alta complejidad

Lic. Griselda Splivalo

Presentado en XIV Jornadas de Psicoanálisis de Niños y Adolescentes organizadas por Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados – 1995.

Deseo comenzar esta comunicación expresando mi reconocimiento a los escritos de Freud sobre transferencia y resistencia y a Elsa Coriat por su hermoso texto “El objeto del especialista”¹.

El Hospital Nacional de Pediatría Prof. Juan P. Garrahan es un hospital pediátrico que asiste a niños y adolescentes de todo el país y de países limítrofes portadores de enfermedades de alta complejidad: enfermedades oncológicas, SIDA, malformaciones múltiples, politraumatismos, quemaduras severas. Son niños con enfermedades que se curan, con las que conviven o que los lleva a la muerte. La complejidad incluye también el desarraigo, el desmembramiento de la familia por períodos prolongados, dificultades económicas y sociales. Son niños que no concurren al Hospital buscando una consulta psicológica ni a demandar análisis. Concurren buscando diagnóstico y tratamiento de su problema de salud. Algunos son atendidos por Consultorios Externos, otros requieren internación.

Las Salas de Internación están organizadas según la intensidad de los cuidados que el niño necesita. Hay Salas de Cuidados Intensivos y Salas de Cuidados Intermedios. Cada niño tiene un médico de cabecera que intenta tener una visión globalizada de lo que le sucede.

El Servicio de Salud Mental está integrado por un staff de 10 profesionales: psiquiatras y psicólogos. Cada profesional del Servicio de Salud Mental está incluido en varios equipos interdisciplinarios. No hay ningún profesional dedicado full time a un área específica, pero sí tiene continuidad en el área elegida. El Servicio de Salud Mental no tiene Consultorios Externos, no admite pacientes que vienen a pedir tratamiento psicológico, tiene un Consultorio Externo donde sí hace el seguimiento de pacientes atendidos por médicos del hospital que plantean dificultades en el diagnóstico o tratamiento de su problema de salud. Si un niño atendido por un médico del hospital necesita un tratamiento psicológico es derivado a otro hospital. Me interesa remarcar que el Servicio de Salud Mental centra su actividad en el “frente interno” del hospital. Con el tiempo se fueron nucleando profesionales que brindan atención a niños con una misma patología, constituyéndose los denominados Equipos de Salud integrados por

¹ Publicado en *Diarios Clínicos* No 3.

profesionales de distintas disciplinas: médicos clínicos, especialistas (cardiólogos, traumatólogos, neurocirujanos), psicólogos, enfermeros.

La medicina moderna ha dado pasos gigantescos en el diagnóstico y tratamiento de pacientes con enfermedades graves tanto desde el punto de vista de la complejidad de los aparatos que utiliza como de la convocatoria a distintos profesionales de la salud. Sin embargo, al médico se le plantean problemas para los que no tiene respuesta: pacientes de “difícil manejo”: pacientes que no evolucionan bien a pesar de todo el arsenal terapéutico “adecuado”, pacientes que desertan de los controles en el postquirúrgico inmediato. Es aquí donde un trabajo interdisciplinario intenta dar respuesta a problemas para los que no basta el saber médico.

Cuestión clínica fundamental a tener en cuenta para que el trabajo interdisciplinario sea posible es la inclusión misma del analista como miembro del equipo.

Cuando algo se reitera se convierte en significativo: lo difícil que muchas veces resulta la inclusión de un analista en un equipo interdisciplinario o el hecho de haberse incluido formalmente pero que su palabra sea ignorada, obviada o rechazada.

Más allá de la idea que tiene el analista acerca de cuál es su lugar entre los médicos, más allá de las intenciones del médico, el analista ocupa algún lugar, el no lugar también es lugar. Aunque para otras cuestiones convenga precisar diferencias, considero que el médico coloca al analista en alguna de sus series psíquicas. Freud aclara que esta estructura de la situación, la transferencia, no se presenta sólo en la situación analítica sino en toda circunstancia.

Es posible que se den transferencias positivas entre los profesionales constituyendo éstas el más firme apoyo al trabajo en equipo. No necesitaremos ocuparnos de ellas mientras su acción sea favorable al trabajo conjunto. Pero en cuanto se transformen en resistencias nos vemos obligados a dedicarles nuestra atención porque sino se corre el riesgo de un impasse o interrupción en el proceso de inclusión del analista en el Equipo.

Un analista es convocado a formar parte de un equipo interdisciplinario. Es invitado a participar de la reunión clínica semanal donde se comenta cada uno de los pacientes y cada profesional da su opinión intentando tomar decisiones en conjunto. Hay un acuerdo consciente de trabajar juntos, cada uno aportando lo suyo.

