



**Universidad Nacional de Rosario - Facultad de Psicología**

---

**TRABAJO INTEGRADOR FINAL**

***Interrogando la práctica psicoanalítica en un hospital de niños***

Autor: **Gastón Fournier**

Legajo: **F-1462/1**

Docente responsable: **Ps. María Virginia Rebecchini**

**Diciembre 2017**

## **Índice**

Resumen.....	3
Palabras clave.....	3
Pensar la práctica.....	4
Un hospital de niños.....	5
La recepción de pedidos y el lugar de los padres.....	9
Condiciones para la eficacia clínica.....	11
Un texto y las marcas de una experiencia.....	14
Interconsulta e interdisciplina.....	17
Posibles conclusiones.....	19
Referencias Bibliográficas.....	21

## **Resumen**

En este ensayo, intento reflexionar sobre la práctica psicoanalítica en un hospital de niños, a partir de los interrogantes surgidos en la Práctica Profesional Supervisada. Tratando de pensar desde el Psicoanálisis:

- *el niño*, como sujeto de derecho y sujeto deseante;
- el lugar de los padres en la clínica con niños;
- la recepción de pedidos en el servicio de psicología del hospital;
- la interconsulta como dispositivo y la interdisciplina como necesidad en el campo de lo público.

*El psicoanálisis atiende al niño, pero apunta al sujeto:* es la perspectiva desde la que leeré la clínica con niños.

A modo de conclusión sostendré que uno de los ejes alrededor del cual gira nuestra práctica es *la abstinencia, en tanto método y ética de la práctica analítica.*

## **Palabras clave**

Psicoanálisis - Hospital – Niño.

## **Pensar la práctica**

Es común afirmar que la práctica psicoanalítica, se da de manera exclusiva dentro de un consultorio, desde una lógica individual y privada. De este modo dejaría por fuera la posibilidad de una práctica contextualizada en el campo de lo público, atravesada por lo histórico y político.

Este ensayo es un intento de pensar la propia práctica, de problematizarla, de desnaturalizarla, partiendo de mi experiencia en la ex Residencia Clínica, hoy Práctica Profesional Supervisada “B”, realizada en un hospital de niños, público, de la ciudad de Rosario. Como así también, es la puesta en juego de los saberes construidos a lo largo de la carrera.

Durante mi formación académica, en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Rosario, me planteé una multiplicidad de preguntas, pero aún más interrogantes se generaron cuando transité una institución de salud como “practicante”: ¿debía “aplicar de manera obediente los conocimientos adquiridos”, reproduciendo el paradigma positivista o en cambio poner en tensión todo lo que se supone sabido?

Stolkiner y Ardila Gómez (2012) toman a Angenot y proponen renunciar a la idea de que, en primer lugar, se enuncia el concepto y de tal enunciación, luego, devienen sus “aplicaciones”. La producción de nociones, teorías y/o discursos es inherente a las prácticas sociales y sólo por razones metódicas podría dissociarse de ellas.

Es necesario deconstruir esta noción *ingenua* que plantea “aplicar” los conocimientos a la práctica. Prefiero intentar ponerlos en tensión, que sirvan como herramientas para pensar, y re-pensar las acciones y sus efectos. Interpelar nuestra práctica en las instituciones, hace a nuestra formación.

En este sentido, también creo importante pensar la práctica clínica, que nos remite al encuentro con un sujeto en conflicto, que padece, que sufre, que vive con malestar. Esto va a poner en juego nuestro bagaje de conocimientos y experiencias, para intentar una posible intervención que produzca efectos, que movilice.

Las preguntas, planteadas durante la práctica, y que se articulan en este trabajo, están referidas a la práctica psicoanalítica en una institución hospitalaria específica con niños:

- ¿Cuál es la función del profesional de la salud mental?
- ¿Qué lugar ocupa?
- ¿Qué efectos e implicancias tiene su presencia y sus intervenciones?
- ¿Con qué limitaciones se encuentra?
- ¿Cuáles son las categorías de análisis con las que trabaja?
- ¿Cómo plantea la clínica?
- ¿Qué se pone en juego en la interconsulta?
- ¿Cómo es el diálogo con las otras disciplinas que también intervienen?

## **Un hospital de niños**

Es necesario pensar, en un hospital de niños, ¿qué es un niño/a? Partimos de una doble dimensión del niño, en tanto sujeto de derechos y sujeto deseante.

Una dimensión enmarcada en la Ley de Protección Integral de los Derechos de las niñas, niños y adolescentes (26.061), que tiene el objetivo de proteger a los niños/as y adolescentes y garantizar el ejercicio y disfrute pleno, efectivo y permanente de aquellos reconocidos en el ordenamiento jurídico nacional y en los tratados internacionales en los que la Nación sea parte.

Debiéndose respetar:

- a) Su condición de sujeto de derecho;
- b) El derecho de las niñas, niños y adolescentes a ser oídos y que su opinión sea tenida en cuenta;
- c) El respeto al pleno desarrollo personal de sus derechos en su medio familiar, social y cultural;
- d) Su edad, grado de madurez, capacidad de discernimiento y demás condiciones personales;
- e) El equilibrio entre los derechos y garantías de las niñas, niños y adolescentes y las exigencias del bien común;
- f) Su centro de vida. Se entiende por centro de vida el lugar donde las niñas, niños y adolescentes hubiesen transcurrido en condiciones legítimas la mayor parte de su existencia.

También se tiene en cuenta la Ley de Salud Mental (26.657), que tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional. La cual reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.

Esta es una dimensión relevante, porque no fue sin rechazo y resistencia que se dejó atrás el modelo asistencial de lógica tutelar que concibió al “menor” como un “objeto” de “cuidados”, encubriendo mecanismos de control social, para comenzar a pensar al niño como un sujeto de pleno derecho, al menos en el plano jurídico, y siendo una obligación de cualquier adulto velar por sus derechos y hacer que se respeten en la realidad, y más aún en una institución pública, estatal, y de la salud, orientada especialmente a los niños y niñas: el hospital.

La otra dimensión, en tanto sujeto deseante, remite a las conceptualizaciones freudianas: las inscripciones del inconsciente configuran subjetividad. Confronta con la vana ilusión de un a priori humano universal.

Para situarnos, y a modo de introducción a la clínica, ubicamos que el psicoanálisis con niños tiene ya cien años. El primer niño que se da por analizado es Juanito, de un modo singular y original, porque fue analizado por su padre. Freud publica el caso en 1909, pero el análisis del niño lo hace entre 1907 y 1908. Dedicarse a la clínica con niños es arreglárselas con los niños y con sus padres. Los primeros trabajos con niños siguieron y repitieron los patrones del psicoanálisis de adultos: transferencia, resistencia, neurosis de transferencia. Lo único que se sabía era lo que Freud había dicho de los niños, sólo teóricamente. Y lo había extraído de pacientes adultos. Es decir, que el niño que problematiza Freud, es el niño que construye a partir de los tratamientos de los adultos. Encontramos su teorización en *Tres ensayos de teoría sexual* (1905), donde aparece un niño, el de la perversión polimorfa, es el niño de las pulsiones parciales perversas porque no tienen como finalidad más que las satisfacciones parciales de las zonas erógenas, que luego por una determinación cultural tendrá que renunciar a dichas satisfacciones.

