

55
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
IZTACALA**

SUBPROYECTO DE INVESTIGACION CURRICULAR

**"ALCANCES Y LIMITES EN LA FORMACION
DE PSICOTERAPEUTAS EN CLINICA
DE REHABILITACION INSTITUCIONAL"**

**"DIFERENTES PROPUESTAS DE INSTITU-
CIONES PSICOANALITICAS EN LA
ARGENTINA, URUGUAY Y MEXICO"**

REPORTE DE INVESTIGACION

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A

LAURA HERNANDEZ HERNANDEZ

LOS REYES IZTACALA, ESTADO DE MEXICO

1993

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

	Introducción	1
1.	Antecedentes	7
2.	Recopilación de la Información	9
3.	Instituciones Psicoanalíticas en la Argentina	12
	3.1 Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires	13
	3.2 Hospital de Niños de Buenos Aires. Servicio de Cirugía Cardiovascular.	39
	3.3 Hospital de Niños De Buenos Aires. 2 ^a Cátedra de Pediatría	55
	3.4 Centro de Diagnóstico y Ter <u>a</u> péutica de los Problemas del Desarrollo Infantil "Dra. Ly- dia Coriat".	72
	3.5 Hospital General de Buenos - Aires. Servicio de Psicopatolo <u>g</u> ía.	84
	3.6 Grupos Balint	95
4.	Instituciones Psicoanalíticas en Uruguay	109
	4.1 Hospital Ferreira Rosell	110

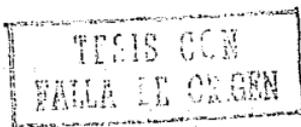
5.	Instituciones Psicoanalíticas en México	120
5.1	Instituto Mexicano de Psico <u>te</u> rapía Psicoanalítica de la Ad <u>o</u> lescencia	121
5.2	Universidad Autónoma del. Esta <u>o</u> do de Morelos	132
6.	Discusión	145
	Anexo no. 1	166
7.	Bibliografía	174

INTRODUCCION

"A partir de los setentas ha sido notorio el incremento de problemas en niños en las áreas de la Salud y de la educación. Pequeños que con un compromiso orgánico o sin el manifiestan una falta de integración total o relativa a las estructuras sociales : familia, escuela, barrio, etc.

Ante la gravedad de esta problemática se han conformado diversas instituciones como la Dirección General de Educación Especial (SEP), La Confederación Mexicana de Asociación de Padres en pro de la Deficiencia Mental, instituciones privadas, etc. Todas ellas han estado trabajando arduamente desde su apertura con una tendencia dominante : la perspectiva educativa. Esta enfoca todas sus fuerzas en la exploración de una diversidad de técnicas para que los sujetos desintegrados puedan acceder según sus niveles y potencialidades a los beneficios de una educación normativa. Lo anterior tiene como base un presupuesto "el niño no puede aprender como los demás". Es por tanto, un problema de aprendizaje, y consecuentemente la búsqueda va encaminada a la planeación e implementación de condiciones que posibiliten el aprendizaje(según la variedad y nivel del problema). Todo esta centrado en una meta, enseñarlo a funcionar, lo más cercano posible a los parámetros normales que las instituciones proponen.

No obstante estos intereses, el problema antes que ceder parece ensañarse. Hay un acelerado incremento en los proble-



mas de aprendizaje y en muchas ocasiones lejos de rehabilitar, los niños se mantienen en una dependencia de por vida de las instituciones especiales.¹ Actualmente² se encuentra menos en entredicho la inadaptación de los niños que la de los "cuidadores" o terapeutas que cada vez se sienten más inadaptados a la tarea que se les ha impuesto, y que, al no encontrar una respuesta, pueden determinar efectivamente una inadaptación. "La pregunta que obligadamente se nos plantea es²: ¿qué sucede, si todas las baterías institucionales han sido puestas al servicio de estos niños para integrarlos a una vida lo más normal posible, porqué el "fracaso" de las mismas?

Esta problemática tendría varias perspectivas de reflexión. Quisieramos solamente aportar una, que implica centrar la mirada, no en un sujeto de aprendizaje, sino en las vicisitudes de la constitución humana, es decir, desde el psicoanálisis.³ Dadas sus aportaciones teóricas y el campo de experiencias implementadas, por citar sólo algunas: Bettelheim⁴ en los Estados Unidos y Mannoni⁵ en Francia, nos parece imprescindible en nuestro país ofrecer un espacio institucional universitario que no solamente ofrezca, sino que reflexione sobre la apertura de la problemática a la mirada clínica psicoanalítica. Necesitamos sustituir el énfasis de la intervención correctiva única del aprendizaje, que mal que bien señala al

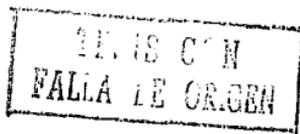
¹ MANNONI, M. "La escuela paralela, los equipos de cuidados". En: La Educación Imposible. Siglo XXI. México, 1986.

² ZARDEL, J.; FLORES, A. Subproyecto de Investigación Curricular "Alcances y Límites en la formación de psicoterapeutas en clínica de Rehabilitación Institucional". Del proyecto de Investigación Curricular de la ENEP Iztacala, 1990.

³ ZARDEL, J.; FLORES, A. op.cit.

sujeto como portador del déficit, por un acto de interrogación, investigación y reubicación de la problemática. Aunque si bien el sólo hecho de pensar que en una institución universitaria, pueda brindarse un lugar para la reflexión de esta problemática desde un enfoque psicoanalítico, resulta de entrada difícil, no pretendemos anclar nuestra búsqueda en esta nefasta perspectiva. Sabemos de otras instituciones en donde se han llevado a cabo experiencias en cuyos cimientos se respira el pensamiento psicoanalítico, lo que desconocemos son los lineamientos y circunstancias que permitieron su implementación, la formación de aquellos responsables de este trabajo, los problemas que se fueron presentando, si es que los hubo, para poder establecer una propuesta de intervención psicoanalítica, en fin, preguntas e inquietudes a partir de las cuales hemos tratado de estructurar nuestras líneas de trabajo o puntos claves hacia donde hemos dirigido nuestra investigación, aunque en realidad debo decir que estos se fueron precisando a lo largo de la misma. Nuestros ejes vertebrales fueron la clínica psicoanalítica y las repercusiones que tiene sobre la misma la formación de los que se encargan de implementarla. Estos ejes podrían ser tema de profundas y amplias reflexiones, pero concentrándonos en nuestra problemática muy particular pudimos ir delimitando nuestro campo de discusión. Así en cada institución las preguntas que guiaron el análisis se fueron gestan

4 BETTELHEIM, B. La Fortaleza Vacía. Ed. Laia, Barcelona, 1972.
5 LANNONI, M. op.cit.



do y asociando sucesivamente a partir de la misma idea de estructurar una práctica clínica con un enfoque psicoanalítico en una institución. De tal suerte que los eslabones que dieron cuerpo a nuestro trabajo fueron:

1. Factores que permiten el establecimiento, a nivel institucional, de una práctica clínica con un enfoque psicoanalítico.
2. ¿De qué manera interfiere la estructura administrativa de una institución pública en la propia dinámica del tratamiento clínico psicoanalítico?.
3. El problema de la transferencia en la institución.
4. Psicoanálisis vs institución.

El reporte que presentamos a continuación pertenece al Subproyecto de Investigación Curricular "Alcances y Límites en la formación de psicoterapeutas en Clínica de Rehabilitación Institucional". El tema particular que abordamos es: Algunas propuestas de instituciones psicoanalíticas en la Argentina, Uruguay y México. Esto es, intentamos hacer una revisión, análisis y reflexión de las propuestas de intervención clínica psicoanalítica que se hayan implementado en diferentes instituciones de la Argentina, Uruguay y México.

Se ha estructurado este trabajo en seis apartados. En el primero, que corresponde a antecedentes, creemos importante mencionar a groso modo los factores que, en su momento, se convirtieron en un problema infranqueable, cuya solución parecía inalcanzable. Esos factores después alimentaron una gran --

empresa : la búsqueda de alternativas.

En el segundo apartado se detalla el seguimiento de las asociaciones y universidades a las que se tuvo que recurrir - para conformar el banco de información a partir del cual se estructuró este trabajo. Así mismo, se proporciona una relación epistolar de la correspondencia que se mantuvo con Argentina. (ver anexos)

Los siguientes tres apartados corresponden a la revisión y análisis de las diferentes instituciones psicoanalíticas - que se encontraron en la Argentina, Uruguay y México respectivamente.

A cada institución la precede una introducción y la concluye un apartado en donde se recupera y analiza la información relevante para el proyecto al que responde este reporte.

En Argentina se analiza la labor que se lleva a cabo en: La Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires, en su servicio de Odontopediatría; el Hospital de Niños en su servicio de Cirugía Cardiovascular y en el servicio que brinda en la 2ª Cátedra de Pediatría; el Centro de Diagnóstico y Terapéutica de los problemas del Desarrollo Infantil "Dra. -- Lydia Coriat"; el Hospital General de Buenos Aires, en su servicio de Psicopatología; y el Grupo de Estudio sobre Perspectivas Médicas (GEPEM). En Uruguay : el Hospital Ferreira Rosell en su Clínica de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia.

En el quinto apartado hemos dejado a las instituciones que analizamos en México : Instituto Mexicano de Psicoterapia Psicoanalítica de la Adolescencia; y La Universidad Autónoma del Estado de Morelos en su Facultad de Comunicación Humana.