En una de las reuniones surge la idea de invitar a los padres de los niños internados en esa sala a una reunión con el equipo para brindarles una oportunidad más de preguntar acerca del estado clínico del hijo y manifestarse cómo están ellos. En el transcurso de la reunión un niño de 3 años, Pablo, que a raíz de un accidente hubo que amputarle los dedos de ambas manos, se acerca al analista diciendo que quiere escribir. El analista espera. Pablo le pide a la madre que le enganche la lapicera en las vendas que cubren su brazo y empieza a garabatear sus primeros trazos después del accidente, en el cuaderno del analista. En la reunión clínica de esa semana el analista incluye lo sucedido y destaca el deseo de Pablo de escribir, de hacer cosas. Uno de los médicos emite su opinión, en tono muy despectivo dice “eso es circense” y despliega una larga lista de argumentos fundamentados en la anatomía y en la fisiología que contraindican que Pablo siga haciendo cosas. El analista se ve llevado a reflexionar acerca del punto de emergencia de la angustia. ¿Qué pasó? ¿Estuvo desubicado valorando algo

contraindicado para el paciente? ¿Las palabras del médico implican una verdadera desvalorización de su intervención? En el “corazón” de lo enunciado por el analista algo había sido dicho sobre el deseo humano, algo que no es contemplado habitualmente por la medicina clásica.

En un equipo interdisciplinario el analista establece un vínculo de trabajo con el médico pero el stress de la tarea “dispara” momentos transferenciales donde lo que se dice o se hace está teñido de “otras escenas”. El lugar del analista entre los médicos se inscribe en una paradoja que sugiero sostener y no intentar resolver: por un lado el analista es una de las personas del equipo, pero al mismo tiempo considero que el analista hay momentos que ocupa el lugar de objeto.

La cuestión que se plantea ahora es cómo trabajar esta resistencia entre los profesionales, en particular cuando el analista es el objeto de dicha transferencia.

El analista pudiera negarse a que lo ubiquen en el lugar de objeto. Pudiera querer ubicarse rápidamente en otro lugar, un lugar apreciado, un lugar de saber. Al negarse a ocupar el lugar que se le sugiere, al negarse a dejarse llevar por la demanda del médico, la escena desplegada seguirá el guión escrito por el analista o se interrumpirá después de esa escena. Nos quedaremos sin saber qué guión hubiera escrito el médico.

¿Qué ventaja obtendría el analista si aceptara ubicarse en el lugar del objeto? Jugarla de objeto no significa ser un objeto. Como personas que somos tenemos varias ventajas respecto de los objetos: podemos observar, pensar, hablar, callar, esperar, intervenir con un chiste.

El saber del analista puede ser una herramienta importantísima o un obstáculo difícil de franquear. El analista sabe de lo general de la teoría, sabe acerca de generalidades de la relación médico-paciente, de lo que no sabe es de lo que le pasa a este médico singular con este paciente. Puede ser que el analista se sintiera obligado a demostrar y ejercitar su saber cuando allí lo que interesa es desplegar el saber del médico sobre su paciente.

Ofrecemos un espacio para que se formule una demanda. Ubicarnos como objeto implica que demandemos la demanda del médico. Puede ser que el médico no nos responda con palabras claras pero nos responderá con sus actos.

Al finalizar otra de las reuniones clínicas el mismo médico en tono muy desafiante le pregunta al analista: “¿Me podés decir para qué sirve lo que vos hacés?”. En ese momento el analista recuerda que este médico que lo interpela en el modo que lo hace tuvo la responsabilidad de amputarle los dedos de ambas manos a Pablo para salvarle la vida. El analista está ahora en otro lugar. Retomando la preocupación expresada pocos minutos antes en la reunión de que algunos pacientes evolucionan “mal” a pesar de que se les brinda “todo”, responde que cada persona tiene tendencias curativas y tendencias destructivas que favorecen u obstaculizan su evolución. Agrega que existe la posibilidad de trabajar y transformar esas tendencias destructivas orientándolas a través de la palabra, el juego, o el dibujo hacia otro espacio que no sea el propio cuerpo del niño. Situaciones como estas se repiten en los equipos, como los sueños de las neurosis traumáticas, como los juegos de algunos niños. ¿Qué hay más allá? Freud introduce el concepto de pulsión de muerte, cuyo carácter está signado por la destrucción o la autodestrucción.

También plantea el problema del narcisismo; son heridas narcisistas las que se repiten. ¿Cómo se articula todo esto en la identidad de cada uno de los profesionales del equipo? ¿Cómo es el estado de cosas en la mente de un médico que tiene que amputarle los dedos de ambas manos a un niño de tres años para salvarle la vida? No es función del analista interpretar al médico los afectos que disocia para desarrollar su tarea pero el hecho de poder pensarlo le permite no responder en forma especular, ubicándose en un lugar de tercero entre médico y paciente.

Días más tarde el analista es interconsultado porque una niña de 5 años internada en la sala por diversos traumatismos a raíz de un accidente vial tiene episodios de angustia y ansiedad que obstaculizan a los médicos su quehacer. El analista se acerca a la niña y le ofrece jugar con títeres. La niña pone en escena el accidente, el traslado al hospital, la internación. El analista propicia que la niña pueda ocupar distintos lugares en el juego: ser ella, la madre, el médico, el miedo, las ganas de curarse. En algún momento otro de los médicos del equipo se detiene a observar. En la reunión siguiente manifiesta lo maravilloso que le resultó el trabajo con los títeres, cuántas cosas consiguió el analista que la niña dijera que él no tenía ni idea que le estaban pasando. Agrega que es importante filmar este tipo de trabajos para presentarlo en el ateneo central del hospital, en un congreso.