Más adelante en *Más allá del principio del placer*, texto de 1920, aparece un niño atormentado por las pulsiones parciales y habla de la violencia pulsional.

Para analizar a un niño, Freud requiere incluir en el trabajo analítico a los padres.

Con Winnicott y con Lacan aparece el Otro y sus distintas ficciones. Con Winnicott podríamos decir que es quien ve primero a niños en un hospital, lugar donde concurren por problemas médicos.

Lacan en la primera época de su enseñanza introduce al Otro representado en las figuras parentales, un niño sujetado a la ley del Otro y no sólo a las determinaciones pulsionales.

Es decir, que el nacimiento del sujeto niño es a partir de ese Otro, que dejó diferentes marcas e inscripciones, con un modo singular para cada ser hablante.

Las concepciones de Winnicott y Lacan incluyen también el trabajo con los padres. Eso nos hace pensar la clínica con niños con distintas direcciones de dificultades y complejidades.

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.

En *El niño en análisis y el lugar de los padres*, Flesler (2007) propone pensar que un niño es el equivalente de una falta. Freud en 1914, no sólo puso al niño como "his majesty the baby", mostrando su importancia en el narcisismo de los padres, y en 1917, lo planteó como un signo igual en una serie de equivalencias simbólicas, sino que expresó que puede realizar la presencia del objeto del fantasma adulto.

El niño está en un momento de constitución subjetiva en el cual es indispensable el Otro, y que pueda ser alojado en su deseo.

En relación a un tratamiento posible con un niño, en el campo del psicoanálisis, ciertamente ha habido y hay grandes polémicas; si se analiza igual que un adulto, si la transferencia es con el niño o con los padres. Pero más allá de cerrar la polémica o dar una respuesta definitiva, es importante preguntarnos cuál es el objeto del psicoanálisis, si el adulto o el niño, o en el mejor de los casos, el sujeto.

Flesler (2007) plantea que "el objeto del psicoanálisis no es el yo, ni la conducta, ni la personalidad, ni los trastornos clasificados por el DSM-IV. El objeto del psicoanálisis es el sujeto. *El psicoanálisis atiende al niño, pero apunta al sujeto*. Apunta al sujeto, que no es infantil, ni adolescente, ni adulto" (p.24).

Siguiendo estos lineamientos, se piensa al sujeto sin edad, pero con tiempos; tiempos de estructuración, que permiten discernir una estructura del sujeto, referida íntimamente al lenguaje. Es viable pensar la siguiente idea, como un eje orientador de la práctica psicoanalítica en un hospital de niños: *el psicoanálisis atiende al niño, pero apunta al sujeto*.

En *La salud mental y el hospital público*, Gamsie (1998) plantea que muchas veces en el hospital se pierde de vista la dimensión de sujeto del niño, y se toma como objeto:

El niño está ahí reducido a un objeto en un intento de anular su dimensión deseante, en un intento de tenerlo bajo control, condición que facilita la dura misión del pediatra: que acate, que acepte los cuidados indicados para él. El esfuerzo queda en primer lugar de nuestro lado, y no es fácil sustraerse, ya que se nos invita a "mirar". El médico, incluso los padres, nos invitan: "¿quieres verlo?". Hay por otra parte una tendencia a irrumpir en medio de una entrevista, para realizar una curación, un lavaje, una extracción, un cambio de sonda, los ejemplos son infinitos. Si se pudiese recortar un objeto en el hospital sería el de la mirada, no sólo en el sentido de que desde la llamada clínica de la mirada todo se da a ver, se hace público, todo se hace al alcance de la vista de todos, pacientes o personal tratante –no hay sábanas que cubran lo suficiente, no hay aislamientos ni biombos piadosos en las Salas de terapia intensiva o quemados-, sino también en el sentido de la mirada en tanto objeto, que enceguece, que impide ver, que lleva a apartar la vista. ¿A qué artificios debemos recurrir para velar esta mirada? (p.113)

En el hospital, cuando abordamos al sujeto nos topamos con lo Real de ese cuerpo enfermo, hallamos niños y niñas, internados, con sondas, que lloran, que no hablan, pero que, aun así, logran jugar. El juego es un modo de trabajo psíquico, como la asociación libre. Freud afirma que los niños no toleran demasiado tiempo la asociación libre. Es un problema, en tanto creamos que el único método por excelencia es la asociación libre verbal, por esto utilizamos 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 sea homologable no quiere decir que sea igual. Sin duda, no se analiza al niño sin tener algunos objetos de juego por lo menos.

Precisemos algunas de las conceptualizaciones psicoanalíticas sobre el juego. Podemos rescatar lo que plantea Freud en *El creador literario y el fantaseo*, de 1908, donde equipara el juego de un niño con el acto de un poeta cuando crea un mundo propio, y lo reinventa a su gusto. Aquí el juego se opone a la realidad, y no a la seriedad. Se produce así, un correlato entre juego y fantasía. Luego, en 1920, el juego va a ser unos de los pilares para demostrar que existe un *más allá del principio del placer*, y que tiene que ver con la repetición y la pulsión. Cuando el nieto de Freud juega al Fort-Da, y hace desaparecer y aparecer su carretel, tramita algo de la partida de su madre, simboliza una ausencia, pero Lacan nos advierte que cuando tira el carretel, no es la madre quien desaparece, sino el sujeto mismo. Dando a entender así, que puede pensarse el juego como constitutivo de la subjetividad y emergencia de un sujeto deseante.

Se puede apreciar al menos dos grandes orientaciones en relación al juego dentro del psicoanálisis: “por un lado, podría ser utilizado como una forma de expresión –de significaciones inconscientes, de experiencias traumáticas (repetir de modo activo lo vivido pasivamente); por otro lado, serviría como un medio de simbolización (de la ausencia de la madre, de ciertas pérdidas, etc.)” (Lutereau, 2013). Esta apreciación es de gran utilidad, ya que nos permite pensar el juego del niño en la clínica, tal vez en algunos casos como expresión de una internación traumática y su intento de tramitación, y al mismo tiempo sin dejar de tener que cuenta el carácter constitutivo que tiene el juego para el niño.

Se destaca del juego, el rol fundamental que tiene en la construcción del fantasma, como cimiento fundamental de la estructura del sujeto.

Volviendo a Flesler (2007), podemos pensar que:

Afirmar que en la infancia no hay fantasma o bien que ya lo hay es la imagen de un mismo extravío, que enclava referencialmente la clínica con niños a modalidades propias del abordaje de pacientes adultos. Con los niños debemos atender a las especificidades temporales, a los tiempos en que el fantasma, como gran edificio, construye su andadura... (p.93)

Es así que el juego, tiene una doble relevancia en un hospital de niños, debido a que es esencial como categoría de análisis para pensar la constitución subjetiva a partir del fantasma como sostén del sujeto, y, por otro lado, es imprescindible como herramienta a la hora del análisis de niños.

