

Clínica de niños y adolescentes
Seminario
11/6/08
La interconsulta pediátrico psicológica, una modalidad de la clínica con niños

Bueno, soy Griselda Splívalo, una de las jefas de trabajos prácticos y voy a tener a mi cargo esta clase y la que viene. Coordino las Prácticas institucionales en la cátedra, así que mi idea es compartir con Uds. algo de mi práctica institucional. Soy psicóloga de staff del Servicio de Salud Mental del Hospital Garrahan. Les cuento brevemente acerca del contexto institucional en el que se inserta mi práctica para que puedan entender la diversidad de funciones que puede tener un psicólogo en una institución. El Hospital Garrahan es un hospital que atiende a niños y adolescentes con patología orgánica de alta complejidad. Son chicos que vienen de todo el país para diagnóstico o tratamiento de enfermedades complejas: oncológicas, infecciosas, politraumatismos graves, enfermedades congénitas, metabólicas, neurológicas. Enfermedades muy complejas que necesitan de la intervención de muchos profesionales de la salud: médicos, psicólogos, asistentes sociales, kinesiólogos, enfermeros y que necesitan muchas veces de alta tecnología.

El Servicio de Salud Mental no tiene Consultorios Externos; con esto les quiero decir que en el hospital no se hace ni psicodiagnóstico ni tratamiento psicoterapéutico a largo plazo, que es lo que sí ofrecen otros servicios de Psicopatología. El jefe de servicio es el Doctor David Pattín y está integrado por 13 médicos y psicólogos en total. Hay una Sala de Juegos Terapéutica, que depende del Servicio de Salud Mental.

La pregunta entonces sería: ¿qué es lo que hacemos si no hacemos psicodiagnóstico ni tratamiento? Cada uno de nosotros está incluido en uno o varios equipos interdisciplinarios que atienden a chicos con un problema de salud. Por ejemplo, yo estoy en el equipo interdisciplinario que atiende a chicos con quemaduras graves, del 40%, 50% u 80% de la superficie corporal y que necesitan tratamientos muy prolongados; estar en terapia intensiva con respirador, necesitan injertos, a veces necesitan amputaciones, kinesiología y necesitan una evaluación psicológica para ver cómo están después del evento

traumático. Son niños que algunos han perdido uno o más de sus seres queridos en las circunstancias en las que se quemaron y muchas veces han perdido todos los bienes; perdieron la casa, todos los documentos, todo. Son situaciones complejas desde el punto de vista médico, psicológico o social y muchas veces son verdaderos dramas humanos. Son situaciones de alto estrés para el niño y para los padres.

Entonces, decía que cada uno de nosotros está inserto en varios equipos. Este es un equipo, otro es el Equipo interdisciplinario que atiende a Niños y Adolescentes con Enfermedad Renal Crónica. Son chicos que por una enfermedad congénita o adquirida, puede ser una malformación en los riñones, puede ser por un síndrome urémico hemolítico, necesitan tratamientos a largo plazo. Algunos con medicación, dieta sin sal, dieta restringida en líquidos, y otros necesitan reemplazo de la función renal. Necesitan un transplante y a la espera del mismo deben hacer hemodiálisis o diálisis peritoneal. Con esto les quiero decir que la inclusión de un psicólogo en un Equipo interdisciplinario que atiende a niños con patología orgánica hay que redefinirla a la luz de varias cuestiones. A diferencia de una consulta lo que hacemos son interconsultas. En la consulta generalmente son los padres que vienen a pedir la opinión de un experto; a veces de un psicólogo, a veces de un analista por un problema de salud del niño. Son los padres que piden, algunas veces por iniciativa propia, muchas veces por sugerencia del pediatra o de la maestra. La interconsulta implica una perspectiva de trabajo diferente porque son pocas las veces que los padres piden y generalmente surge el planteo de la intervención de un psicólogo a partir del pedido de un médico en el marco de una reunión interdisciplinaria. Es decir, reuniones frecuentes donde se juntan los profesionales del equipo y se refieren los pacientes recién diagnosticados o aquellos de más tiempo que presentan algunos problemas o dificultades donde la medicina da una respuesta o tiene un tratamiento, pero son dos los problemas fundamentales que se plantean en los pacientes. Uno, que a pesar de tener buena información y recursos para hacer el tratamiento no lo cumplen; tiene dificultades para seguir el tratamiento clínico. Les decía recién soy miembro del equipo que atiende a niños con quemaduras graves. Después de 2 ó 3 meses de internación el paciente se va a la casa y necesita durante 2 años hacer un tratamiento muy complejo para que todas las intervenciones

clínico quirúrgicas que se le hicieron durante la internación tengan una buena evolución. Es decir, que la piel quede lo mejor posible. O sea, primero salvar la vida. Segundo, cuidar las funciones del cuerpo; si un niño se quemó las axilas y no hace el tratamiento ambulatorio no va a poder levantar los brazos. Entonces tiene que usar unas férulas, son unos plásticos, y hacer mucha kinesiología para poder mantener la función de los brazos. Esto que es tan natural para alguien a estos chicos les cuesta mucho trabajo lograr. Entonces, si un chico quemado tiene indicación de usar la férula o se quemó la cara y tiene que usar la máscara de siliconas transparente que es apretada y da calor y no la usa le van a quedar secuelas importantes. A veces, los médicos y kinesiólogos hacen estos planteos porque les da mucha pena que después de todo el tratamiento durante la internación no se continúe el tratamiento para poder llegar a lo funcional y a lo estético lo mejor posible. Este es un punto; dificultades que muestran los pacientes en el cumplimiento del tratamiento médico, quirúrgico, kinésico, de restricción de alimentos, etc. ¿ven la diferencia con otros servicios de Psicopatología de atención ambulatoria de pacientes?