Finalmente, en la discusión de nuestro trabajo, hablaremos con mayor amplitud sobre las experiencias e inquietudes que nos impulsaron a realizar esta investigación. También, y a partir de la confrontación de las diferentes propuestas de trabajo psicoanalítico revisadas, intentaremos dejar plasmadas algunas alternativas o propuestas.

Esperamos que nuestras reflexiones hagan florecer algunos interrogantes, que en un segundo momento puedan incitar nuevas investigaciones.

I. ANTECEDENTES

En 1988 se empezó a gestar un proyecto cuyos resultados aún no se han concretizado. Un grupo de estudiantes de la Carrera de Psicología vivió una experiencia que iba a ser determinante en sus vidas. Se encontraban en un espacio universitario en donde imperaba la perspectiva del Análisis Experimental de la Conducta, sin embargo, y ante la inminente responsabilidad de un caso, de un pequeño que se encontraba sumergido en un abismo lleno de incomprensión, de confusión y de miedo, los cuestionamientos se hicieron presentes, también las dificultades teórico-prácticas, ¿quizá el límite de una concepción del sujeto enmarcado en el monismo de aquella aproximación?. Lo cierto es que empezamos a trabajar desde una perspectiva diferente: el psicoanálisis. Fue entonces cuando se erigió ante nosotros la preocupación y la angustia, nos cuestionábamos sobre nuestra propia formación ¿era acaso insuficiente para responder a un llamado de ayuda por parte de un pequeño que la necesitaba?, ¿o es que tal vez algo estaba ocurriendo en nosotros que nos había llevado a la impotencia?, nos inquietaba también aquella controversia tan discutida entre psicoanálisis e institución, ¿podíamos decir que el trabajo que estábamos realizando con los niños tenía un enfoque psicoanalítico?.

Ante tantas preguntas sin respuesta, un grupo de profesores y alumnos emprendimos una investigación que parte de la -

necesidad de hallar posibilidades pedagógicas de formación y aplicación clínica en otros horizontes conceptuales, empresa en la que nos encontramos ahora.

Conformamos un proyecto encaminado a un objetivo muy -- ambicioso: el establecimiento en una institución social de -- educación superior (ENEPI) de un servicio de atención psicoterapéutica individual y familiar dirigida a población margi nada. Proyecto que se divide en 4 ejes. Uno de ellos estaba a cargo de los estudiantes que trabajaron en la práctica con los pequeños, los otros tres en la investigación, unos preocupados por armar una propuesta alternativa del concepto del sujeto de la educación especial, los otros dos, en el esfuerzo por estructurar propuestas alternativas, por un lado, respecto a la formación de psicoterapeutas en el área que tradicionalmente se ha denominado educación especial, y por otro, que es el que nos corresponde, respecto a la misma intervención clínica institucional, partiendo del análisis y la reflexión de distintas propuestas de intervención clínica psicoanalítica que se manejen en instituciones de diferentes par tes del mundo. En nuestro caso particular, de la Argentina, México y Uruguay.

2. RECOPIACION DE LA INFORMACION

Hemos abordado esta investigación en dos etapas: En la primera nos abocamos específicamente a la Argentina. Para ello se trato de recabar toda la información disponible , libros, artículos, revistas, procurando detectar también las direcciones de aquellas instituciones que estuvieran trabajando en la Argentina desde una óptica psicoanalítica. Se empezó en librerías y bibliotecas, específicamente en la biblioteca de la Facultad de Psicología de la UNAM, en la de la UAM plantel Xochimilco, en el Centro de Investigaciones y Estudios Psicoanalíticos (CIEP), y en la Asociación Psicoanalítica Mexicana (APM).

En el CIEP nos proporcionaron los números telefónicos de personas que por alguna razón estuviesen familiarizados con la Argentina y que quizá pudiesen darnos información. Fué por este conducto que obtuvimos las direcciones de cuatro instituciones en Buenos Aires : La Escuela Roster (Libertad 1370, 13^oB Cod.Post. 1016); La Asociación Psicoanalítica Argentina (Rodríguez Peña 1674, Cod.Post. 1021); La Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires (Maure 1852, Cod.Post. 1426); y La Comisión del Campo Freudiano en Argentina (Río Bamba 911 P.B. "A", Cod. Post. 1116). Se mandó correspondencia a estas instituciones solicitando información en el mes de mayo de 1990. No se recibió contestación.

En la investigación bibliográfica se detectaron algunas instituciones. Las direcciones se precisaron después en la --

embajada de Argentina.

En noviembre de 1990 se mandó pedir información al Hospital de Niños de Buenos Aires (Sanchez de Bustamante 1399, Servicio de Cirugía Cardiovascular de la Sala IX, y a la 2^a Cátedra de Pediatría, Cod.Post. 1122); a la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires (Marcelo T. de Alvear 2142, Cod.Post. 1122), y se envió correspondencia nuevamente a la Asociación Psicoanalítica Argentina.

En enero de 1991 se recibió importante información bibliográfica de la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires.

En marzo de 1991, y gracias a la investigación bibliográfica que se continuaba realizando en las bibliotecas y Asociaciones, se pudo recabar más información en la Asociación Psicoanalítica Mexicana sobre algunas instituciones argentinas, se incluyó también una institución de Uruguay cuyos lineamientos pueden sernos de gran utilidad en nuestro análisis.

Esta actividad bibliográfica dió pie a que diera inicio nuestra investigación en México, ya que en la Asociación Psicoanalítica Mexicana se nos proporcionó un directorio de las escuelas y asociaciones psicoanalíticas existentes en México. A partir de entonces se empezó a contactar con diversas instituciones psicoanalíticas y a solicitar las entrevistas necesarias.

En este trabajo se incluye la revisión y el análisis de dos instituciones mexicanas.

Hasta julio de 1991, fecha en la que se empezó a elaborar este reporte, no se recibió ninguna otra correspondencia de la Argentina, siendo la de la Facultad de Odontopediatría de la Universidad de Buenos Aires la única recibida.

**3. INSTITUCIONES PSICOANALITICAS
EN LA ARGENTINA**

FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE LA
UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES

- INTRODUCCION

Arminda Aberastury es considerada la más alta figura - del psicoanálisis infantil en la Argentina. Nosotros nos - ocupamos ahora de ella, porque su práctica psicoanalítica ha traspasado la clínica privada y ha llegado al ámbito institu- cional.

Si pretendemos llevar a cabo un análisis y reflexión de las propuestas de intervención psicoanalítica en una clínica institucional, tenemos que hablar necesariamente de ella y - de las influencias que ha tenido esta autora en la Argentina.

A lo largo de su trabajo de analista de niños, realizó investigaciones que la llevaron a hallazgos originales, don- de la dentición asume fundamental importancia. Puede decir- se incluso que es a partir de estos hallazgos, que se inicia en la Argentina un movimiento de preocupación por parte de - los odontólogos, hacia la atención que necesita un niño en - una situación odontológica.

El trabajo que se esta realizando desde 1959 en la Cáte- dra de Odontopediatria de la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires, forma parte de ese movimiento. Y constituye además una propuesta a analizar en nuestra in- vestigación. Un material muy enriquecedor, porque contamos con información que el actual profesor titular de la Cátedra, el Dr. Alfredo Preliasco, nos ha enviado expresamente de la Argentina para nuestro trabajo. De manera que el análisis -

- de esta labor estará basada en los siguientes materiales:
- ABERASTURY, A. "Ansiedades en los padres y en los hijos frente a la experiencia odontológica". Revista Argentina de psiquiatría y psicología de la infancia y de la adolescencia. Buenos Aires, S.A.P.P.I.A., Año I, Nos. 3/4, septiembre-diciembre, 1970.
 - ABERASTURY, A. El psicoanálisis y sus aplicaciones. Paidós México, 1972.
 - EGOZCUE, M. Odontopediatría y Psicología. Ediciones Kargieman, Buenos Aires, 1988.
 - MUNOZ, T. Algunos aspectos inconscientes de la dentición. Comunicación personal H.N.O.I. y F.O.U.B.A. 1987.
 - MUNOZ, T. Introducción al conocimiento psicológico en la atención del niño. Experiencia piloto docente-asistencial de pre-grado. Rev. Fac. Odont. U.B.A.
 - PRELIASCO, A. y col. Una experiencia en la enseñanza de posgrado de la Odontopediatría. Rev. Asoc. Odont. Arg. Vol. 70 n^o 5, julio 1982.
 - PRELIASCO, A. Comunicación Personal.

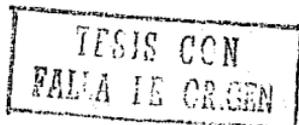
El acercamiento de A. Aberastury a la odontopediatría - se hizo en 1951 a través de su artículo "Trastornos emocionales en el niño vinculados con la dentición", que se le solicitara para la Revista de la Asociación Odontológica Argentina, dedicándole un número a dicha especificidad.

En otras partes del mundo también se inició el estudio de las diferentes problemáticas a los que el tratamiento --- odontológico somete a sus protagonistas fundamentales : el - paciente y el odontólogo (Nyhor, Escuela de Bologna y Europa Central).

En Buenos Aires Aberastury abre una alternativa a todos aquellos odontólogos dedicados a niños, que preocupados e interesados por una mayor comprensión de los chiquitos empiezan a asistir a cursos, seminarios y conferencias que dictaban Angel Garma, Arminda Aberastury y sus colaboradores.

La historia de nuestro acercamiento a la Psicología y - el psicoanálisis, nos dice el Dr. Alfredo Preliasco, comenzó en 1950, cuando un grupo de odontólogos nos conectamos con - Aberastury preocupados por la falta de conocimiento del niño, de su desarrollo psicos evolutivo y psicoemocional. En esa oportunidad dice, los Dres. Mario Carlinsky y Aberastury a -- través de grupos de reflexión, grupos psicoterapéuticos y el psicoanálisis individual fueron formando a los odontopediatras.