Creo oportuno traer una situación que llegó al hospital, que refleja lo expuesto: el niño como sujeto de derechos y como sujeto deseante.

Se trata de una niña de 9 años que nació con hermafroditismo. A los ocho meses de vida le realizaron una operación quirúrgica sobre lo que se planteaba como un “clítoris hipertrofiado”, y se continuó con la decisión de los padres de que sea una nena. Pero con el paso de los años ese “clítoris” siguió creciendo, aunque también lo hizo el útero. Se encontraban en el hospital sus médicos de cabecera que provenían de un pueblo alejado de Rosario, y hasta un cirujano de Estados Unidos para realizar la operación. La niña ya estaba en ayuno y preparada para la internación, sólo restaba hacer tiempo para el

horario de la operación. Cuando la médica del hospital la lleva a una sala de juegos, la niña le dice que no quiere jugar con juguetes de niñas, que ella en realidad era un varón. La médica algo escucha de esto, comienza a indagar y se da cuenta de que la niña no sabe el motivo de la intervención, y se lo explica. Al enterarse no quiso seguir adelante. Por lo cual, las psicólogas hablan con los padres, que se encontraban muy sorprendidos y atónitos, al igual que sus médicos de cabecera. La “niña” se encontraba realmente aliviada y se la veía contenta, ese mismo día se fueron acordando una entrevista con la psicóloga para la semana posterior.

Esta decisión provocó mucha inquietud en relación a todo lo que ya estaba decidido de antemano, resonó sobre las decisiones de los adultos y profesionales, que tenían enfrente un niño/a que ejercía el derecho de ser oído y que su opinión fuera tenida en cuenta.

Surgen interrogantes sobre esta “niña” que durante 9 años no pudo ser escuchada, no sólo por sus padres, sino también por los profesionales a cargo de delicados y prolongados tratamientos. ¿Es sólo el psicólogo el que debe escuchar a los niños y niñas? ¿O acaso, es la obligación de cualquier adulto, y más siendo un profesional de la salud? ¿Qué ocurre que profesionales de la salud no pueden escuchar lo que tiene para decir un niño o una niña?

No sólo se trata de poder escuchar a un niño, sino que se está, ante la obligación de informar al sujeto, sobre los tratamientos e intervenciones que se le realizarán. Es aquí donde la Ley de Salud Mental plantea la obligación del consentimiento informado o consentimiento fehaciente, por parte del usuario, el que podrá aceptar o rechazar dicho tratamiento.

El profesional de la salud, en un hospital de niños, debe escuchar lo que tiene para decir un niño, pero también debe poder articular obligaciones, responsabilidades y derechos.

Según Lacan, ser hombre o mujer es una cuestión de posición, asumida por el ser hablante, en la que el sexo no es dado a priori.

También es necesario ubicar como lo hace Bassols (2015), que la identificación con el Otro, con la imagen especular, tiene el efecto de ocultar lo irreductible de la singularidad de la experiencia, de tener un cuerpo antes de llegar a serlo. Pero el psicoanálisis, al acoger la singularidad del ser hablante, dará lugar a cada uno para constituir o inventar algo frente a lo real, que está allí desde siempre y que no puede ser simbolizado. Según el último Lacan, podemos interrogarnos si la decisión del sujeto a su condición sexual será por su identificación al goce del Uno condicionado por La lengua, más acá de cualquier articulación con el lenguaje. Lacan dice, más allá de la identidad de género es la posición de goce del sujeto lo que va a definir la posición sexuada independientemente de la cuestión normativa, inventar el propio sexo implica un modo de gozar.

El sujeto no puede responder a lo real sino es haciendo un síntoma; es necesario interrogar al síntoma que incomoda al cuerpo, la reacción de ese cuerpo frente a un goce. Goce que proviene del encuentro contingente de un cuerpo con el lenguaje.

## La recepción de pedidos y el lugar de los padres

Es preciso realizar una distinción entre lo que puede ser la recepción de pedidos en el servicio de psicología en un hospital de niños, y lo que es la recepción de una urgencia o emergencia de un cuerpo orgánico enfermo, en una guardia o en internación. En éste, la demanda es “clara”, entre comillas, se puede ver el órgano enfermo, hacer un diagnóstico y un pronóstico, y hacer uso de ese saber médico, para su fin último, que es curar. En cambio, en el primer caso, se trata de un pedido y del sujeto que realiza ese pedido. Es necesario que el sujeto se implique, que haya cierto nivel de demanda.

Pujó (1993) en la revista *Psicoanálisis y el hospital*, dice que en el ámbito hospitalario es una exigencia “medir la distancia y recorrer el trayecto que separa el ingreso a la institución –la consulta en la guardia, la lista de espera, la derivación al equipo, eventualmente la internación- de la entrada en análisis” (p.3).

La recepción de pedidos hace alusión a la posibilidad de un espacio de escucha, donde tal vez se pueda producir algo de ese salto del pedido a la demanda. Particularmente en el hospital donde realicé mi práctica, proponen pensar las entrevistas como *recepción de pedidos* y se trata de correr un poco de la anterior nominación como *entrevistas de admisión*, que traía una connotación un tanto expulsiva, ser admitido o no, admitido a dónde, admitido por quiénes. Aun así, se podría rescatar algo de esta antigua nominación, en términos de operación y efectos subjetivos.

“El término *admitir* designa en la institución la forma que ella misma tiene de acoger, de consentir, de dar un sí, a quien, muchas veces sin saberlo, y por una determinada concatenación de acontecimientos siempre precisable, viene allí a quejarse, a testimoniar, a interrogar, a buscar una respuesta a lo que le ocurre” (Pujó, 1993, p.4).

Cuando se intenta habilitar ese espacio de escucha, se intenta “sostener ese espacio de la admisión como lugar, como primer momento para producir un efecto: el de admitir (**dar entrada / aceptar / permitir o sufrir**), apostando a darle entrada, permiso, a la posibilidad de que emerja algo del sufrir del sujeto y del sujeto de ese sufrir” (Roma, 1993, p.6).

Este pedido, viene de parte de los padres o adultos responsables del niño, y aquí surge la cuestión de su lugar, en el análisis con niños.

El mismo Freud en 1933, en sus *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis*, plantea que la transferencia es uno de los conceptos que marca diferencias entre el análisis de niños y el de adultos, ya que en el de niños “los progenitores reales siguen presentes”. También Lacan, en *Dos notas sobre el niño*, postula que el síntoma del niño está en posición de responder a lo que hay de sintomático en la estructura familiar, y que puede representar la verdad de la pareja familiar.