Alumno: - A mí me llamaba la atención y me hacía acordar al material clínico que forma parte del parcial domiciliario...

Ah, ese material es de un paciente en tratamiento en nuestro hospital. ¿Qué te llamó la atención?

Alumno: - No, pensaba en estas situaciones tan difíciles de afrontar. Ese chico padecía la enfermedad desde los 2 años y tomando lo del ambiente facilitador de Winnicott pensaba que a lo que se apunta ahí es a facilitar que pudiera llevar adelante su tratamiento y lo último que vi en la escena del juego era el plano del juego que plantea Rodolfo como resarcimiento o elaboración del trauma.

Entonces vos lo que observaste es que en vez de esperar el juego espontáneo del niño, la psicóloga hace un ofrecimiento de “juguemos a...”. En ese material lo que planteé era que como el nene había dicho que le iba todo mal, encarné una secuencia de juego donde a mis personajes les iba todo mal. Usé lo que

me dijo el chico que estaba muy reticente a hablar y armé un espacio de juego con una intervención lúdica de mi parte. Entonces yo era un pintor que terminaba de pintar y se me volcaba la pintura de la escalera y no me pagaban, o era un médico que me acostaba en una camilla y cuando me despertaba estaban a punto de operarme. Entonces, en vez de esperar el juego espontáneo hice una intervención lúdica escuchando dos cosas: su punto de angustia de *"Todo me sale mal"* y así lo llevé a una secuencia de juego con cierto humor para poder vivir con cierta fluidez o flexibilidad psíquica aquello que le pasaba. Traté de sacarlo del lugar de víctima para ponerlo en un lugar de vulnerabilidad humana que es *"Bueno, esto te tocó a vos. A otros chicos les tocan otras cosas. ¿Qué hacemos con esto?"*. Pero como la otra cosa que escuché es que el chico estaba bastante reticente a la entrevista, en vez de esperar pasivamente tomé una posición activa. Él se hacía el dormido, entonces opté por una intervención activa. Hice un diagnóstico situacional rápido de cómo hacerme un lugar porque veía que el chico estaba muy sufrido con esto. El monto de sufrimiento era importante y el de reticencia también lo era.

Alumno: - Ahora lo que yo planteaba cuando juega al cirujano es el juego como reactivo, como hace activo lo pasivo...

Bueno, la respuesta de él es que propone que él quiere hacer de doctor y que yo lleve a mi hijo a operar del corazón. El entra en la secuencia y hace una propuesta lúdica que es esta: *"Ahora la que tiene el hijo enfermo soy yo"*. Él es el doctor; hace activo lo pasivo.

Estamos en la línea de esas experiencias institucionales. Esa que les ofrecí en el material clínico para aquellos que no están cursando Prácticas institucionales es también del Hospital Garrahan. El marco es el hospital y mi inclusión en el servicio que atiende chicos con insuficiencia renal.

Entonces, les estaba diciendo que en la interconsulta uno va a tener una entrevista con unos papás y un niño que no han pedido ver ningún psicólogo. Y que muchas veces, se muestran temerosos porque es muy frecuente que mucha gente piense que el psicólogo es para los locos. Entonces hay que ver cómo el médico hace lo que llama Winnicott la " presentación del objeto -

psicólogo". En algunos casos prefiero que no le digan; me presento por mi nombre, hago la entrevista y al final le digo en qué puedo ayudarlo. ¿Cómo se hace la presentación del objeto psicólogo para alguien que no lo pidió? ¿Cómo se hace para que sea agarrable? ¿Para que sea un objeto usable? ¿Para que la persona pueda sacar creativamente algo de ese encuentro?