En 1958 se produjo una situación de singular importancia, dice María Inés Egozcue, porque hizo converger los es-



fuerzos de los estudiosos del psiquismo con los de los odontólogos que buscaban adecuadas técnicas para manejar la conducta del niño, esta situación fué el nombramiento de la Dra. - Egozcue al frente de la Cátedra de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires, y - como colaboradores el grupo de colegas que se formaba con - orientación psicoanalítica.

La gran cantidad de niños concurrentes a la cátedra tenían muchas necesidades odontológicas acumuladas, entre ellas piezas dentarias con indicación de extracción, además habían sufrido experiencias odontológicas previas sumamente traumáticas o habían sido sometidos a intervenciones quirúrgicas - sin anestesia, como lo puede ser una amigdalectomía, traquec- tomía, etc. Estos niños no abrían la boca, haciendo imposi- ble el trabajo odontológico indicado.

Surgió entonces la idea de realizar la labor odontológi- ca bajo efectos de anestesia general. Ante la trascendencia psicológica de esto, la Dra. Egozcue solicitó a la Dra. Lus- tig de Ferrer (de la escuela psicoanalítica de Arminda Abe- rastury) la preparación psicológica de los niños a fin de - que todo se realizara en las mejores condiciones.

Al conocer las historias individuales de los niños en - cuestión, la Dra. Ferrer propuso una psicoterapia de grupo - cuyo plazo debía ser de un mes con 2 hrs. semanales. En estas sesiones con una orientación psicoanalítica se ventila

ron las ansiedades propias de cada caso, que hacían imposible para los niños el sometimiento voluntario a un tratamiento odontológico. La técnica utilizada fué la propia de la psicoterapia en grupo de niños, o sea, la interpretación del material de juego.

La Dra. Egozcue agregó a estas sesiones una explicación clara, mediante la representación en el juego, de todo lo que debía realizarse y cómo se haría en la boca de cada uno de los niños del grupo.

En los casos en que la preparación previa no fué posible, por falta de cooperación de los padres, urgencia de la intervención, etc. se preparó a los niños psicológicamente en una sesión previa a la anestesia, en donde se explicaba todo cuanto se les iba a hacer durante la anestesia y se les permitió expresar, mediante su material lúdico, la ansiedad que esto despertaba, interpretándola. Así mismo seguía una sesión psicoterapéutica pocos días después de las extracciones, a fin de permitir una más adecuada elaboración de lo acontecido.

La Dra. Egozcue empezó a promover en docentes y alumnos una actitud de comprensión de los conflictos que pueden surgir frente al tratamiento. Lo cual se concretizó en la realización de seminarios con los docentes sobre la manera de tratar al niño y a sus padres. Al mismo tiempo se incluyó en la enseñanza teórica de los alumnos el conocimiento de las actitudes básicas a adoptarse en los niños según Levin,

TESIS CCN
FALLA DE ORIGEN

los perfiles de conducta según Gesell y la enseñanza práctica sobre la necesidad de aproximarse al niño con una información veraz a través de la demostración del instrumental y técnica a ser usada, facilitándole un espejo con el cual puede graduar y controlar la intervención.

El servicio de anestesia general discontinuó definitivamente a fines del año 1962, dada la cantidad cada vez mayor de niños que aceptaban la anestesia local, los pocos que no la aceptaban tenían un completo esclarecimiento de todos los pasos de la anestesia general.

Cuando la Dra. Ferrer se radica en Estados Unidos, deja en la Cátedra un equipo de psicoanalistas, cuya dirección asume el Dr. Eduardo J. Salas. Se pide la colaboración de la Sra. Lidia Forti, Licenciada en Ciencias de la Educación.

En 1962 los terapeutas Dres. Gela Rosenthal y E. Salas introducen el grupo de niños preescolares (permiten la incorporación de niños hasta un límite de 9 ó 10 años), abierto 1 vez por semana, 40 minutos. El Dr. Tractenberg, terapeuta, dirige el grupo de escolares (de 6 a 11 años) y lo mantiene cerrado con número fijo de sesiones, en un principio 5 y luego 8; también una vez por semana 40 minutos. Y el terapeuta Jorge Rovatti dirige el grupo de niños que aún van a anestesia general. Sus grupos estaban formados por niños de edades parejas, cerrados, cuatro sesiones : dos preoperatorias, una preintervención y una postoperatoria.

Todos los grupos tenían en un principio odontólogos -- observadores que participaban cuando el terapeuta pedía aclaraciones, suspendiéndose la atención odontológica hasta que el psicoterapeuta indicaba su reiniciación. El odontólogo -- aclaraba que era lo que había que hacer en la boca de determinado niño y como se hacía.

Posteriormente se experimentó sin la presencia del odontólogo observador y se verificó que el niño es un informante eficaz. El terapeuta trabaja únicamente con la entrevista -- de la madre, con el plan de tratamiento proporcionado por el odontólogo y con el material de la sesión de juego. Mientras el niño sigue concurriendo en forma paralela a la clínica -- para su atención odontológica.

En 1968 el Dr. Salas, a quien acompañó la Prof. Lidia -- Forti introdujo los grupos de madres, quienes se reunían con otro analista y en otro ambiente, el mismo día y hora que -- sus hijos. Toda la ansiedad de la espera, que había sido -- percibida por la Prof. Forti en sus frecuentes contactos con las madres en la recepción de la Cátedra, se canaliza en el grupo. Arminda A. ya había estudiado este crucial problema y transmitió al personal docente la importancia de los grupos de madres dando una conferencia en la Cátedra de odontopediatría y ofreciéndose para trabajar en éstos.

Es así como a partir de 1963 los niños con conflictos -- de la cátedra recibieron: ayuda psicológica en los grupos

de juego, las madres en el grupo de madres y la atención odontológica paralela en la clínica brindada por un alumno del último año de la carrera. A lo que se llamó tratamiento combinado odontológico-psicológico.

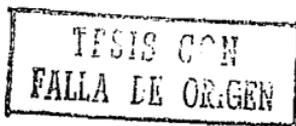
De 1965 a 1968 la dirección de la cátedra estuvo a cargo del dr. Edmundo Salmovici, años en que se logró el perfeccionamiento de la técnica, mejorando el contacto con los jefes, ayudantes y fundamentalmente con el alumno y con el propio cuerpo de psicoterapeutas.

En este tratamiento combinado el alumno odontólogo tenía en su haber de conocimientos una formación psicológica que recibía en odontopediatría, materia de quinto año de la carrera, formación que comprendía :

. En el preclínico : -actitudes básicas que deben adoptarse con los niños, de Levine, M. ; - importancia del primer año de vida, con especial énfasis en la succión, detención y cambio de alimentación.

. En el curso del año el alumno recibía clases sobre el desarrollo psicoafectivo del niño, en los primeros cinco años de vida, el esquema del aparato psíquico según Freud, los niveles del psiquismo y un panorama de los diferentes perfiles de conducta comenzando por los 2 años.

En 1964 con el fin de ayudar a disminuir el monto de ansiedad que los alumnos experimentaban frente a niños con rechazo al tratamiento, se incluye una clase teórica sobre el tipo de actividad del equipo psicoterapéutico y su impor-



tancia. Y a partir de 1966 se agrega también el tema de ansiedad patológica en niños y madres frente al tratamiento dental, de acuerdo a los trabajos de la Dra. Aberastury.

Esta era la formación de los alumnos odontólogos que -- para realizar sus trabajos prácticos atendían a los chicos -- que concurrían a la cátedra.

En una recepción amable el odontólogo, se presentaba al niño, a su madre y obtenía la historia de éste, adentrándose en el primer año de vida del niño y en todo lo pertinente a su contorno familiar y ambiente sociocultural-económico. Este niño conocido en sus experiencias vitales distaba mucho -- de aquel desconocido a quien se veía por primera vez en el -- sillón dental y se le indicaba que abriera la boca.

Configurada la historia se les invitaba a conocer el -- consultorio, mostrándoles el mobiliario e instrumental, con explicaciones adecuadas sobre su uso, permitiendo al niño -- preguntar y contestando con absoluta veracidad. Se le permi -- tía tocar y manipular los instrumentos y, bajo la guía del odontólogo, hacer andar aparatos como el torno, la turbina -- ultrasónica, el aparato de rayos, etc. Entonces se invitaba al niño a sentarse en el sillón, se le ofrecía un espejo de mano para que pudiera ver lo que tenía su boca y se le expli -- caba lo que se haría en ella y cómo. Se le invitaba a abrir la boca. Gracias a los conocimientos psicoanalíticos -- se sabe que este simple acto puede ser de mucha importancia para el niño, en función de las múltiples fantasías incon -- scientes que dicho acto puede evocar y que pueden llevarlo a

no querer abrirla. Se respeta entonces el rechazo inicial y el odontólogo aclara nuevamente su quehacer específico, enfatizando que su objetivo único es el de mirar, limpiar o curar un diente y nada más que un diente.

Con este procedimiento se introducen en el niño conceptos reales que poco a poco desplazan sus fantasías traducidas en ansiedades y temores. Lo que el niño percibe de esta actitud del odontólogo es que de ninguna manera se lo va a forzar y que en cambio se le da afecto y seguridad.