Flesler (2007) señala sobre este asunto, lo siguiente:

Sin duda ningún analista desconoce en cuánto difiere el lugar de los padres como presencia fantasmática en el análisis de adultos, de su presencia real en la infancia. Sin embargo, esta distinción no se establece como una sustitución repentina, sino en virtud de tiempos discontinuos (...) Pues luego siguen presentes, ya no como padres reales de la infancia, sino como padres del fantasma. (p.137)

Siguiendo a la autora, a falta del concepto “tiempos del sujeto”, es que se ha caído en una disyuntiva, en donde algunos han sobervalorado el lugar de objeto que el niño ocupa en el Otro, y han responsabilizado, y hasta culpado a los padres, de ejercer su goce desmedido sobre el desamparado *infans*. Otros, dándole al niño el lugar de sujeto de pleno derecho, olvidan los tiempos de estructuración, y se atiende niños sin juguetes, sin padres, como un sujeto responsable de sus síntomas, equiparándolo a un adulto.

Por lo tanto, si se *atiende al niño, pero se apunta al sujeto*, es imprescindible tener en cuenta los tiempos de estructuración del mismo, y es por eso que se recibe a los padres y al niño, no se desestima su incidencia en esa constitución del sujeto.

Otra cuestión de relevancia que se da tanto en la clínica particular como en la hospitalaria, es la manera en que llegan esos padres al servicio de salud mental.

Algunos llevan ellos mismos a su hijo, por propia voluntad, porque hay algo del sufrimiento de ese hijo que los conmueve, hay cierto registro del malestar y un deseo puesto en afrontarlo. Otros pueden llegar, también con cierto registro del malestar, pero con una demanda explícita, de que el hijo sea curado, sanado, rehabilitado, rectificado, o vuelto a la normalidad, para que no genere esa molestia en los padres, en su narcisismo precisamente.

Al respecto Freud (1920) en *Psicogénesis de un caso de homosexualidad femenina* dijo que:

...unos padres demandan que se cure a su hijo, que es neurótico e indócil. Por hijo sano entienden ellos uno que no ocasione dificultades a sus padres y no les provoque sino contento. El médico puede lograr, sí, el restablecimiento del hijo, pero tras la curación él emprende su camino más decididamente, y los padres quedan más insatisfechos que antes. En suma, no es indiferente que un individuo llegue a análisis por anhelo propio o lo haga porque otros lo llevaron; que él mismo desee cambiar o sólo quieran ese cambio sus allegados, las personas que lo aman o de quienes debiera esperarse ese amor. (p.144)

Aquí nada quieren saber, sólo demandan, se pone el saber del lado del analista y se idealiza, esperando la solución, por eso es importante ir corriéndose, de a poco, de ese lugar de supuesto saber, aunque en un comienzo sea necesario.

Pero en el hospital se ve mucho también a esos padres que son enviados, por un tercero, ya sea por derivación de otro servicio del hospital, por un centro de salud, por la escuela, por orden judicial, entre otros y les produce cierto desconcierto estar en el servicio de psicología o salud mental. Es decir, que no consultan ni demandan, los mandan. Es necesario hacerse ciertas preguntas en estos casos, ya que cuando el paciente es enviado, "el admisor establece un lazo con el derivador para investigar las condiciones de la derivación. ¿El consultante es un síntoma del derivador? ¿Fue hecha la derivación con un sentido represor, con un tinte mágico? ¿Fue una expulsión de otra institución o se habilitó un campo terapéutico?" (González Castañón, 1993, p.12). Es importante no comprender demasiado pronto, no interpretar presurosamente que no hay demanda, y creer que no hay mucho por hacer. Ya que la demanda es a construir, desde una escucha en transferencia.

Es posible que exista alguna dificultad de los padres aquí, para percibir algo del padecimiento del hijo, o que sólo pueda vinculárselo al cuerpo enfermo.

En relación a esta terceridad que deriva a esos padres, Flesler (2007) formula que:

...suele ser aquel que ha registrado la persistencia de algún goce parasitario que, sin duda, no causa malestar en los padres. Son otros entonces quienes se hacen eco ante lo silenciado de una voz que clama expresión, generalmente haciendo ruido en el ámbito público: la escuela, la calle, el hospital, el juzgado. (p.143)

Quizás se muestren reacios a moverse de ese lugar, o cambiar su significación del niño y su síntoma, tal vez no reconozcan su responsabilidad y hasta se enojen por la interrupción de ese goce, pero, "o bien el analista ayuda al niño a sostener su síntoma, o bien apela a la instancia social que hizo sonar la campana de alarma para obligar en lo real a interrumpir el arrasamiento del sujeto" (Flesler, 2007, p.194).

## Condiciones para la eficacia clínica

Es Ulloa (1995) quien esboza cinco condiciones para la eficacia clínica dentro de una institución, y las cuales creo de relevancia para abordar la práctica psicoanalítica en un hospital de niños, ya que ésta no es sin una práctica clínica.

Formula el “quehacer psicoanalítico” en términos de oficio, más que como una profesión. “Un oficio que busca apoyo no tanto en lo instituido sino en la singularidad de lo que se va instituyendo sobre la marcha, sin desconocer que un rol social, asumido con solvencia y economía de esfuerzo, pretende tener basamentos conceptuales y metodológicos firmes” (Ulloa, 1995, p.47). Propone que no se debe “ser psicoanalista” sino “estar psicoanalista”, como una función ligada a la existencia o no de la demanda.

En este sentido creo primordial que cualquier práctica psicoanalítica, en cualquier campo, debe estar fundada en la *abstinencia*, esa regla fundamental entendida no sólo como *método* sino también como *ética*.

Volviendo a la clínica, aquellas cinco condiciones para su eficacia son:

- Capacidad de predicción.
- Actitud no normativa.
- Posibilidad de establecer relaciones insólitas en el discurso.
- Definición por lo positivo o por lo que es.
- Coherencia entre teoría y práctica o entre ser y decir.

La *capacidad de predicción* se comprendería como la organización que todo clínico puede hacer de sus propias expectativas antes de incluirse en una situación que debe conducir, podríamos relacionarla a la contratransferencia.

La *actitud no normativa* se trata de no diagnosticar prematuramente, de no pretender entender antes de entender. Se podría pensar en la abstinencia en el sentido metodológico, o como también se planteará más adelante, como estructura de demora.

La *posibilidad de establecer relaciones insólitas en el discurso* apunta a que el sujeto al estar dividido, pone en juego un decir que alude al conflicto y otro a la solución, y es ahí donde tiene que dirigirse la escucha del clínico.

La *definición por lo positivo*, no tiene una connotación de bondad o de bueno, sino que se apunta a escuchar dónde pone el énfasis el paciente, y no hacer diagnósticos por descartes que suelen conducir a una identidad diagnóstica por lo negativo.

La *coherencia entre teoría y práctica* alude a que el comportamiento del clínico, no se debe contraponer con su discurso. Cuestión que parece obvia y sencilla, pero que a veces es difícil de lograr y que tanta falta hace, y nuevamente podemos traer a colación la importancia de la abstinencia en el sentido de una ética.

Todo este conjunto de *condiciones*, se puede pensar como herramientas clínicas que el analista pone en juego a la hora del encuentro con un otro que sufre, que padece, e intenta darle un lugar a ese otro, un lugar principalmente de escucha.