Entonces teniendo en cuenta el monto de sufrimiento psíquico del niño y los padres, porque a veces son pacientes que viven en otra provincia, porque son pacientes que están muy graves y que una entrevista puede ser la última porque cuando uno va al otro día el chico se murió, es que trato de aprovechar cabalmente la primera entrevista como si fuera la última. No es lo mismo hacer una primera entrevista con un paciente ambulatorio que está más o menos sano y que uno, en forma velada, y los padres del chico también suponemos que va a volver a la segunda, que correr un poquito ese velo y pensar que puede ser la última entrevista. Y esto por muchos motivos; porque vive en Santa Cruz y no vuelve más a Bs As, porque uno deriva a tratamiento psicológico en la zona de residencia, o como una vez vi un nene con un estrés post-traumático que estaba aterrado porque sentía que se quemaba. El estrés post-traumático es un modo de respuesta a un evento traumático, el chico está internado en una terapia intensiva y durante el día o cuando se duerme siente que se está quemando, lo siente en tiempo presente "me estoy quemando". Entonces, uno lo que tiene que tratar de hacer es aliviarlo y que esa noche pueda dormir más tranquilo. Cuando uno hace una entrevista en esas condiciones piensa: *"Tengo que evaluarlo, conocerlo, escucharlo; pero esta entrevista además tiene que tener un circuito de principio, desarrollo y fin que implique algún alivio subjetivo para el paciente"*. Y si en mi entrevista veo que tengo indicadores que me dicen que no es suficiente, tengo que tener el criterio de hablar con uno de los psiquiatras de mi grupo, contarle lo que yo hice y ver si con alguna medicación el chico va a poder dormir.

Un texto de Winnicott que tienen como bibliografía es "El Valor de la Consulta Terapéutica", nos es muy útil por todos los conceptos que trabaja Winnicott. Él plantea cómo aprovechar la o las primeras entrevistas. Winnicott dice que un tratamiento psicoanalítico a largo plazo a menudo deja sintomatología intacta por un período durante el cual las repercusiones sociales, y agrego yo el sufrimiento psíquico del chico es tal, que es preferible un cambio sintomático

rápido a una cura a largo plazo. Por ejemplo, si un chico tiene una sintomatología que le da mucha vergüenza como hacerse caca o pis y a uno se le ocurre que en vez de esperar el juego de él puede hacer alguna recomendación o algún juego que mejore alguna cosa dado tiene su costo que lo carguen permanentemente, por qué no hacerlo?. Entonces uno tiene que ver los beneficios de un trabajo a largo plazo, que en muchos casos es útil y muy beneficioso, y en otros casos uno tiene que tener criterio para ver cuando sería necesaria alguna modificación a la brevedad útil. A veces el chico está menos angustiado y afronta los problemas de manera distinta.

Entonces, dice Winnicott que existe un grupo de casos a los que una o tres visitas a un psicoanalista podrían serle útiles y que esto extiende ampliamente el valor del analista o del análisis o del trabajo analítico. Es muy interesante cómo en el hospital uno puede, a través del trabajo interdisciplinario con los médicos, acercarse y hacer un trabajo con un paciente que quizás nunca lo hubiera pedido y es una experiencia nueva tanto en el trabajo con las dificultades para cumplir el tratamiento como en lo que se llama “calidad de vida”. Veamos ¿ Quién está allí? ¿ Qué niño está allí? ¿Cómo está subjetivamente? ¿En qué trabajo psíquico está? ¿El trabajo psíquico que está haciendo es acorde a los chicos de su edad? ¿Hace las mismas cosas que los chicos a su edad: va a la escuela, juega, va a los cumpleaños, juega, es creativo, se expresa? Es muy interesante ver cómo de los chicos que van tres veces por semana a hemodializar algunos van los cinco días a la escuela, otros van los días que no tienen hemodiálisis, otros tienen maestra domiciliaria y otros no van a la escuela. Eso es fundamental para trabajar con los chicos. El chico que está allí, que no va a la escuela, se pierde uno de sus medio ambientes naturales que es que le pasen cosas con los chicos, con la señorita, con entender, con no entender, con acordarse de llevar lo que pidió la maestra; se pierde vida de chico. Entonces, estos dos ejes: ¿Cómo está el niño subjetivamente? y ¿cómo está el niño con su enfermedad y su tratamiento? Porque el chico que cumple el tratamiento va a estar mucho mejor, va a poder hacer muchas más cosas y el que no lo hace se va a tener que reinternar, operar y después usar lo que no usó. La vida cambia; no es lo mismo estar cada dos por tres en el hospital que poder hacer las cosas en casa.