Sin embargo, hay niños que después de estas sesiones en donde se les esclarece todo lo referente al tratamiento dental no admiten ser atendidos. Si el odontólogo no lograba modificar la conducta del chico en dos intentos más, se les informaba a la madre y al niño, la necesidad de concurrir al tratamiento psicoterapéutico semanal además de asistir a la sesión clínica odontológica durante la cual se seguiría intentando el tratamiento, es decir, se presentaban varias situaciones dependiendo de las ansiedades que presentaban los pequeños. Si la ansiedad podía calificarse de normal o razonable podía resolverla el alumno con sus conocimientos básicos, permitiendo la atención adecuada y la realización completa del plan de tratamiento. Pero si la ansiedad patológica se manifestaba con la interrupción brusca del tratamiento, se exteriorizaba en un rechazo inicial o una vez comenzando y que no podía ser resuelto por el alumno, entonces se recurría al tratamiento combinado.

El plantel de psicoterapeutas que concurrió a la cátedra pertenecía a la Escuela de Psicoanálisis de niños de Arminda Aberastury. Un grupo de terapeutas que durante su labor en odontopediatría llevaron a cabo un programa de estudios teórico-práctico con reuniones semanales bajo la dirección del Dr. Edmundo Saimovici. Y todo esto con la finalidad de posibilitar una mayor integración del equipo y uniformidad en la técnica de trabajo.

De estas experiencias contamos con el material que se obtuvo en el trabajo con 3 grupos, los cuales estuvieron a cargo de Edmundo Saimovici en colaboración con N. Nejamkis y Alicia Sirota.

Hablemos primero del grupo de niños. Se trata de niños en edad preescolar, entre 3 y 5 años. Ellos son Aldo y Paula, sesiones después se incorporan Ada, Livia y Saul. Los niños llegan a la sala de espera con sus madres o acompañantes y es el terapeuta quien va a buscarlos y los lleva al consultorio donde se encuentran 2 observadores, el maletín cerrado con los juguetes (autitos, plastilina, lápices y papel, goma de pegar, tijeras, tazas, cubiertos y platitos). El terapeuta les dice que son para que jueguen y muestren así qué les pasa en la cabeza con respecto a los dientes.

Al inicio de la primer sesión los niños lloran mucho, - después se van calmando, sin embargo con uno de ellos no ocurre así, aún en la segunda sesión. Ese niño ya no continúa con la terapia.

Si la ansiedad de uno de los chiquitos es demasiada, al grado de interferir con la terapia del grupo y si se decide que necesita un tratamiento de orden distinto, se le indica a la madre donde debe dirigirse y se prosigue con los niños que quedan.

El terapeuta centraliza el tema de la boca preguntando por los tratamientos odontológicos que les han practicado - hasta el momento. Los niños hablan, juegan y expresan su miedo a que les saquen los dientes. Una de las niñas se preocupa por el espacio vacío que quedaría y por la manera de llenarlo. Aldo toma el sacapuntas y dice ; " Corta"... ¿ansiedad de castración?. Al poco rato uno de los niños repara en cómo van vestidos, uno con pantalones y la otra con pollera, (diferencia de sexos). El terapeuta va interpretando.

Sesiones después las niñas hablan de su padre. En sus juegos expresan el temor de que el odontólogo al meterse en su boca, se entere de sus fantasías edípicas con el padre. A través de sus interpretaciones el analista facilita a los niños hacer conscientes fantasías que sienten prohibidas y que los llena de culpa.

Las interpretaciones se centran en el tema de la boca como conflicto, el profundizar más en otro aspecto perturbaría el funcionamiento del grupo y atentaría contra la salud mental que cada niño ha conseguido dentro del grupo familiar. Sólo así pueden los niños ir separando el conflicto situado en ese momento en el diente e ir aceptando la labor del

odontólogo. En su mayoría estos niños posteriormente acepta ron voluntariamente el tratamiento odontológico. Pero veamos que ocurrió con las madres de estos pequeños en el grupo de terapia. Incluiremos también otro grupo de madres de cuyos hijos no se presenta material.

En el primero están la madre de Aldo, la abuela de Paula, y las madres de Ada, Livia y Saul. En el segundo acuden 7 madres de niños entre 2 y 6 años (Roberto, Carlos, Elsa, Hector, Julieta y Marga).

En la primera sesión las madres se preguntan muy ansiosas sobre lo que estará pasando con sus niños en aquel salón, ¿ cuál de ellos estará llorando. Algunas madres expresan algo así como "Va a llorar mucho. No puede ser, ella nunca se se para de mí ". Expresan su miedo por lo que puedan estar haciendo con sus hijos y más si "eso " implica la separación o el rompimiento de la relación madre-hijo, lo cual es interpretado por el terapeuta.

Mientras que en el grupo de niños la angustia se manifiesta en forma de llanto, la ansiedad pura es verbalizada en el grupo de madres.

En ambos grupos las madres hablan del temor al tratamiento odontológico de sus niños, apareciendo el de ellas también, hay un sentimiento de culpa.

" Con el mío la culpa fue mía. Yo fui al dentista, a mí me asusta mucho, empiezo a transpirar, el nene me vio y se asusto ".

Después aparecen temas referentes a lo sexual ; diferencias de sexo, el nacimiento, la fecundación, se inquietan -

particularmente en el qué hay que explicarles a los chicos de cómo se nace.

" Sí, es cierto. Pregunta mucho por la hermanita, y como va a nacer. "

" Me gustaría que usted me dijera que hay que explicarles a los chicos de como se nace ".

En las madres se establece por asociación libre la conexión entre los problemas relacionados con la boca y aquellos que se refieren a la educación sexual.

Según Eduardo Salas y Lidia Forti las inhibiciones respecto a la sexualidad llevan a un desplazamiento de los conflictos a la boca, que se carga así con problemas de los que no se puede hablar : si se abre la boca el dentista podría descubrir algo considerado muy peligroso y secreto.

Del nivel oral se pasa, a través de una creciente verbalización, al nivel genital, donde la diferencia de los sexos, los temas de nacimiento y la fecundación son temas que condensan la situación edípica más diferenciada.

Cuando fué necesario la terapeuta hizo de madre, reviviendo situaciones anteriores, momentos pasados de las varias integrantes del grupo, pero explicitando y corrigiendo lo -- que en la infancia se había establecido como factor negativo, escondido y no claro. Reviviendo una época en que ellas -- eran tan chicas como sus hijos actualmente pueden lograr entenderlos mejor.

En sesiones posteriores se observa una modificación en las madres cuyos hijos estan empezando a permitir la repara-



ción de sus dientes que esta equiparada a un proceso lento y doloroso realizado por un tercero. Ellas van disminuyendo la proyección de sus propias ansiedades de separación en los hijos, van asumiendo parte de esa ansiedad y la verbalizan.

Así pues, en ambos grupos de madres y de niños se pudo observar una superposición en la zona oral de conflictos - vinculados con la zona genital, por lo cual en la mente del chico, el odontólogo y el tratamiento se transformaban en - peligrosos, amenazando con la castración o la muerte. En las madres la secuencia tipo mostraba como punto de urgencia la separación de sus hijos y la reactivación de sus propias ansiedades por el tratamiento dental de los niños. De ahí que Saimovici afirma que el tratamiento odontológico es equiparado a la aparición de un tercero que rompe la relación madre-hijo, con características castratorias y/o de vaciamiento, con pérdida de sustancia corporal (caries, diente, amígdalas).

El primer diente, dicen E. Salas y Lidia Forti, es el - representante orgánico más importante de las posibilidades de expresar agresión hacia el mundo externo, representa concretamente la ruptura del vínculo madre-hijo.

La técnica de psicoterapia de grupo de madres y niños posibilitó la investigación de la relación entre ansiedades orales y genitales reactivadas por el intento de tratamiento odontológico en los niños. Aberastury explica la múltiple significación simbólica de las piezas dentarias por el hecho de aparecer el primer diente en la segunda mitad del primer año y de coexistir dicha aparición tanto con el des-

prendimiento del pecho materno como con la aparición de tendencias genitales cuyo significado es el intento de recuperar el vínculo perdido con la madre.

Las dificultades de aceptar el tratamiento odontológico están vinculadas pues con la aparición de un tercero que -- castra o amenaza con la castración, tercero que estuvo representado en las sesiones por los instrumentos, dentistas y médicos con carácter persecutorio.

Pero estas asociaciones con imágenes persecutorias van desapareciendo gradualmente en el material y aparecen contenidos en relación con los padres y el contenido edípico en un nivel más genital. Las fantasías de curación asociadas a la reparación de los dientes y la aceptación del tratamiento odontológico es la aceptación del tercero equiparada con la renuncia edípica. En madres y niños esta modificación posibilita la aceptación del aspecto reparatorio del tratamiento odontológico. Sí, el arreglo del diente representa para el niño una prueba de realidad de que lo dañado admite reparación, no sólo el daño real, como en el caso de los dientes, sino el daño fantaseado respecto de ellos mismos o de los demás. Esto les permitirá manejarse mejor frente a los conflictos en general.

Estos tipos de fantasía de enfermedad que se encontraron pudieron haberse generado, afirma Salmovici, por la falta de elaboración adecuada por parte de los padres de 3 situaciones concomitantes en el lactante: a) el incremento de agresión y la necesidad de su utilización y descarga al pro

ducirse la eclosión dentaria; b) el aumento de la angustia - de separación, y c) el incremento de pulsiones genitales tempranas. La aparición del diente y la inadecuada descarga de su acción se expresa por las referencias al instrumental, de características persecutorias y las imagos patológicas del médico y el dentista castratorios representan a los objetos paternos correspondientes a esta situación.

La acción del terapeuta, aunque transitoria, permite - observar la elaboración parcial de esta situación con la aparición de material referido a instrumentos, dentistas y médicos con contenido más reparatorio.