A continuación, describiré otra situación del hospital que me interpeló como practicante y como futuro profesional de la salud, en torno a esa regla fundamental, la abstinencia, tan importante en esta práctica clínica.

Debido a que en el servicio de salud mental no estaban haciendo recepción de pedidos o entrevistas de admisión, porque estaban sin horarios disponibles, me propusieron realizar algunas entrevistas -se les aclaraba a los padres que el encuentro no significaba que se les daría un turno para el niño, sino que se iba a escuchar su situación, y tratar de contactar al centro de salud de referencia de la familia-. Si bien algo de la transferencia se juega, y se marcó el encuadre para que no se generaran expectativas de que el niño sería atendido en el hospital.

Escuché a una madre que venía, a pedido de una maestra, por su hijo de 6 años que había empezado primer grado. Ya había ido a una psicóloga del centro de salud de referencia, la cual lo había visto dos veces y tenía el informe de la maestra. Pero hacía un tiempo estaba de licencia, y la maestra le seguía pidiendo a esta madre que lleve a su hijo a una psicóloga.

Le pregunto qué era lo que le estaba pasando a “Juan”, y me contó que en la escuela “estaba en su mundo”, muy distraído, no prestaba atención, se ponía a llorar por cualquier cosa, se portaba como si todavía estuviera en el jardín, no respetaba la bandera, ni la fila, no podía copiar las consignas, no se podía poner el guardapolvo solo, no podía ordenar los números del 1 al 5, y hasta había empezado a escribir mal su nombre que ya sabía escribir.

Relata que esto había empezado hacía ya tres meses, y que hacía seis meses que al padre lo tuvieron que internar, todavía seguía en cama, con algunas operaciones, y había perdido el trabajo. El niño era muy “compinche” con el padre y lo había puesto mal verlo así de enfermo.

Pregunto también qué era lo que decía la maestra, y expresa lo siguiente: “me dijo que estoy muy pegote con él, es muy ‘mamengo’, yo no lo puedo retar mucho como hacen otras mamás, también me dijo que me tengo que independizar un poco. Pero en casa se porta bien, no como en la escuela. Tengo otros hijos de 21, 22 y 24 que viven con sus parejas, así que, él es el más chico y está sólo en casa. Mi marido me dice lo mismo, pero en la casa está bien, no tiene problemas, es en la escuela”.

Noto cierta disociación en el discurso, respecto de la situación del niño en la casa y en la escuela, como así también su lugar en relación al conflicto de su hijo. Pienso en una posible intervención, en la abstinencia, en no decirle lo que yo “creo” que debería hacer, y le digo que para cualquier niño es difícil el paso del jardín a la escuela, que necesitan contención, pero que también es importante que ellos puedan dar esos pasos solos, y que a veces las cosas de la casa pueden repercutir en la escuela. Lo dije como algo general y no como una directiva ni marcándole que estaba haciendo algo mal, a lo que afirma y coincide, pero luego sigue hablando, pareciendo no darle mucha importancia. Comenta al pasar, que el año anterior en el jardín le habían dicho que necesitaba una fonoaudióloga. Porque no se le entendía cuando hablaba, “habla muy rápido, pero en casa yo le entiendo”. Por lo que percibí que no podía registrar algo del malestar de su hijo.

Le digo que espere. Hablo con las psicólogas, y quedamos en que íbamos a llamar al centro de salud, y posteriormente la llamábamos.

Recién cuando salgo del hospital y escribo la situación y puedo ver mi intervención.

Me comunico con la psicóloga del centro de salud que había visto al niño y coincidimos en que la madre no registraba totalmente la situación o el malestar de su hijo y se podría tratar de una psicosis y no una cuestión cognitiva de aprendizaje o algo para que trabaje sólo la fonoaudióloga, como ella misma había pensado en un primer momento. Nuevamente en comunicación con la madre me informa que ya tenía un turno en el centro de salud con la psicóloga que ya se había reincorporada.

Con esta viñeta nos podríamos situar en el terrero de la *incomodidad del analista*, como plantea Steinberg (2012) en *Dificultades de la práctica del psicoanálisis*, en cuanto a la contratransferencia y a la abstinencia.

El análisis propio y la supervisión permiten revisar la incomodidad del analista, un momento a posteriori, para intentar elaborar algo de esa contratransferencia. No como un lugar de súper-visión del Otro, sino de propia escucha. Escuchar eso que no se pudo escuchar durante la entrevista o sesión. Escuchar y escucharse.

Steinberg (2012) dice que cuando se habla de las resistencias del analista, nos referimos “al temor no al error, sino a la ignorancia, el gusto por no decepcionar, la necesidad de “estar por encima” que no es dirección sino ejercicio de poder (...) se hallan los intentos de reeducación emocional que conducirían al analizante a replantear su demanda” (p.96).

Al reparar en esta intervención, me surge el temor de haberme equivocado, de haberme aprovechado de esa situación asimétrica de supuesto saber, de haber esquivado la abstinencia, de haberle dicho a esa madre algo de mi propia valoración, y que tal vez eso hiciera aún más difícil el registro del malestar de su hijo.

Este temor está relacionado a lo que plantea la autora, donde “la abstinencia se muestra como la necesidad técnica de rehusarse a dominar al analizante, renunciando por tanto a imponerle los propios ideales y a estructurar su destino “con orgullo creador a nuestra imagen y semejanza” (p.100). “La disciplina abstinenta, cuando está bien incorporada, no se hace notar. A la manera de un arte marcial, no es ausencia ni reticencia, es dar lugar al otro” (Ulloa, 1995, p.111).

Aquí nuevamente entra en juego la importancia de la supervisión, para no caer en el otro extremo, el del temor que paraliza, para comprender que con la práctica misma se aprende, con los errores, con esa incomodidad inherente a esta práctica.

Fue en supervisión que pude escucharme nuevamente, con los aportes de mis compañeros practicantes, de la docente, de las psicólogas del servicio, que me marcaron ciertos aspectos que me servirían para pensar la práctica del psicólogo en una institución como esta, tales como el encuadre de la entrevista, la diferencia posible entre entrevistas preliminares de un análisis y una recepción de pedido en un hospital, la importancia de soportar la angustia del otro, y demás cuestiones que se bosquejan a lo largo del trabajo.

Steinberg (2012) señala que “*el deseo del analista suscita la dimensión de la espera*”, lo que vuelve a traer la concepción de Ulloa (1995) de *estructura clínica de demora*: en ella la abstinencia detiene (demora), hasta la teorización posterior al acto clínico, los deseos y la memoria personal del clínico. (p.26). Asimismo, “la abstinencia (...) no suprime el registro sino la acción inmediata; al hacerlo, logra trascender lo aparente y acceder a otro conocimiento” (Ulloa, 1995, p.114).

Todas estas condiciones para la eficacia clínica y esas herramientas de las que dispone el analista, con su incomodidad a cuestas, son parte inherente de su práctica, y es propicio, agregando una *nueva condición*, no renegar de ellas.