Volviendo a Winnicott, él dice que en la primera entrevista el analista es un objeto subjetivo. Dicho en otras palabras, el paciente trae la capacidad de creer en alguien que lo va a ayudar, en alguien que lo ayude y comprenda, que escuche la singularidad de su sufrimiento. También trae cierta desconfianza. Y es función del analista poder aprovechar todo esto al límite de las posibilidades que tiene. Comprender primero y ayudar. Ayudar es aliviar el sufrimiento, es también armar lazos del niño con sus padres para que ellos lo puedan comprender y ayudar. Comprender y ayudar, para eso estamos. Winnicott dice que esta modalidad del analista no espera a que se instale entre paciente y analista la neurosis de transferencia, pero hay que estar muy atentos a esto de que el analista es un objeto subjetivo. ¿Tienen confianza o cierta ilusión de que esta entrevista con el psicólogo les va a ser de utilidad o tienen desconfianza y miedo a que se los rete por todo lo que no hicieron y tienen tanto miedo que no vienen o vienen pero no hablan? Por ejemplo, un chico que se quemó jugando no va a querer contar que estaba jugando a hacer experimentos o al feliz cumpleaños. En general en la bibliografía dice que el paciente no tiene memoria del evento como uno de los indicadores de estrés post-traumático. Y yo lo que vi es que si de entrada le digo *“Yo no te voy a gritar, no te voy a pegar, no me voy a enojar. Voy a tratar de comprenderte con lo que pasó y ayudarte y por supuesto a que no se repita”* el chico es probable que refiera las circunstancias en que se quemó. El niño es probable que tienda a incluirlo a uno en una serie psíquica que tiene que ver con su historia familiar. Un chico que ha sido golpeado y abusado, aún en terapia intensiva y estando inmovilizado, quizás también tenga miedo de que uno le vaya a pegar. Entonces uno entra a ser lo que Winnicott llama un objeto subjetivo, y esto uno tiene que evaluarlo pronto para poder ver de una y mil maneras, no de convencerlo que uno es bueno sino de que registre *“Fijate si este hacer conmigo te sirve”*, algo así. Muchos pacientes, dice Winnicott, esperan que uno los comprenda de inmediato y si no nos amoldamos a esto estaríamos en Psicoanálisis o nada.

Entonces, la pregunta es ¿cómo realizar algo significativo en una entrevista? ¿Cómo escuchar la singularidad de este paciente pero que a la vez en las asociaciones libres del analista entren en juego otros pacientes por haber vivido experiencias similares? Sería: *“¿Qué me enseñaron los otros pacientes*

para atender a este?”. ¿Cuál es el uso que el terapeuta hace del material que el paciente le brinda? Esto que me trae espontáneamente, lo que me dice, de cómo se hace el dormido cuando lo voy a ver; ¿cómo lo uso yo? ¿Cómo lo uso para comprender la situación? ¿Cómo lo uso con los padres, con el niño y con el médico? De lo que yo evalué y trabajé con los padres y con el chico; ¿qué le digo al médico? ¿Cómo se lo digo? ¿Hay algo que no le digo? ¿Porqué? Es muy interesante porque así como hay una presentación del objeto analista al niño y los padres, también va a haber una presentación del objeto paciente al médico después de que trabajé con los padres y con el chico. Quizás el médico está enojado con la mamá y a través de lo que trabajé en la entrevista le hago una presentación de la mamá diferente de la que el médico me presentó. Esto de la presentación del objeto es muy interesante. Las personas no son cosas en sí mismas; están tamizadas de proyecciones, interpretaciones, significaciones, atribuciones.

Alumno 1: - Me parece raro que un médico se enoje con la madre. ¿Cómo un médico se va a enojar con la madre?

¿Y los analistas no podemos sentir enojo también en algún momento en la consulta?

Alumno 2: - No enojarse así literalmente, pero a veces se enojan porque no cumplen el tratamiento o se olvidaron de algún estudio. Por ahí también uno falta a la sesión sin avisar y el analista dice “Podrías haber llamado”

Alumna: - El médico se puede enojar porque la madre no ayuda a que su hijo cumpla el tratamiento y le da bronca que todo lo que se logró vaya para atrás

Alumno 1: - Si, pero el analista no puede decirte: “Mirá estoy enojado con vos porque siempre contás cosas desagradables”

Alumno 2: - No, pero vos podés decirle al paciente: “Esta es la tercera vez que no llamás y no venís”

¿Se enojan o no se enojan los médicos? ¿Y qué de los analistas? Veámoslo desde el médico y luego desde el analista. El médico establece un vínculo con el paciente que está colmado de identificaciones y de sentimientos. Puede haber una identificación empática, que implica que desempeñe adecuadamente su rol médico pero pueda a su vez ponerse en el lugar de la madre o en el lugar del chico. Y puede que surjan conflictos en el vínculo médico-paciente, el médico se sienta angustiado, enojado y esto le dificulte la tarea médica. Puede que el médico, por recursos personales, piense sobre esto para retomar esta identificación empática que le permite cumplir su rol o puede que lo actúe, desligándose o sobreprotegiendo al paciente. Entonces es muy importante que uno después de haber evaluado a los padres y al chico, evalúe el vínculo médico paciente. En la interconsulta primero pido al médico que me refiera que le pasa al paciente. Cuando escucho, escucho varias cosas: ¿qué me dice de los padres? ¿Qué me dice del chico? Y escucho cómo está el vínculo médico-paciente. Como hay mucha confianza entre médicos y psicólogos, la idea es que cada uno de nosotros esté como miembro del equipo a lo largo de los años, muchas veces se hacen chistes o bromas del estilo de: “¡La acogería!” o “No la banco más”. El médico trabaja como parte de su identidad profesional los avatares del vínculo médico-paciente, es un ser humano que puede sentir frustración, enojo, alegría, pena por lo que le sucede al paciente. Son sentimientos humanos. Entonces, ¿en qué medida estos sentimientos nutren el vínculo o entorpecen el vínculo médico paciente? Dejo todo el capítulo de lo que se llama “Contra transferencia en el Análisis” porque no me quiero desviar, pero todo esto le puede pasar al analista. Uno es una persona. Entonces parte del trabajo de nuestra identidad profesional como analistas es poder trabajar los sentimientos, las asociaciones que nos surgen cuando estamos trabajando. ¿Cómo hago yo para distinguir si tiene que ver con cosas mías o si es algo que me va a servir para nutrir la hipótesis que voy a hacer del paciente? Porque uno tiene la condición humana que tienen todos, solo que hace un trabajo diferencial y una parte de uno va a mantener cierta disociación. Y ahí va todo el trabajo que uno tiene que hacer en su formación para poder hacerlo. Por