La desaparición de los contenidos persecutorios respecto del instrumental y la aparición de material genital y del conflicto edípico con padres diferenciados, está en relación con el abandono necesario de la zona oral dotada de dientes con acción real destructiva y el intento de recuperación del vínculo, a través de una zona sin dientes, la genital.

Sin embargo, esta gran labor terapéutica no pudo continuar dentro de la Universidad por problemas políticos en la - década de los 70s. A pesar de ello se continuó trabajando - en instituciones privadas, a nivel post-grado sobre la relación paciente-odontólogo.

Los doctores Alfredo Preliasco, Raquel Doño y Noemi Polack impartieron un curso de odontopediatría a nivel posgrado en la Escuela de Mejoramiento profesional de la Asociación

TESIS CON
FALLA LE ORGEN

Odontológica Argentina.

En este curso además de las clases expositivas o de la parte teórica, se formaban grupos de trabajo con el propósito de brindar un espacio de revisión para la tarea clínica, especialmente en aquellos casos donde el odontólogo encontraba mayor dificultad en el manejo de la situación con el niño. Allí se reflexionó, entre otras cosas, sobre la necesidad de un acercamiento y comunicación con el paciente, niño o adolescente que se presenta en la práctica diaria; sobre la importancia de tener nociones acerca del desarrollo psicoafectivo del niño, acerca de la seguridad emocional en el rol de odontólogo, porque no debe transmitirse ansiedad al paciente, - para lo cual es necesario primero, reconocer que todo tratamiento despierta ansiedad, tanto en el paciente como en el odontólogo, etc.

En la década del 80, el Dr. Alfredo Preliasco se hizo cargo de la cátedra de odontopediatría y se empezó a realizar un trabajo interesante y diferente. En principio se introdujo como una experiencia Piloto Docente-Asistencial con alumnos de 5^o año. Se realizaban grupos de reflexión de 20 alumnos con un médico psicoanalista o un psicólogo en los que se trataban los problemas surgidos en la clínica.

El método de trabajo consistió de clases expositivas, - grupos de estudio, manejo de bibliografía, y psicodramas psicoanalíticos.

Los encuentros se realizaron con una frecuencia semanal y con una duración promedio de una hora y media para cada uno. Las dramatizaciones se realizaban con fines didácticos y no terapéuticos. Se organizaban subgrupos rotativos para dramatizar, y cualquier miembro podía imaginar, inventar, asociar o simplemente ocurrirsele una escena, y elegir a quienes debían encarnar los personajes.

Después de realizar e interpretar las dramatizaciones se formaban grupos de discusión reflexiva.

Al finalizar el año se solicitó a los alumnos que expresaran su opinión sobre las clases de psicología. Algunas de ellas fueron :

" Al comienzo de estas charlas semanales, no encontramos la aplicación de la psicología en situaciones odontológicas, pero en el transcurso de éstas descubrimos que forman parte de cualquier acto odontológico. Gracias a ellas actualmente podemos afrontar con mayor seguridad los problemas que se nos presenten ".

" Fué una experiencia muy positiva porque aprendimos a comunicarnos y a entender la problemática de los chicos. Proponemos al programa de la carrera a Psicología como materia ya que aprendimos a valorar su importancia y aplicación a nivel profesional y grupal. Con respecto a esto último, también nos sirvió para comunicarnos entre nosotros y con el profesor".

Actualmente, nos dice el Dr. Preliasco, el alumno de odontología recibe conocimientos de psicología a partir del primer año. Las tareas que realiza de Educación para la Salud, requieren información sobre psicología evolutiva y dinámica. Más adelante, cuando llega a la cátedra de odontopediatría aplica esos conocimientos en la clínica, participa de seminarios y de grupos de reflexión.

- CONCLUSIONES

Esta información nos ha permitido adentrarnos un poco -- en la labor que se realiza en una Universidad de Buenos Aires, y gracias a ella, hemos podido vislumbrar en primera -- instancia al psicoanálisis, planteado como una alternativa -- ante la creciente dificultad de los pequeños para aceptar el tratamiento odontológico, lo cual coloca de entrada al niño en otro lugar, en un lugar donde se le respeta como ser humano, como niño, como sujeto. . . un sujeto con derecho a hablar, a pedir, que merece ser escuchado y en ese sentido, ya no se le ve ni se le trata como a un objeto traído a un centro de reparaciones para una compostura porque algo en él no funciona.

Se trata de una alternativa muy humana, y los resultados no podrían tener otro calificativo, pero el interés rector de nuestra investigación no nos permite detenernos aquí, debemos analizar el sustento de este trabajo, cómo se llevó a cabo, y más aún cuando estamos ante la posibilidad de implmentar una técnica psicoanalítica en un servicio brindado -- por una institución educativa, un espacio en donde seguramente todas las actividades están regidas por un plan de estudios, por un calendario administrativo, un espacio en el que el tiempo del paciente quizá está determinado desde otro lugar.

Analicemos pues nuestra primer línea de trabajo. Todo parece indicar que se empezaron a abrir espacios para los -- lineamientos psicoanalíticos, sólo a partir de un hecho espe- cífico: la dirección de la cátedra la ocupó una persona con esta orientación y su equipo de colaboradores habían tenido una formación con Arminda Aberustury. En la década de los -- 70s se presentan problemas políticos y el trabajo psicoanalí- tico sale de la institución, evidentemente la dirección esta- ba a cargo de otra persona con una perspectiva teórica dife- rente. Si la labor se reinicia, en la década de los 80s, es nuevamente porque al frente de la cátedra se encuentra una - persona interesada en el trabajo psicoanalítico, ¿significa- rá esto que sólo se pueden abrir horizontes para una orienta- ción psicoanalítica en una institución, a partir de que se - llega al poder ?, ¿no sería esto contradictorio con los pre- ceptos psicoanalíticos?.

Veamos ahora que ocurre con el propio trabajo psicoanalí- tico. Detengámonos un poco en una de las primeras etapas -- del desarrollo de esta labor, en el tratamiento odontológico- psicológico combinado, y recuperemos el fragmento de una se- sión del grupo de madres :

"Al comienzo de la sesión el terapeuta aclara que faltan dos reuniones para suspender el grupo de este año.

madre de Marga : si no se consigue nada

mamá de Hector : ¿se pierde esto?

T : ¿ustedes que piensan, se pierde lo que se hizo?

Todas dicen que no y preguntan cuándo continúa, el terapeuta les dice que el año que viene. La madre de Marga dice que su nena vino 4 veces, la madre de Roberto que el suyo cinco ".

Parece que el corte provoca mucha angustia en las madres, hablan del próximo año, ¿se referirán a un año escolar?. De cualquier manera, me pregunto si será el mismo terapeuta el que se hará cargo de esos mismos niños o de las mismas madres en el caso del grupo de madres. Si no es así, cabría preguntarse entonces ¿qué ocurre con la transferencia que se había establecido entre ese terapeuta y esos niños?. Ante los pequeños aparecerá otro terapeuta, una persona desconocida con la que se empezará a trabajar de nuevo, ¿con cuántos vínculos más tendrá que romper el pequeño?, esto no es posible, ¿qué ocurre con lo que se juega en esas relaciones?, ¿se estará trabajando la transferencia en estos grupos?

Adentrémonos un poco más en el trabajo que se ha realizado en la cátedra: si recordamos, fueron psicoanalistas -- los que se hicieron cargo de todo el trabajo clínico, los estudiantes odontólogos se limitaban a participar como observadores en los grupos terapéuticos, aclarando lo que había que hacer en la boca de determinado niño y cómo se hacía. Sin embargo después se los colocó en el consultorio y su función en el tratamiento odontológico-psicológico combinado se redujo a eso, a la atención odontológica.

Cuando el pequeño no aceptaba abrir la boca para no dejar escapar cosas, cosas que nadie debía saber, y se el estudiante no podía resolver la situación, entonces se canalizaba a los grupos terapéuticos. Surgen muchos cuestionamientos : el estudiante odontólogo tenía una formación psicológica y psicoanalítica en el aula, ¿por qué no se le permitía participar en la labor terapéutica ? Parece que se hacía caso omiso a la misma situación que desencadenaba todo lo demás, es decir, al hecho de que el estudiante no podía "resolver" lo que estaba ocurriendo con el pequeño y tenía que canalizarlo, ¿ por qué no podía enfrentar el problema? porque existía un problema, algo estaba ocurriendo en esa relación, algo le estaba ocurriendo a él. Sin embargo, parecería que la mirada psicoanalítica empezaba allá, en los grupos.

Freud¹ dice que el tratamiento psicoanalítico no crea la transferencia sino que la descubre, la hace visible, igual que a otros procesos psíquicos ocultos. La transferencia existe fuera y dentro del análisis; la única diferencia es que en éste se le detecta y se la hace visible.

Ante esta actitud, en la que no se quiere saber, resulta muy sintomático el comentario de la Dra. Teresa Muñoz, docente de la Facultad, En el odontólogo, dice, así como en el paciente, se reavivan situaciones inconscientes -

1 FROHGOYEN, H. Los fundamentos de la técnica psicoanalítica. Amorrotu editores. Buenos Aires, 1986.

las cuales pueden no estar resueltas y por tanto influyen - en la atención odontológica. Las manifestaciones más frecuentes, dice, son taquicardia, dolor de cabeza, ansiedad extrema, sudor en las manos, temblor, incomprensión de lo que le pasa al paciente, etc. Y agrega: es por eso que un conocimiento psicológico unido a la capacidad profesional, permitirá - la resolución más adecuada de las situaciones que se presentan. Esta actitud de ignorar lo evidente, de "no hacer nada" aún sabiendo lo que ocurre, de canalizarlo hacia otro lado y por el mejor camino: el conocimiento, nos lleva a preguntarnos: ¿es posible que pueda creerse que a través de un "conocimiento psicológico" se puede elaborar el porque de la incomprensión del odontólogo hacia lo que ocurre con su paciente?. Resulta interesante por qué algo tan contundente no cuestiona, no moviliza, ¿qué es lo que impide que haya movimiento?.