## Un texto y las marcas de una experiencia

Aquí me referiré al texto de Lacan (1966), *Psicoanálisis y medicina. El lugar del psicoanálisis en la medicina*, que en realidad es una conferencia durante una mesa redonda en la Salpêtrière, entre psicoanalistas y médicos. Y a partir de dicho texto, tratar de pensar una experiencia en el hospital, para pesquisar las tensiones entre las diferentes disciplinas.

El punto clave que se discute es el lugar del psicoanálisis en el hospital, discusión polémica y vigente en la actualidad.

No es la idea hacer un elogio al psicoanálisis ni una crítica peyorativa al saber del médico, sino que, a partir de la lectura de la tensión puesta en juego en estos dos discursos, se produzca una apertura.

Hay dos puntos clave para fundamentar la importancia del discurso psicoanalítico operando en el discurso de la medicina: uno es la posibilidad de escucha de la demanda del paciente, y el otro, el goce del cuerpo implicado en ella, que es lo que se suele descuidar en la medicina. Este descuido no es ingenuo ni casual, sino que el médico mismo está tomado por el discurso del inconsciente, el cual determina sus respuestas y reacciones frente a los pacientes. Esta determinación es lo que le impide al médico –y lo salva a la vez- quedar reducido a ser una mera máquina de diagnosticar.

Cabe destacar algunos puntos de la ponencia de Lacan:

- Según plantea, el lugar del psicoanálisis en la medicina es marginal y extraterritorial. *Marginal*, ya que la medicina lo deja al margen, admitiéndolo como una ayuda externa al igual que psicólogos u otros asistentes terapéuticos, y *extraterritorial*, por parte de los propios analistas que tienen buenas razones para operar desde otro lugar.
- En relación a la función del médico, destaca que cambió con el tiempo, pero más que nunca, con el avance de la ciencia en el capitalismo. Hoy es un científico más, ya no tiene el lugar de privilegio que tenía.
- *¿Cuál es el límite del médico? ¿A qué debe responder? A la demanda, es en el registro del modo de respuesta a la demanda del enfermo, donde está la posibilidad de supervivencia de la posición propiamente médica.*
- *El progreso de la ciencia excluye la dimensión del goce del cuerpo, de la relación medicina y cuerpo.*

A partir de lo planteado por Lacan, se hace una distinción de conceptos, intentando transmitir la especificidad de algunos de ellos en el discurso analítico, a diferencia del discurso médico.

En relación a las marcas de una experiencia, la situación que traigo, es la de un niño de 7 años que la madre había llevado a la guardia del hospital, derivado por el centro de salud, por fuertes dolores de estómago, al cual revisaron, pero evaluaron que no era de gravedad por lo que, “los mandaron a la casa” según cuenta de la madre. Dos días después, son nuevamente derivados con urgencia por el centro de salud, y deben operarlo por peritonitis e internarlo. Efectivamente esta situación, donde también la madre señala que hubo cierto maltrato de parte del personal, generó en ella y en el niño un malestar muy grande. Se podría llegar a pensar que la institución no sólo tiene dificultades para alojar, sino que a veces, excluye.

La madre, comenta que al niño unos meses atrás un perro le había mordido una parte del rostro y habían tenido que hospitalizarlo, pero no demostró angustia alguna, y sobrellevó todo con mucha calma.

Pero en esta ocasión, el niño no “sobrellevó todo tranquilamente”, sino que lo expresó con un acto muy significativo, que fue una patada a la médica que lo atendía y un cachetazo a la madre. A partir de ahí, es consultado el servicio de psicología. Se realiza una entrevista con la madre, que cuenta que con la internación aparecieron viejos problemas familiares con una abuela que tenía orden de restricción, y que el niño estaba muy enojado, que no se quería bañar, ni comer, ni hacer los ejercicios que le indicaban. La madre pasaba todos los días con su hijo, en una sala de tres camas, por lo que se

pudo leer que era necesario separarlos un poco. Fuimos con el psicólogo, él mantuvo una entrevista con la madre fuera de la sala y yo me quedé con el niño, charlando al principio y luego jugando a las cartas.

Al comienzo, el niño estuvo un poco serio, mirando hacia abajo, pero luego pudimos charlar abiertamente, hasta reírnos. Hablamos sobre sus juegos preferidos, sus muñecos, yo pude llevar algunos juguetes, también me contó de sus hermanos, de su aburrimiento en el hospital, de estar todo el día en esa sala, y de no querer bañarse ni comer. Mientras jugábamos, nos miraban la niña y su madre, que estaban en la cama de al lado, por lo que me hacía pensar en ese ideal de tratamiento en un consultorio, a solas, con privacidad. Luego de un tiempo, quiso que la madre vuelva, y cuando apareció se quiso sacar la sonda, le dijo que no quería bañarse, y se puso serio nuevamente.

En la revisión del caso con el psicólogo pudimos leer que había sido atinado que el niño tenga su espacio, un momento que le sea propio, y el corte con la presencia de la madre posibilitó volver a llamarla. Durante las entrevistas con padres, en el trabajo con niños, se producen movimientos subjetivos que efectúan pérdida de goce en los primeros y esto conlleva, sin duda movimientos subjetivos en sus hijos.

Decidimos que yo vuelva a verlo. Me dirijo a la sala de internación, donde jugamos a las cartas nuevamente y charlamos bastante. Se había bañado y comido. Tal vez algo de esa intervención que pensamos con el psicólogo, provocó algún efecto, movilizó algo que hizo que el niño accediera a sus cuidados higiénicos y alimenticios, a los que tanto se negaba.

Quizás se debió al encuentro del niño con un otro, que hacía semblante de semejante en el juego. El analista, ese otro, “haciendo *semblant* de que juega (pues él juega a que juega y lo sabe) pro-mueve el juego” (Flesler, 2007, p.119).

Esta vez la madre vuelve, y él le pide el cuaderno de la escuela para mostrarme sus dibujos. Cuando me despido, ella me dice “chau doctor”, a lo que rápidamente el niño la corrige y le dice, “él no es doctor”, cosa que yo reafirmo. Aquí vuelve la cuestión de introducir a alguien que no sea un “doctor”, que no sea uno más de esa serie, que pasan a “revisarlo”, a “limpiarlo”, a “curarlo”, sino alguien que lo pueda escuchar, que no lo cosifique, que juegue con él, que le devuelva la condición de sujeto deseante, y que no se tome al otro como objeto de nuestra práctica.

Retrabajando la situación con el psicólogo me surgieron ciertas preguntas en relación al trabajo con niños en un contexto de internación, donde hay más personas presentes. ¿Es indispensable un consultorio para una práctica clínica? Pensaba en la posibilidad de una clínica ampliada, donde no siempre hay cuatro paredes que aseguren la privacidad, el riesgo a ser escuchado, a que otro escuche o vea que uno puede equivocarse y la incomodidad de generar una apertura en un sujeto expuesto a la mirada del otro; me preguntaba si los analistas estaban exentos de caer en la ilusión de la omnipotencia, y qué importancia tenía el análisis propio, y la supervisión, cuando se trabaja con otro.