ejemplo, si yo estoy atendiendo y me agarra cierta somnolencia; ¿qué me pasa? ¿Me acosté tarde? ¿Estoy deprimida o es algo del campo de trabajo con el paciente? Yo tengo que tener la capacidad de poder discriminar si es algo personal o del campo analítico. Pueden ser las tres cosas y más también, pero tengo que darme cuenta. Uno no deja su persona en casa y va a atender; uno es quien es. El asunto es que uno tiene el compromiso ético de trabajar eso, por si aparece poder discriminarlo y encaminarlo. Es algo para ver en el propio análisis, en la supervisión y hasta puedo reconocer y disculparme por algo personal que interfirió el campo analítico. Por eso también dice Winnicott que el paciente se tiene que acostumbrar a que el analista le falle, implicaría cierto grado de madurez en el trabajo analítico.

Hice una digresión, pero quiero volver al "Valor de la Consulta Terapéutica" y poder mostrarles un material. Entonces, dice Winnicott que *"el terapeuta debe estar en libertad de adoptar cualquier técnica que sea apropiada para el caso, con seriedad y formación"*. Con el tiempo uno se va dando más libertad. Ese ejercicio de la libertad en el ejercicio de la función analítica produce efectos muy interesantes. Las sorpresas de las que habla Winnicott tienen que ver con este ejercicio de la libertad. No es la libertad de hacer lo que se me da la gana; sino esta libertad que surge de haber atendido pacientes con situaciones parecidas, de algo que me dijo el médico y me quedó repicando en la cabeza, de algo que el chico hizo en la sala de espera y después lo incorporo. Fíjense todo el movimiento mental que implica este trabajo de ser analistas y que se va enriqueciendo con los años.

Bueno, lo que yo quería trabajar hoy a partir del material clínico es: ¿Qué podría ser lo terapéutico en una primera y única entrevista? ¿Qué podría ser lo mínimo que pretendo suceda en una primera y única entrevista? ¿Cómo hago para que se note que anduve por ahí trabajando?

Alumna:- Que el chico se pueda hacer alguna pregunta acerca de lo que le pasa, poder formularse algún tipo de demanda, apropiarse de algo, hacerse cargo de algo de lo que le pasa

Alumna 2: - Poder ubicarse como un sostén en un medio hostil

Sostén podría ser esto de ser objeto de uso en el juego

Alumno: - Que pueda tener una experiencia del orden del acontecimiento, como lo plantea Rodolfo, que haya un antes y un después, que no sea lo mismo

Que esta subjetividad tenga alguna experiencia, alguna vivencia. Ciertamente, los tratamientos en general son totalmente invasivos. Un chico de 3 o 4 años está con respirador por meses y cuando se despierta tiene que estar quieto y sin moverse.

Entonces dicen la aptitud de ser sostén, la aptitud de tener una experiencia... ¿Y con el médico? ¿Qué puede ser lo terapéutico? ¿Qué uso hago yo de ese material con el médico?

Alumna: - Puede ser mostrarle que hay otra escena, que le pasan otras cosas aparte de la enfermedad, que tienen que ver con que la madre no siga el tratamiento

Si, una cosa muy interesante es que si el médico está enojado y uno le presenta algo de la historia de la madre o de la actitud de la madre en la entrevista, el médico después considere en forma diferente a la mamá o al chico. Además el efecto subjetivo uno lo siente con placer de que algo pasó, uno lo siente corporalmente como relajado.

Bueno, vamos a ver el material. Ariel tiene 4 años y tiene una enfermedad que es una Inmunodeficiencia primaria. O sea, tiene una enfermedad congénita, un defecto en las plaquetas, uno de los componentes de la sangre. La enfermedad se presenta como déficit en el sistema Inmunitario, tiene más riesgo de infecciones, y una dermatitis, que es una lesión de la piel con prurito, con mucha picazón. El tratamiento del chico consiste en todos los cuidados de la piel en cuanto a baños, cremas, antibióticos en forma preventiva y una vez por mes se interna en el hospital en una parte que se llama Hospital de Día de Clínica, no es Psiquiátrico. Ahí recibe gammaglobulina endovenosa, por vena. O sea, una medicación para levantarle las defensas y que necesita recibir

internado. Y además tiene que tomar hierro porque tiene anemia permanentemente.

Alumno: - ¿Es parecido al HIV?