Y tal parece que la situación actual en la Facultad - - - - - tendaría los mismos cuestionamientos, y algunos más, porque no sabemos las implicaciones reales de "el alumno al llegar a la cátedra aplica en la clínica los conocimientos que recibió desde el primer año". Es clara la desaparición de los - grupos terapéuticos, ¿debemos entender entonces que ahora - si los estudiantes odontólogos se hacen cargo de aquellos - niños que se rehusan a abrir la boca?, ¿será suficiente - - - para esta labor una formación teórica, y aún un grupo de re-



flexión?

Finalmente, hagamos algunas puntuaciones respecto a la formación de los que se involucraron en este trabajo clínico. Sabemos que los psicoanalistas responsables de esta labor se formaron con Aberastury y que pasaron por un análisis personal, lo que resulta un buen cuestionamiento es si éste análisis tuvo continuidad durante su trabajo en la cátedra, si re presentó una necesidad , y una última pregunta, si ellos tuvieron esta formación, ¿por qué la indiferencia ante la problemática que vivían los estudiantes odontólogos y de la que hemos discutido ya ?.

HOSPITAL DE NIÑOS DE BUENOS AIRES
SERVICIO DE CIRUGIA CARDIOVASCULAR

- INTRODUCCION

A partir de sus experiencias en la clínica psicoanalítica, Aberastury creó una técnica, la cual fué ampliada después por otros psicoanalistas de acuerdo con las necesidades que se presentaban. Técnica kleiniana que se originó en un medio hospitalario y se adecuó al hecho de ser una terapia breve con el fin establecido e inmediato de operar en mejores condiciones. Desde 1966 se implementó en el servicio de cirugía cardiovascular del Hospital de Niños de Buenos Aires - Argentina.

Si nos interesa revisar la manera en que se ha venido desarrollando esta labor hospitalaria es porque intentamos hacer un análisis de las diferentes propuestas de intervención clínica psicoanalítica que pudieran estarse llevando a cabo en instituciones de la Argentina.

De ahí que nos abocaremos a analizar los mecanismos que hicieron posible esta práctica, así como la dinámica de la misma, poniendo énfasis en las restricciones que se fueron presentando. Lo haremos en base a la información que se obtuvo en :

- ABERASTURY, A. El psicoanálisis de niños y sus aplicaciones. México, Paidós, 1986.

Arinda Aberastury trabajaba ya con pequeños cuando leyó el historial de un niño de 8 años publicado en 1937 por Sophie Morgenstein. Se trataba de un niño que sufría de un mutismo total y con el que ella había mostrado que una amigdalectomía podía tener consecuencias psicológicas. Interpretando sus dibujos descubrió que el síntoma era la consecuencia de un trauma operatorio que había incrementado la angustia de castración. Del interior de su boca se había arrancado un pedazo y para su inconsciente un acto similar podría cumplirse en sus genitales. Cerrar la boca, no hablar, era evitar la repetición del acto. La operación se había realizado en tales condiciones que explicaban el terror que lo había llevado a cerrar la boca.

A partir de esta lectura, dice Aberastury, me interesó investigar si en todos los casos una intervención quirúrgica produciría efectos tan traumáticos. La experiencia le fué mostrando que si bien toda operación incrementaba la angustia de castración en niños y niñas, las condiciones en las cuales se realizaba el acto quirúrgico eran fundamentales y permitían diferenciar el origen de algunos síntomas.

El que a un niño a ser operado se le engañara o esclaresciera sobre la operación y sobre el por qué de la misma traía variantes muy notables en la posterior elaboración de la pérdida de una parte del cuerpo. Esto la hizo pensar -

en la creación de una técnica que, surgida del psicoanálisis de niños, podría aplicarse a aquellos casos en donde el niño iba a ser operado y sirviese así a la profilaxis de algunos trastornos que no siempre se debían a la operación misma. Elaboró entonces una técnica y la transmitió a las personas que se formaron con ella, técnica cuyo objetivo único era - no engañar al niño cuando éste llegase a la operación, por eso las interpretaciones se dirigían a hacer conscientes el miedo a la operación. La principal preocupación radicaba en - estudiar las fantasías inconscientes del niño sobre su cuerpo y el acto quirúrgico.

Sólo más tarde se dió cuenta de la importancia de que - el niño estuviese informado también sobre los detalles de - la anestesia que se utilizaría para operarlo.

Emprendió entonces una investigación con varios casos. Se llevaba a cabo una entrevista diagnóstica con los padres y con el niño, una psicoterapia previa a la operación y una psicoterapia posterior a la operación.

Ella hacía un contrato con los padres y con el niño. El pediatra y/o el cirujano le informaban sobre la operación y le daban una idea del plazo dentro del cual podría trabajar. En el transcurso de la experiencia encontró que la operación actuaba como fuente de ansiedad separada de otro tipo de ansiedad que la anestesia general despertaba.

Fué por eso que en la segunda parte de la investigación consideró necesario informar a los terapeutas sobre el tipo de anestesia a utilizar, en cada caso,

además incluyó en la preparación previa a la operación el esclarecimiento de la forma y de los fines de la anestesia. En los casos en que esto ocurrió así el niño no sufría luego trastornos de sueño.

El niño estaba informado entonces de las posibles molestias y malestares previos a la entrada en el sueño profundo, no se omitía ningún detalle sobre el tipo de anestesia y sobre la preparación previa, cuando la había.

El hecho de que se fueran cumpliendo paso a paso las expectativas del niño disminuía notablemente la ansiedad.

Con el éxito de esta investigación otras personas aplicaron la técnica elaborada por Aberastury.

Años más tarde, convencida de que un niño pequeño era analizable, hizo esta psicoterapia en un niño de 18 meses que iba a ser operado de hernia. Durante las sesiones previas el chiquito mostró a través del juego la localización del órgano que debería ser operado y la fantasía del acto quirúrgico. En las sesiones posteriores apareció su fantasía de enfermedad y también de curación.

En la actualidad la aplicación de esta técnica se hace aún en niños muy pequeños, siendo la más precoz la realizada a un niño de catorce meses.

La experiencia obtenida en estos y muchos otros casos -- tratados por Eduardo J. Salas, Sara Jarast, Susana Lustig de Ferrer, Pola Ivancich de Tomás y Gela Rosenthal, entre otros los impulsó a llevar esta técnica a las instituciones.

Encontraron que no sólo la psicoterapia previa a la operación disminuía el trauma operatorio sino también, en --

muchos casos ponía en evidencia lo innecesario del acto quirúrgico. Por ejemplo, en niños que habían tragado monedas y la indicación era la operación, la psicoterapia hizo que fueran evacuadas. La misma experiencia se dio en algunos casos de apendicitis en púberes con una sintomatología abdominal que orientaba hacia la operación.

Trabajaban siempre con el pediatra que veía al niño para que él valorara los cambios que se iban produciendo con la psicoterapia y decidiese operarlo o no. Claro que todo esto es posible sólo cuando no se trata de operaciones urgentes, pues hay tiempo suficiente como para trabajar psicoterapéuticamente con el niño y cuando la etiología es predominantemente psíquica.

La psicoterapia entonces es preventiva de un trastorno en la imagen del cuerpo que puede desintegrarse luego de una operación y necesita ayuda para ser reestructurada. Las sesiones después de la operación son importantes para trabajar en especial con la incorporación de una nueva imagen corporal, incorporación que implica elaborar la pérdida de una parte del cuerpo o bien, en las operaciones reparadoras, la pérdida de un defecto. En los casos de cardiopatía congénita, surge la necesidad de trabajar con la aceptación del niño de un nuevo esquema del cuerpo. No es suficiente que la operación haya sido exitosa y que el corazón este reparado. Es necesario que el niño acepte ese corazón reparado. Si esto no se logra, tanto él como su ambiente mantendrán la inva

TEJIS CON
FALLA DE CR.GEN

lidez. Lo mismo ocurre en una enfermedad deformante, es necesario seguir con una psicoterapia posterior a la operación para dar tiempo a que el niño haga el duelo de sus partes de formes. Claro sin olvidar que antes del acto quirúrgico se debe informar al niño y a sus padres no sólo sobre la operación por realizarse o cualquier circunstancia previa o posterior vinculada con ella, sino también sobre todos los detalles de la anestesia; información que el terapeuta transmite durante el trabajo previo, para lo cual debe estar informado por el cirujano y el anestesista. Esta información es complementaria del trabajo interpretativo y es el terapeuta (no el cirujano o el anestesista) quien la suministra. La psicoterapia posterior a la operación es especialmente un mérito del equipo que trabajó con cardiopatías congénitas.

La intervención quirúrgica, dicen Diana Becher y Guillermo Rinaldi, terapéutas que trabajan en el hospital, provoca en el paciente un incremento de ansiedad porque vive la operación como una amenaza para su existencia.