Sotelo (2015) plantea que:

Las instituciones sostienen sus dispositivos desde el poder que les concede la función pública, el conocimiento, la ciencia, la fuerza, pero no todos los sujetos se someten dócilmente a las indicaciones, prescripciones y órdenes, lo cual suele desencadenar actos de violencia en los profesionales, devenidos jueces en muchas ocasiones, depositarios de una verdad o solución “para todos”. En muchas ocasiones puede inferirse que se ha intervenido desde los propios juicios morales o de valor, por el supuesto bien de los pacientes marginados, adoptados, golpeados, abandonados... Cada profesional, en tanto sujeto, está atravesado por las propias urgencias, por su historia, sus valores, sus ideales y por la noción del bien que es, en sí misma, problemática para los psicoanalistas, particularmente en las instituciones y en la urgencia. (p.77)

Aquí creo que se trata de un punto clave, que es la ética. La cual implica reconocer que trabajamos con un sujeto y que somos nosotros mismos, un sujeto barrado, un sujeto en conflicto, un sujeto del inconciente, el cual no podemos eludir.

## **Interconsulta e interdisciplina**

Nos encontramos con dispositivos y características de las prácticas hospitalarias: la interconsulta y la interdisciplina.

Para ambos conceptos utilizamos el prefijo “inter”, por lo que se habla de un entrecruzamiento, en este caso de saberes, de disciplinas, que suponen un beneficio mutuo, una pluralidad de voces, pero que también traen consigo su no-saber, sus olvidos, sus lagunas, su omnipotencia e impotencia, y por qué no, sus narcisismos.

Stolkiner (1987) postula que:

La interdisciplina nace, para ser exactos, de la incontrolable indisciplina de los problemas que se nos presentan actualmente. De la dificultad de encasillarlos. Los problemas no se presentan como objetos, sino como demandas complejas y difusas que dan lugar a prácticas sociales inervadas de contradicciones e imbricadas con cuerpos conceptuales diversos. (p.313)

La idea sería partir de la problemática y no de las disciplinas dadas. No caer en la multidisciplinaria, aquella superposición de disciplinas donde cada una se ocupa de su especialidad, independientemente de las otras, sino intentar que haya real intercambio, cooperación y comprensión. Aun así, es fundamental que cada disciplina mantenga su especificidad e identidad propia.

En la interconsulta, es donde más se puede ver reflejada la interdisciplina, tanto en sus aspectos posibilitadores, como en aquellos que operan como obstáculos.

Sobre las dificultades de la interconsulta, precisamente en un hospital de niños, Gamsie (1998) comenta que:

Uno de los aspectos omitidos cuando se habla de las dificultades de los que siendo analistas nos vemos llamados a participar de un dispositivo que no es estrictamente analítico, como lo es la interconsulta, aspecto que, por eludido, no resulta de menor importancia, se refiere a la dificultad ante el horror que nos produce cada vez, con cada nuevo llamado a Sala, la confrontación con un cuerpo sufriente, enfermo, martirizado, a veces deformado por un traumatismo. Sobre todo, cuando se trata del padecimiento de un niño. (p.109)

Creo oportuno comentar algunas situaciones del hospital, donde se puede entrever algo de esta problemática.

Una médica pediatra, lleva al servicio de psicología una situación particular, a partir de una discusión que había tenido con gente de la dirección del hospital, referido a las distintas lecturas que tenían sobre la situación de una niña de un año, con una rara enfermedad llamada osteogénesis imperfecta, los “niños de cristal”, que producen fracturas espontáneas y son de una fragilidad muy grande. En su nacimiento ya había nacido con gran parte de los huesos fracturados, por lo que produjo que la familia circulara por varios hospitales del país, hasta terminar en este, principalmente por la transferencia que habían establecido con los profesionales, según cuenta la médica. Ya hacía 15 días que estaba en internación, y recién en ese momento gente de la dirección la presionaba para que le dijera a esa madre que vaya a Salud Mental, para “que hable con la psicóloga, y que se vaya preparando para que vuelvan a su ciudad”, porque ya tenían el alta; lo cual traslucía que lo implícito era que la cama quedara libre. La médica sabía esto, no coincidía, e igualmente fue al servicio de psicología para ver qué pensaban ellos.

Se puede ver que hay profesionales de la medicina que no responden al modelo médico hegemónico, o al decir de Ulloa, a la “clínica del linaje médico” que sólo recetan, aconsejan y prescriben, sino que articulan con otras disciplinas, a las que le suponen un saber. En estos términos es complejo decidir una intervención.

Toda esa lectura entre líneas, sobre la presión de los directivos para que se libere una cama, pensada en términos cuantitativos debido a la urgencia que atraviesa una institución como ésta, sobre el lugar en que ubican al psicólogo, para cumplir un objetivo pensado de antemano, tal vez sin escuchar la demanda del propio paciente o a la familia.

Aporta a pensar esta compleja relación entre analistas y médicos, en este campo particular, las reflexiones de Gamsie (1998):

Si se trata en el campo de la interconsulta de restituir al médico en su función, en el sentido de que pueda hacerse cargo de la transferencia que suscita en el paciente, de su demanda, de su deseo, se tratará, además, y es lo que quiero subrayar aquí, de que esto va a requerir previamente del analista solicitado a intervenir allí, que se ubique él mismo en su lugar de analista, en relación tanto al pedido del médico como a las exigencias puestas en juego a partir de un cuerpo sufriente. Lo que podríamos también precisar como restituir al analista en su función, que pueda soportar esa demanda que se genera allí, lo que involucra ya no sólo al médico sino al paciente, eventualmente a la familia, y también a la institución. (...) Como decía, queda de nuestro lado restituir al analista, sobreponerse al rechazo que esto produce, al rechazo que produce el olor de los remedios, el olor de la enfermedad, el de la sangre que a veces nos queda en la nariz mucho tiempo después de la interconsulta. (pp.112-113)

La interconsulta no sólo es un dispositivo indispensable en un hospital, reflejando la interdisciplina, sino que, un equipo interdisciplinario es elemental para poder pensar el campo de salud mental hoy, tal como lo plantea la Ley de Salud Mental, “integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes...”. Debemos poder articular y debatir con las otras disciplinas, no porque lo diga la ley, sino porque es el desafío que tiene el campo de salud mental, para no quedarse en la especialidad, aún manteniendo la especificidad.

## Posibles conclusiones

Es momento de intentar esbozar algunas conclusiones. Podríamos decir que, sin una práctica que ponga en tensión nuestros saberes y nos interpele, no es posible una formación crítica.

Este ensayo y mi práctica, estuvieron guiados por interrogantes, en torno a la experiencia en un hospital de niños. Estos interrogantes actuaron como eje alrededor del cual pensé la práctica. Por eso, más que respuestas, creo haber encontrado posibles maneras de abordar la práctica, y ciertos lineamientos que no podrían desatenderse.