Es una Inmunodeficiencia, otra diferente, también tiene bajas las defensas. Y esta es congénita. Ariel necesita un trasplante de médula ósea. Necesitan transplantarle los precursores de las plaquetas. La médula ósea se saca de cresta ilíaca, no confundir con la médula espinal. Es la fábrica de la sangre, dicho de manera sencilla. Para esto, como él es hijo único, se estudiaron primos, padres y Ariel no tiene donantes relacionados (parientes) ni en el banco mundial de donantes de médula ósea. ¿Vieron cuando se dona el cordón del bebé? Eso va al banco de médula ósea; hay papás que donan el cordoncito del bebé y eso es fábrica de sangre para otros. Y otra opción es ir a Alemania a hacer una terapia génica. Le sacan la médula ósea en condiciones de asepsia total, le realizan modificaciones técnicas y le reimplantan la médula ósea. Un trabajo de ingeniería biológica que realmente es maravilloso.

Ariel es hijo único, vive con sus papás y la mamá dice que quiere tener otro bebé, pero el médico me comenta que hace mucho tiempo que ya han desistido. Si la pareja tuviera otro hijo tendría 25% chances de tener un hijo con la misma enfermedad y 75% de tener un donante para Ariel.

El motivo de la interconsulta fue que la mamá no cumplía con el tratamiento. Yo tomé el caso de una colega que estaba de licencia. Se había trabajado con la mamá porque no sólo no le daba el hierro y los antibióticos sino que no lo traía a hospital de día para recibir gammaglobulina. Y además la madre, teniendo un niño de 3 años y meses, lo trataba como un bebé en todo sentido. No lo dejaba caminar, lo tenía a upa, no lo llevaba al jardín.

Esta es una Inmunodeficiencia progresiva, empeora y a los 5 años tiene un 40% de hacer un cáncer, un linfoma. El trasplante es la cura de la enfermedad. Complicado, ¿no? Los padres no hacen el tratamiento; lo que le quita chances de ir a Alemania. No pueden mandar un paciente que está en mal estado general y sin cumplir la base del tratamiento porque en Alemania lo sacarían del protocolo de terapia génica.

La cuestión es que con la colega en una terapia anterior se habían logrado muchas cosas; que la madre viniera una vez por mes para traer al nene a hacer el tratamiento y que la madre se ubicara en su relación con Ariel en los 4 añitos que él tenía. Hasta preguntó si podía ir al jardín. O sea, que hubo un movimiento subjetivo importante. Por el momento los médicos le habían dicho que todavía no podía ir al jardín, pero que le iban a avisar en cuanto pudiera.

La mamá de Ariel vivía con sus padres en un medio familiar muy hostil y estando de novia con el papá del nene, tuvo este bebé que ella decía: *“Para irme de mi casa”*. Están conviviendo. El papá trabaja en forma irregular, con changas. Hay una tía que les manda dinero de otro país. La cuestión es que el Equipo había asumido el caso como lo que se llama “menor en riesgo”. El hecho de que tenga una enfermedad crónica y progresiva, que no haga tratamiento y que no aproveche las oportunidades de otras terapias, lo asumieron como “menor en riesgo”. Le habían dado comunicación del caso a la Secretaría de los Derechos de la Niñez y Adolescencia, que no es una presentación judicial sino administrativa. Es presentar el caso a una institución que vela también por los Derechos del Niño para ver si con distintas intervenciones se modificaba la actitud de los padres para sostenerlo a Ariel en esto que era complicado. La que estaba siempre era la mamá y el papá se mostraba poco involucrado en la crianza del nene y también en el tratamiento.

Bueno, el primer día que voy a verlo el nene estaba internado, en la cama y la mamá estaba haciendo un crucigrama de una revista. Ella estaba tan enfrascada en el crucigrama que cuando me acerqué y me presenté no me contestó. Entonces, le empecé a hablar al nene:

Psicóloga: - Hola, ¿cómo te llamás?

Ariel: - Ariel

Psicóloga: - Yo me llamo Griselda. ¿Por qué estás acá?

Ariel: - Yo estoy enfermo de las cascaritas.

El nene tenía lesiones muy importantes en todo el cuerpo, que sangraban y él se rascaba con desesperación. La mamá estaba ahí, hacía el crucigrama y el nene se lastimaba. Estaba toda la sabanita manchada.

Psicóloga: - ¿Y a ver? ¿Cómo es el tratamiento? ¿Cómo hace mami para curarte ?

Y describe bastante bien; dice que le pone crema y que le da remedios y que hay un líquido que arde. O sea, que el tratamiento de la piel el nene cuenta que la mamá lo hace.