En un lugar el analista se siente halagado, reparado, pero en otro mantiene la lectura del lugar que ocupa en la transferencia: para uno de los médicos un lugar aparentemente desvalorizado, para otro un lugar aparentemente idealizado. El analista categoriza los momentos de transferencia negativa no como un impedimento para el trabajo sino como parte del trabajo.

En otros momentos la transferencia se hace presente como repetición del paciente que involucra al médico e interfiere su quehacer profesional. En esa repetición está contenido un fragmento de historia que el paciente no puede recordar ni elaborar.

El analista descifra los momentos de transferencia negativa del paciente con el médico con la misma teoría y técnica que descifra las transferencias con el analista: remitiéndolas a su matriz histórica.

Es tarea del analista ayudar al médico a salir de tan peligrosa ilusión, mostrándole cómo lo que toma por vivencia nueva es sólo espejismo de un tramo del pasado del paciente.

Es posible que el analista tenga entrevistas individuales con el niño o sus padres reconociéndose con él la escena significativa, dándose allí el encuentro con el núcleo reprimido, pero como la compulsión a la repetición no es patrimonio del análisis sino de la neurosis, no asombraría que la compulsión repetitiva involucrara a los otros pacientes de la sala y/o a los médicos.

Esos momentos transferenciales en los que ni el médico ni el analista se dan cuenta qué tramo del pasado del paciente están vehiculizando. Es el momento en que todos los integrantes del equipo necesitan ser escuchados por otro analista.

Manuel tiene 10 años, está internado por un cuadro de politraumatismos debido a un accidente ferroviario con buena evolución clínico-quirúrgica. Son los padres de Manuel

los que se quejan porque la comida llegó 10 minutos tarde, que preguntan por el estado del hijo a un médico y al rato hacen lo mismo con otro médico tratando de sacar información “de mentira a verdad”, que protestan porque un bebé llora y no deja descansar. Los médicos entienden que la familia está pasando un momento difícil pero se sienten molestos, irritados, los esquivan cuando se cruzan en los pasillos. Plantean al analista qué otra cosa pueden hacer. Médicos y enfermeros tienen muy “mala onda” con los padres de Manuel. El niño se queja de dolores que, según los médicos, no se justifican por su estado actual.

El analista decide conocer personalmente a Manuel que está acompañando por su madre. Muy irritado el niño dice no recordar qué día fue el accidente ni cómo fue. Contesta a regañadientes por sí o por no el resto de las preguntas. La madre avala con su actitud las respuestas de Manuel. El analista se retira de la sala francamente irritado, comienza a entender lo que sienten los médicos.

Toma la decisión de tener una entrevista con ambos padres a solas en su consultorio. Se nota que están ahí porque tienen que estar, la madre habla con mucha ansiedad y el padre acuerda con todo lo que ella dice. El analista se da cuenta que seguir preguntando sobre sucesos acaecidos, temores o expectativas no lleva a ningún lado. Categoriza este momento como un momento de transferencia negativa e interviene explorando qué significa para ellos esa entrevista en ese momento. Incluye la posibilidad de que los padres pudieran sentir el hecho de hablar de lo sucedido como peligroso. A lo cual la madre responde que teme hablar porque teme desmoronarse y no poder seguir acompañando a Manuel. El padre agrega que en sueños Manuel se culpa del accidente y pide a los padres que no se enojen con él. El clima de tensión se distiende. Al día siguiente cuando el analista se acerca a hablar con Manuel la madre espontáneamente se retira diciendo que “aprovecha para hablar por teléfono”. El analista se queda sorprendido que le permita acercarse al niño.

El analista construye una hipótesis que comunica a los médicos: los padres se defienden de que se les reproche el accidente de Manuel. Como no hay mejor defensa que un buen ataque, invierten la situación, son ellos los que cuestionan, los que critican, los que tienen un papel polémico pero activo. Interpolando esta reflexión en el vínculo médico-paciente empieza a mejorar la comunicación. Las entrevistas con los padres y con Manuel continúan. Los intercambios con el equipo también.

A modo de ir cerrando esta comunicación quiero remarcar la labor terapéutica del analista en un equipo interdisciplinario en dos planos: con el médico y con el niño y la familia. El analista aporta con su función la noción de inconsciente, la noción de transferencia y la noción de sujeto supuesto saber. Distinguir si se trata de un momento de transferencia negativa o de una realidad de otro tipo es un diagnóstico imprescindible de hacer. Requiere del analista sólidos fundamentos teóricos, una actitud reflexiva y la madurez que le permita aceptar la posibilidad de ser cuestionado con razón.