En este sentido, es preciso destacar que *el psicoanálisis atiende al niño, pero apunta al sujeto*. Entiendo que esta idea puede ser un eje rector en la clínica. Concibiendo al niño, como sujeto de derechos y sujeto deseante.

Es en el reconocimiento y en la valoración de la singularidad, que se funda la ética. Singularidad que previene, en el mejor de los casos, de dogmatismos, de reduccionismos, y que admite al sujeto.

En el mismo sentido que exhortamos por la singularidad del sujeto, debemos promover la singularidad de cada disciplina y mantener su propia especificidad, pero sin caer en la especialidad. Cosa que circunscribe y cierra cada saber. Es una necesidad actual en el campo de la salud pública, pensar la interdisciplina, traspasando los límites de la mera multidisciplina. Se requiere un diálogo franco, frontal y constante.

“Se trata de la confluencia del psicoanálisis (como corpus teórico y modelo de práctica/ética) con los problemas que la nueva Salud Mental plantea y con experiencias grupales, institucionales, que ponen en tensión los conceptos del psicoanálisis con las formaciones institucionales y sociales. Lo *público* parece habilitar esta confluencia” (Grande, Masueco y Waisman, 2007-2010, p.256).

Antes de ir al hospital, no tenía una conceptualización clara sobre la práctica en un hospital de niños, y tal vez, de fondo estaba esa idea de un consultorio colmado de juegos, con privacidad entre el analista y el niño, una práctica clínica “ideal”, que con los días se fue diluyendo, en especial durante las experiencias que pude tener, en distintos encuentros con niños en internación. Aquí, a los juguetes, se agregaban las sondas, las vendas, los pases de sala, los médicos, los enfermeros, los padres, los otros niños de la sala, todo formaba parte de ese gran consultorio.

Grande, Masueco y Waisman (2007-2010), al referirse a las dificultades para pensar las prácticas clínicas, más allá del tratamiento de un síntoma que trae un sujeto a consulta, en demanda de asistencia, plantean que:

Dicha idea (¿Ideal?) de la clínica aparece aislada de los contextos y condiciones de su práctica. Esta idea pareciera confirmarse cuando en la formación no se hace lugar a la historización de los procesos por los cuales, tanto la disciplina como los profesionales lograron la legitimidad de sus prácticas en ámbitos públicos. (p.252)

La salud es un fenómeno que no debemos entender como lo “particular” de la clínica singular con un paciente y lo “general” de la cultura y la sociedad, sino de un campo de fenómenos cuyas tensiones y conflictos tienen siempre como lugar de expresión a los individuos, sus subjetividades singulares, sus modos de vida real, requiriendo un abordaje conjunto. (Galende, 1990)

Opino que pude deconstruir algo de esa concepción de clínica “ideal”, apuntalada en una lógica individual y privada, y llegar a una comprensión más vasta, al menos en lo que respecta a la práctica en una institución hospitalaria de niños, reconociendo las dificultades, las limitaciones, y las posibilidades de esta práctica que enfrenta el sufrimiento de un sujeto, de manera singular, desde lo colectivo y *en lo público*.

Creo haber comprendido de toda esta práctica, nada sencilla, por cierto, que nuestro “quehacer psicoanalítico” debe estar regido por un sólido posicionamiento ético-político, marcado por la *abstinencia*, en tanto *método* y *ética*, optando por la singularidad del sujeto, y conociendo nuestra propia condición de sujetos.

Como sujetos analistas, psicólogos, profesionales de la salud mental, tenemos un desafío: “La presencia del analista se dirige a «*S’embler*» (precipitar) la efectuación del sujeto (Lacan, Seminario XXIV, clase del 8/3/77). En este sentido, él no es... sino oficiante del avance de la cura hasta su fin” (Flesler, 2007, p.121).

## **Referencias bibliográficas**

- Bassols, M. (2012) *Lo real en la ciencia y el psicoanálisis. Lo real del psicoanálisis*. Virtualia N°25, EOL. Buenos Aires.
- Flesler, A. (2007) *El niño en análisis y el lugar de los padres*. Editorial Paidós. Buenos Aires.
- Freud, S. (1908) *El creador literario y el fantaseo*. Amorrortu Editores. Tomo VIII. Buenos Aires.
- Freud, S. (1905) *Tres ensayos de teoría sexual*. Amorrortu Editores. Tomo VII. Buenos Aires.
- Freud, S. (1920) *Psicogénesis de un caso de homosexualidad femenina*. Amorrortu Editores. Tomo XVIII. Buenos Aires.
- Freud, S. (1932) *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis*. Amorrortu Editores. Tomo XXII. Buenos Aires.
- Gamsie, S. (1998) *La salud mental y el hospital público. Prácticas, políticas y culturas*. Colección psicoanálisis y salud mental. II encuentro argentino de prácticas institucionales con niños y adolescentes. Editorial Polemos. Buenos Aires.
- Grande, S., Masueco, M. I., Waisman, O. (2007-2010) *Configuraciones de las prácticas en la Carrera de Psicología. La incidencia del psicoanálisis en las mismas*. Proyecto de Investigación 2007-2010. SCyT, Facultad de Psicología, UNR. Rosario.
- Lacan, J. (1969) *Dos notas sobre el niño*. Intervenciones y textos 2. Editorial Manantial. Buenos Aires:
- Lacan, J., (1966) *Psicoanálisis y medicina. El lugar del psicoanálisis en la medicina*. Intervenciones y textos 1. Editorial Manantial. Buenos Aires.
- Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. 2010.
- Ley de Protección Integral de los Derechos de las niñas, niños y adolescentes N° 26.061.
- Lutereau, L. (2013) *¿De qué hablamos cuando hablamos de juego?* Revista Imago Agenda. Buenos Aires. <http://www.imagoagenda.com/articulo.asp?idarticulo=1861>
- Pujó, M. (1993) *Psicoanálisis y el hospital N° 2. En torno a la admisión*. Editorial del Seminario. Buenos Aires.
- Roma, V. (1993) *Psicoanálisis y el hospital N° 2. En torno a la admisión*. Editorial del Seminario. Buenos Aires.
- Sotelo, I. (2015) *DATUS: Dispositivo Analítico para el Tratamiento de Urgencias Subjetivas*. Grama Ediciones. Buenos Aires.
- Stolkiner, A. (1987) *El Niño y la Escuela. Reflexiones sobre lo obvio*. Editorial Nueva Visión. Buenos Aires.

- Stolkiner, A. y Ardila Gómez, S. (2012) *Conceptualizando la salud mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas*. VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría. [http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/obligatorias/066\\_salud2/material/unidad1/subunidad\\_1\\_1/stolkiner\\_ardila\\_conceptualizando\\_la\\_salud\\_mental.pdf](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad1/subunidad_1_1/stolkiner_ardila_conceptualizando_la_salud_mental.pdf)
- Ulloa, F. O. (1995) *Novela Clínica psicoanalítica. Historial de una práctica*. Paidós. Buenos Aires.