La preparación psicológica se hace necesaria para superar el trauma operatorio, preparación en la que se hacen concientes tanto el peligro de muerte como el miedo a morir y al mismo tiempo se esclarecen el momento y las características de la operación. Cuando antes y durante la misma el niño va confirmando la veracidad de este esclarecimiento su ansiedad paranoide disminuye. Sin eso, el niño hace sus propias especulaciones sobre la intervención, quedando a merced de sus fantasías conscientes e inconscientes, fantasías muy terroríficas que superan en intensidad a los hechos reales. En las cardiopatías por ejemplo, por ser de naturaleza reparadora y efectuadas sobre el corazón (simbólicamente el órgano que es expresión del instinto de vida y del amor), es la angustia de muerte mucho mayor que la angustia de mutilación o pérdida de una parte del cuerpo. Por eso, dicen Becher y Rinaldi, es fundamental una labor psicoterapéutica con el niño cardiópata y su familia.

En el servicio de cirugía cardiovascular de la sala IX del Hospital de Niños de Buenos Aires Argentina se utiliza una técnica que se origina en el psicoanálisis de niños, pero que se adecuó al hecho de ser una terapia breve en un servicio hospitalario y con un fin preestablecido.

Los terapeutas se asesoraban con el equipo quirúrgico - que enviaba al paciente, sobre el grado de enfermedad del niño, el tipo de intervención a realizar, la anestesia a aplicar, los riesgos y el pronóstico. Se hacía contacto con los padres, se recababa información y se armaba la historia del niño. Cuando se trataba de niños pequeños la labor quedaba reducida a los padres, cuando eran mayores, se requería autorización para llevar a cabo el esclarecimiento de la operación.

El grupo familiar del cardiópata es un grupo psicológicamente enfermo, la mayoría conoce el diagnóstico de la cardiopatía desde los primeros días de nacido el niño. Clínicamente la sintomatología va aumentando progresivamente, al tiempo que los logros motores y el crecimiento en general - evolucionan con retardo. Se va configurando un grupo familiar muy sobreprotector con una ansiedad poco controlable - frente a la enfermedad en sí, y la necesidad quirúrgica de - la misma.

Se estructura habitualmente una relación simbiótica entre la madre y el paciente con un aparente beneficio recíproco : la madre funciona como corazón sano del niño tratando - de dar satisfacción a todas las limitaciones que a éste provoca su enfermedad. Lo que lleva a un empobrecimiento psicofísico creciente del niño y a un estado de insatisfacción y culpa mayores por parte de la madre. Su maduración psicológica ha sido seriamente postergada, el uso del chupete y la maderera es mantenido hasta el tercer y cuarto año, la cohabi-

tación y aún el colecho se encuentra en un 90% de los pacientes, son impuestas habitualmente limitaciones en el juego y actividades motoras, y se les posterga generalmente la iniciación de la escolaridad.

Estructura familiar muy peculiar y rígida que funciona con un órgano enfermo o insuficiente, equilibrio que peligra ante una operación inminente. Por eso una de las dificultades más importantes en el posoperatorio es, justamente lograr - que el niño elabore y acepte su nueva identidad y que el grupo familiar acepte su nuevo esquema corporal, desmontando - con ello los mecanismos que pudieran llevar al niño ahora sano a la inmovilización y paralización.

Con frecuencia la operación configura un aumento de los mecanismos sobreprotectores, lo cual se evita durante la preparación de los padres y del niño, haciendo consciente la - realidad de cambio que se estructura quirúrgicamente, las resistencias que existen para aceptar el cambio psicológicamente y los peligros de no variar de actitud.

Ahora bien, como en la labor también participan los médicos, las enfermeras y los padres, los terapéutas hablan -- con ellos y les explican que la situación del niño de tener que colocar repentinamente la integridad de su propio cuerpo en manos de otras personas le despierta ansiedades persecutorias que se incrementan a través de los objetos que le son desconocidos y que es por eso la necesidad de que él pueda - identificar el rol del anestésista y el del cirujano. El anestésista hace una visita al niño, previa a la operación, le

a conocer su nombre y le informa sobre el trabajo que va a realizar.

Para el niño el equipo de cirujanos se hace cargo del rol de mago ejecutor de la operación y por tanto proyecta en él los aspectos omnipotentes y en el psicoterapeuta las dudas, especialmente la duda sobre si podrá sobrevivir. Se les explica también que el paciente no debe ser engañado nunca, muy al contrario, debe informársele de cualquier manobra, cruenta o no, radiografía, electrocardiograma, extracciones de sangre, etc.

Se hace incapie en la importancia para el niño de tener su propia almohada, de que lleve consigo su pijama o juguetes, que por viejos o feos que esten, representan la ligazón material con la casa, objetos tranquilizadores que le permiten separarse de los padres con menor dolor.

Se le advierte al equipo quirúrgico que las percepciones auditivas son las últimas en desaparecer durante la inducción anestésica y las primeras en reaparecer luego, lapso en el que pueden hallar entrada profundas impresiones, el equipo por tanto, debe cuidar sus comentarios.

En la entrevista inicial con los padres y el niño, se realiza un contrato de tratamiento, fijando días, horarios, duración de las sesiones (40 minutos) y el carácter gratuito del mismo. Se ofrece al niño una habitación que reúne -- las condiciones necesarias para analizar a un niño : es suficientemente aislada y dispone de una caja de juguetes que es común a varios chicos, pero que es la misma en toda la opera

ción, caja que contiene lápices, gomas de borrar, de pegar, tijeras, block de papel, sacapuntas, autos, muñecas y aviones, independientemente de este material que es el del hospital, se le sugiere a los padres que le entreguen durante las 48 hrs. previas a la operación, lápices, goma y un block con el fin de que pueda utilizarlos para expresar y comunicar sus fantasías de esos momentos, material que se utiliza para interpretar antes de la operación o bien el posoperatorio inmediato.

Durante las sesiones se hace hincapie en el punto de urgencia, que es la intervención, dejando de lado las interpretaciones transferenciales por el hecho de la no continuidad del tratamiento y lo limitado del número de sesiones.

Consecuencia de esta labor es un cambio considerable en la actitud del equipo quirúrgico frente a los problemas afectivos y psicológicos del paciente. Hay un mejor contacto con él, buena disposición al diálogo, etc.

Con el niño lo que se busca es hacer consciente las ansiedades despertadas por la operación para que no recurra a defensas rígidas empobrecedoras de su yo que no le permiten luchar adecuadamente contra el instinto de muerte, ansiedades que puede expresar a través del material de juego, los dibujos, las asociaciones libres, para entonces comprenderlas y ayudar a su elaboración. Es fundamental incluir el esclarecimiento de la operación, desde la ingestión de barbitúricos, la separación de la madre, el tipo de incisión, lugar, tamaño, forma y corrección anatómica que se realizará, abso-

lutamente todos los detalles hasta el tiempo de recuperación, el señalamiento del tiempo en que se quitarán los puntos y - la fecha aproximada del alta.

Cuando el equipo de terapéutas empezó a trabajar, en -- mayo de 1966, sólo les mandaban casos difíciles, dejando de - lado aquellos en los que la sobrevida era mucho más factible. Actualmente los cirujanos del servicio de cirugía cardiovascular envían a la totalidad de los pacientes. Sólo los del interior no son preparados psicológicamente porque la premura de la estadía en Buenos Aires no daría tiempo para ello.

Vemos algunos casos, específicamente, el de Federico, Mariana y María.

A Federico, un caso seleccionado entre 50 porque se le pudo estudiar con mayor profundidad, le fué diagnosticada - hasta el tercer mes una cardiopatía congénita, en ocasión de un exámen médico practicado por un estado gripal. A partir de entonces se le hicieron revisiones continuas pero nunca - se le explicó su enfermedad, ni él hizo preguntas. Ahora - tiene 10 años, y a pesar de ser un caso grave salió bien de la operación. En las primeras sesiones aparece en sus dibujos el miedo a la muerte, miedo que es interpretado y que ha disminuido un poco ya para la tercera sesión. Según Becher y Rinaldi los chicos que se atreven a expresar el miedo a la muerte tienen mejor pronostico que los que se niegan totalmente al peligro. También en la primera o 2^a sesión se le - esclarecen las características de la operación y de la anestesia. Lentamente fué haciendo consciente su ansiedad de -

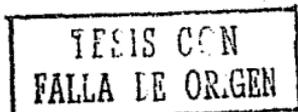
muerte a través de los dibujos, y pudo así adaptarse mejor - al trauma quirúrgico. En las horas previas a la operación - el terapeuta impulsó al niño a dibujar dándole material necesario para ello..

En el posoperatorio sus dibujos mostraron que pudo elaborar más o menos el cambio operado en su cuerpo. De ahí - que se tuvieron que realizar más sesiones luego de la operación para ayudarle a integrarlo.

A Mariana le fué diagnosticada una cardiopatía congénita a los 2 meses. Los padres negaron la enfermedad y la trataron como si no tuviese nada. La niña tiene ahora 6 años, na die le ha hablado de su enfermedad, pero su madre ha comprendido, en su psicoterapia, que la niña debe recibir tratamiento.

Parte de la labor terapéutica consistió en lograr que la paciente, después de ser informada, aceptara en forma realista su lesión y las limitaciones que ésta implicaba. Mariana no tenía conciencia de que tenía miedo y de que sufría. La madre había funcionado como corazón sano de la niña y eso -- permitía que Mariana siguiera negando su enfermedad real. La simbiosis hacía que una parte de ella no hubiese nacido.

En sus juegos ella expresa su negación de la enfermedad, pero sesiones antes de la operación verbaliza la angustia de muerte. Por la constante interpretación de sus ansiedades, en la última sesión previa a la operación, sus dibujos mostraron una disminución de la angustia. Se veía una adecuada ela



boración de la ansiedad de muerte.