Psicóloga: - *¿A vos te gusta venir al hospital?*

Ariel: - *Sí, porque acá tengo maestra (Se refiere a las maestras de la escuela hospitalaria)*

Psicóloga: - *¿Y vos porqué no vas al jardín?*

Ariel: - *El doctor dijo que no porque no me puedo golpear*

Psicóloga: - *¿Y esto que tenés en la pielcita contagia si yo te toco?*

O sea, que él tenía bastante claro lo de su enfermedad. Entonces la madre interviene y dice que hace dos semanas que no le da el hierro porque le da diarrea, que tiene un montón de problemas porque la cuñada no pagó la hipoteca y se tiene que ir de la casa, se tiene que mudar. Entonces le pregunto:

Psicóloga: - *¿Y cómo le dio el hemograma?*

Mamá: - *Y...está con anemia*

Psicóloga: - *Bueno, ¿y qué aprendió?*

Mamá: - *Y, que se lo tengo que dar aunque esté con diarrea*

Psicóloga: - *Bueno, muy bien. ¡Hágalo!*

Entonces empieza a protestar porque le cuesta mucho venir al hospital y porque están por perder la casa y se tienen que mudar. Mientras tanto, el nene se zambulle en la revista de la mamá y mientras yo hablo con la madre le dice:

Ariel: - *¿Esta con esta cómo hacen?*

Mamá: - *PA*

Él gira un muñequito y le explica cómo hacen

Ariel: - *Esta con esta PA*

Así hace con varias letras y después con números:

Ariel: - *¿Y este con este?*

Mamá: - *80*

Tenemos un nene gravemente enfermo con un deseo de vivir y de aprender letras, números que realmente emociona. La madre, enfrascada en el crucigrama, estaba poco enterada que yo estaba ahí. ¿Qué se les ocurre que puede ser lo terapéutico en una entrevista? ¿Qué es lo mínimo que puedo

esperar? El asunto es que tengo que evaluar rápido qué hicieron los médicos y la psicóloga antes que yo y cómo les fue. Para no hacer más de lo mismo. La madre había asistido a una o dos entrevistas para ella con una psicóloga y no fue más.

Lo que vi era que si yo la citaba para que viniera a entrevista no iba a venir. Hacer la entrevista ahí era un lío porque como al hospital de día van una vez por mes, van 10 profesionales a verlos. Trataba de armar algo y llegaban las dermatólogas, después las asistentes sociales, etc. Entonces, ¿qué hice? Le dije a la madre que el tratamiento del hijo era muy muy complicado, que era una enfermedad poco frecuente y que todas las decisiones de hacer o no hacer tenían un pro y un contra. Le dije que yo en el consultorio tenía una balanza, que le proponía que viniera a verme y que pusiéramos los pros y los contras para ver cómo se movía la balanza. La madre vino. Yo tenía una balanza pero no la encontré. Incluso llamé a Alimentación por si tenían una y nada.

Psicóloga: - Señora, ¿sabe una cosa? La anduve buscando pero no encontré la balanza

Entonces puse dos hojas, una por el sí al tratamiento y otra por el no. Le di una bolsa grande con 50 bloques

Psicóloga: - Usted, en libertad y sin pensar, según se le cruce por la cabeza vaya agarrando cubitos y póngalos de un lado y del otro.

Saca la bolsa de bloques y agarra dos

Mamá: - Por que pueda vivir

Saca dos más

Mamá: Por que sea normal

Psicóloga: - ¿Qué quiere decir "por que sea normal"?

Mamá: - Porque pueda ir a jardín como todos los chicos

Ya van cuatro. Pone otros dos

Mamá: - Por que no se interne tan seguido

Ella iba poniendo los rastis arriba de la mesa. Decidí hacer una torre con los rastis.

Mamá: - (dos bloques) Porque no haga falta gastar tanta plata

Mamá: - (dos bloques) Porque si tiene fiebre no lo internen. Que sea como los otros chicos que los pueden ver en casa y los llevan al médico cuando tienen mucha fiebre

Mamá: - (dos) Que si se golpea, que sea como los otros chicos, no tener que salir corriendo

Mamá: - (dos) Porque pueda crecer y cumplir sus sueños, tener mujer e hijos

En ese momento la torre iba creciendo y el nene interviene.

Ariel: - ¿Ese soy yo?

Mamá: - (dos) Porque alguien de mi familia no sufra tanto

Psicóloga: - ¿Quién?

Mamá: - Mi tía y mi padrino

En ese momento, la verdad que estaba tan concentrada en la madre que no me dí cuenta que el nene iba enganchando rastis. Me alcanza 8 rastis y me dice que los ponga en la torre, después de haberme dicho que ese es él.

Yo sigo hablando con la madre de su tía y su padrino, y el nene me da una torre de 10. La torre sigue creciendo.

La madre hace una torre de 7.

Mamá: - Por que tenga toda una vida por delante

Psicóloga: - Ya le quedan pocos rastis en la bolsa

Mamá: - (dos) Miedo a que si lo transplantan rechace el trasplante

Mamá: - (dos) Y miedo a que pase algo malo

Yo entendí y me parecía que estaba demás ahondar sobre la muerte estando el nene presente.

El nene me da una torre de 15. La agrego a la torre .No había visto que uno de los rastis tenía ojitos. El nene me dice que ahí abajo no, que lo saque y lo ponga arriba del todo.

Psicóloga: - ¿Por qué los ojitos ahí?

Ariel: - Así veo todo

Ahí terminó la entrevista. ¿Qué pasó en la entrevista? Como experiencia, cuando el nene dijo “*Los ojitos arriba, para ver todo*”, me emocioné. Y a la madre algo le pasó también. No es poca cosa. No hay que perderle el hilo a los momentos de emoción en la entrevista . Eso es experiencia.

Un niño para su constitución subjetiva saca materia prima de lo que le ofrecen las funciones parentales .Ariel está tan vivo, tan vital pese a su grave enfermedad. Entonces, ¿cuánto de lo que le pasa a la madre, de sus dificultades podría ser consecuencia del impacto del diagnóstico, del tratamiento y del pronóstico? ¿Cuál es el lugar que tiene el hijo para ella? Y claro, el nene agarró de las funciones parentales para estar así como está;

significantes, apuestas, deseos, historias, sentimientos. Ahora es esta mamá que de repente se ve sobrepasada por la situación y con muchas dificultades de conectarse con su hijo. Los médicos se preguntaban “¿Lo quiere al hijo?”. Claro que lo quiere.

Alumna: - Lo que pasa es que quizás tiene una angustia tan grande como para salir de la rutina del tratamiento de la enfermedad y preguntarse qué significa la enfermedad para ella. Está como velado y ahí se lo puede preguntar.

Además es interesante que el chico se lo diga a la madre. Cuando dice “Ese soy yo”, le digo “Sí, sos vos creciendo, cada día más grande; ¡¡qué bonito!!”. Y la madre dijo cosas delante del chico que yo no sé, no me consta, si se las había dicho antes. Eso es una experiencia.

Ahora, ¿cómo hago uso de esta entrevista con el médico? Yo en este caso le mandé un mensaje diciendo “Vení que quiero contarte algo importante”, y le conté toda la entrevista punto por punto. En general no hago eso. Y el médico se quedó re contra sorprendido. En otros casos refiero algunas cosas; veo qué cosas decir, qué cosas no. Acá le conté todo. O sea, él me presentó una madre y su niño y yo le presenté una mamá y un niño diferentes. Aparte, hay otra cosa que a mí me interesa mostrar en este material y en el del parcial domiciliario; una cosa es pensar los problemas y otra cosa es jugarlos. Y en esto de jugarlos, destaco la importancia de la figurabilidad. No es lo mismo pensar los pros y los contras en la cabeza que verlos. Les voy a mostrar la torre cómo quedó (pantalla).

Para redondear, ¿qué se quedaron pensando?

Alumna 1: - ¿Por qué dos?

No importa tanto, lo que importa acá es la secuencia

Alumna 1: - Yo creo que sí importa. Si a mí me dan esa consigna yo pongo uno, no dos. Yo creo que son ellos dos en ese dos

Lo que les quiero decir, es que en vez de buscar el significado de alguno de los elementos de la secuencia, lo que me parece más importante es la secuencia. ¡Lo hicieron juntos! Y yo ni me lo esperaba. Lo importante es el jugar y no el juego.

Alumna 2: - En cuanto a lo terapéutico, me parece importante poder cambiar esta mirada. Digamos, de una madre que no se comprometía con el tratamiento a una madre que, contrariamente, apostaba mucho por el crecimiento de su hijo.

Lo proyecta a su hijo, lo ve con mujer e hijos, contrariamente a la gravedad de la enfermedad y del pronóstico. Eso es empuje. Uno nunca sabe cual va a ser el chico que va a desdecir las estadísticas de que los chicos con esa enfermedad a lo 5 años desarrollan un linfoma.

Yo creo que en cualquier íterconsulta, ya sea en hospital o en consultorio, lo importante a registrar es cuánto hay de Eros y cuanto hay de Tánatos y cómo hacer para incrementar Eros . Eros es la vida, es lo que liga, es lo que lleva a unidades mayores.

Entonces, la pregunta es ¿Cuáles son mis intervenciones con los padres y con el chico para potenciar Eros? Y ahí tengo que apelar a la experiencia, a mi jugar, a mi creatividad, a dejarme volar y fluir. Como dice Winnicott, aprovechar al máximo la posibilidad de esta entrevista porque quizás no los veo más.

Alumna 3: - Yo me quedé pensando en el riesgo de tomar esta entrevista de a dos. Que salió bien, pero que podría haber salido mal y el chico estaba presente escuchando todo

Cuando uno hace una intervención uno corre el riesgo de errar, como dice Winnicott, pero también el otro riesgo es de no hacer nada. Yo lo pienso mucho antes de hacerlo. Entonces, si veo que la entrevista va orientada a temas que es chico es preferible que no escuche, busco a alguien que se ocupe de estar jugando en un consultorio al lado con el chico .

Todas las intervenciones que uno hace, uno tiene que evaluarlas y pensar bien cual es el problema y cual es el objetivo a que apuntar. Pero después hay un riesgo que uno corre. Me ha pasado que la madre dijera “Si, lo encontramos

en un tacho de basura” y que el niño no supiera que era adoptado. Entonces digo “Bueno, yo me quedo con usted. Voy a buscar a alguien para que juegue con el niño al lado”. Pero pasa.

Bueno, nos vemos el miércoles.