Finalmente, María, una niña de 5 años, es un caso interesante porque sus padres no aceptaron una psicoterapia previa a la operación ya que le habían avisado del acto quirúrgico a la niña, y parecía que en el plano consciente aceptaba la operación. Sin embargo, en los dibujos previos a la intervención, aparece una completa desorganización de la imagen corporal, desorganización que vuelve a aparecer después de la operación. Los dibujos muestran el terror al vaciamiento, las manos transformadas en cuchillas, las amígdalas a veces sueltas, volando, a veces introyectadas en la cabeza. Dibujos que relatan la fantasía inconsciente de María de lo que habían hecho con su cuerpo y de cómo lo habían hecho. No es suficiente que el niño llegue a la operación sin engaños, cuando falta el esclarecimiento de cuál es la operación y cuál la anestesia a emplear que fué lo que ocurrió con esta pequeña.

- CONCLUSIONES

Desgraciadamente la información que pudimos recabar acerca de la labor psicoanalítica que se lleva a cabo en el Servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital de Niños de Buenos Aires, Argentina con aquellos pequeños que van a ser sometidos a una intervención quirúrgica, no es muy amplia, y por tanto no es muy enriquecedora en cuanto a nuestros ejes de trabajo, esta estructurada de tal manera que sólo nos muestra los resultados de la intervención, los resultados de quizá un gran esfuerzo que se tuvo que afrontar para trabajar en el hospital con un enfoque psicoanalítico. Se trata de una información tan cerrada, sin posibilidad alguna de encontrar huecos a través de los cuales se pudiera vislumbrar los posibles problemas o dificultades que se fueron encontrando en el camino al tratar de implementar una técnica con orientación psicoanalítica en una institución.

Sabemos efectivamente que la labor de los terapeutas trajo consigo un cambio importante en la actitud del equipo quirúrgico, un trato más humano frente a los problemas afectivos y psicológicos del paciente, trato que se manifestó en un mejor contacto con él, en una posibilidad al diálogo, etc. Y lo más importante, que ésta preparación terapéutica permitió en los niños una adecuada elaboración de la ansiedad de muerte y en ese sentido una mejor defensa en la operación.

Sin embargo, ciertos aspectos quedan completamente velados. En primera instancia, ¿qué fue lo que permitió el pensar en una orientación psicoanalítica como alternativa ante -

la necesidad que se presentaba en un servicio hospitalario, y aún, cuáles fueron los móviles, los mecanismos que permitieron abrir los espacios para que se implementara la técnica ?.

No sabemos cuál es la preparación de los psicoanalistas que se hacen cargo de la tarea, si están en formación o no, si cuentan con un análisis propio.

Se dice que durante las sesiones se hace técnicamente -- hincapié en el punto de urgencia, es decir, en la intervención quirúrgica, y que se deja de lado las interpretaciones -- transferenciales por el hecho de la no continuidad del tratamiento y lo limitado del número de sesiones. Si dejan de lado la transferencia, ¿cuáles son los presupuestos de los que parten para no trabajarla ?, si es que esto es posible claro.

Y si estos aspectos cobran suma importancia para nosotros es porque se nos han planteado como interrogantes en nuestras propias experiencias en la práctica terapéutica con una orientación psicoanalítica, de ahí que constituyan nuestras líneas de trabajo, por tanto las respuestas a ellas representarían un logro importante, posibilitarían plantear alternativas, caminos ante nuestra creciente inquietud por estructurar una propuesta de intervención psicoanalítica en una institución.

HOSPITAL DE NIÑOS DE BUENOS AIRES
2ª CATEDRA DE PEDIATRIA

- INTRODUCCION

De los trabajos que Arminda Aberastury ha dirigido o al menos ha marcado con sus aportaciones, abordaremos el -- que se ha realizado en la 2ª Cátedra de Pediatría en el Hospital de Niños.

Trabajo con una mirada psicoanalítica, que surgía, -- una vez más, como una alternativa ante ciertas necesidades de los pacientes en una institución. En este caso respondió, en primera instancia, a ciertas dificultades económicas de las familias que acudían a este hospital en busca de ayuda para sus hijos.

Me parece un valiosísimo material a analizar, que nos puede aportar elementos importantes de discusión, y en ese sentido, que nos puede ayudar en nuestro intento por estructurar una propuesta de intervención psicoanalítica.

Analizaremos el trabajo que se lleva a cabo en esta institución a través de la información que se encontró en:

- ABERASTURY, A. El psicoanálisis de niños y sus aplicaciones. México, Paidós, 1986.

A partir de 1960, en el Equipo de Psicología y Psicohigiene infantil perteneciente a la 2^a Cátedra de Pediatría en el Hospital de Niños, se implementó un método terapéutico que permitiera el abordaje de todo el grupo familiar del niño traído a consulta, incluyendo a éste. Se tenía una larga experiencia en la que trabajando con los padres para promover en ellos la autoobservación y el desarrollo de una mejor comprensión de sus hijos, nos habíamos visto obligados, dice Raquel Soifer (una de las terapéutas que trabajan en el hospital y en la implementación de la técnica) a incluir a los niños en las entrevistas porque se trataba de gente con una condición modesta que habían venido del interior y no tenían dónde dejar a sus hijos. En estas experiencias se pudo comprobar que si se brindaba material de juego a los niños se podía llevar a cabo la tarea con los progenitores, además se hizo evidente, en más de una ocasión, que el juego de los chicos tenía relación cercana con aquello de lo que hablaban los adultos. Se decidió entonces utilizar esta técnica con el fin de completar el diagnóstico realizado en forma individual en circunstancias tales como : a) contradicción entre los datos aportados por los progenitores y los obtenidos durante la observación del niño ; b) dificultad en la recolección de esos datos, ya sea por conductas evasivas en los adultos, reticencias, olvidos, datos no concordantes, o por inhibición total del juego en el niño y escasa respuesta

a los tests; c) dificultad para determinar los factores psico patológicos y d) graves distorsiones en la relación familiar que podrían incidir sobre la enfermedad del niño.

Se trataba de una técnica basada en principios psicoana líticos con inclusión de desarrollos Kleinianos y de psicoanalistas argentinos, en especial Arminda Aberastury, además de los conceptos de Enrique Pichon Riviere para la terapia - de grupo familiar.

Los resultados fueron mucho más satisfactorios de lo -- que se esperaba, no sólo se lograron esclarecer las dudas - sino que se obtenía una mayor colaboración por parte de los padres, quienes además, hacían conscientes ciertos problemas que hasta ese momento habían negado o reprimido y podían recibir mejor las indicaciones de carácter terapéutico que se formulaban. Se pudo observar que existía siempre una estrecha correlación entre el hablar de los adultos y el juego de los niños. Lo que hizo inferir que en el transcurso de la en trevista la familia iba asociando y expresando su problemática, como un grupo terapéutico, produciéndose entonces el -- impacto de la conjunción entre lo verbal y lo preverbal.

Se llegó así a adoptar esta técnica de grupo familiar - como terapia, con resultados en muchos casos asombrosos ; con pocas entrevistas se lograron mejorías que a veces llevan mu cho tiempo en el tratamiento individual.

Se acordó trabajar de 3 maneras con el grupo familiar : a) como diagnóstico ; b) como información diagnóstica al finalizar el estudio y c) como terapia.

Aunque, en general, se recurría al grupo familiar cuando había dudas en el estudio diagnóstico del niño o cuando - había la certeza de que los padres no podían asumir el compromiso que implicaba el tratamiento individual del niño, ya fuera por la situación económica, el lugar de residencia o - por motivos internos, como cuando existía la ligera sospecha de que el niño hubiese asumido el rol de chivo emisario de - la familia, esto es, cuando todos habían delegado en el niño alguna situación interna que les resultara difícil elaborar y que el pequeño asumía, sin poder defenderse.

Se consideraba entonces que éste método terapéutico - era económicamente más accesible, a la vez que el tiempo requerido era menor al de un tratamiento individual y por tanto podía ser asequible a familias modestas. Además, dada la posibilidad de resultados en breve lapso, se trataba de un - método adecuado para el trabajo en instituciones, en donde - es necesario brindar terapias breves y eficaces a un gran número de personas.

El objetivo de la terapia es tender a la resolución del conflicto más agudo que determina la perturbación en las relaciones familiares, agudo en el sentido más manifiesto, compreensible e inmediato a la conciencia. Este conflicto representaría el modo de resolver la ansiedad infantil no elaborada por los padres y cuya manifestación externa aparece en -- los síntomas del niño.

El logro de este objetivo puede promover de por sí la - mejoría del paciente o bien ser el paso intermedio para la -

prosecución de otros tipos de terapia, como la terapia grupal, para uno o varios familiares o el tratamiento individual antes rechazado.

Sin embargo una de las condiciones básicas sin la cual no puede hacerse el tratamiento es la estabilidad de la pareja o de la situación parental. Y esto constituye una de las grandes limitaciones de la terapia. Se considera que los problemas inherentes a la pareja en sí no pueden ni deben ser - hablados ante los hijos. Distinto es, por supuesto, el caso de la viuda o viudo con hijos o situación similar.

Ahora bien, cada familia tiene su tiempo propio, determinado por las posibilidades de elaborar el conflicto agudo. Aunque hay puntos por investigar, porque en la experiencia - hubo familias que respondieron muy mal a contratos sin límites de tiempo (abandono abrupto y sin aviso de la terapia). En cambio los contratos con plazo definido y de corta duración (6 meses o un año), pero factibles de ser renovados, - resultaron los más adecuados.

Se trabajaba preferentemente en el consultorio de niños el cual es adaptado a las condiciones óptimas para la actividad de los niños. El material de juego, multiplicado por el número de niños, se despliega sobre la mesa de juego antes - del comienzo de cada entrevista, y al final se les facilita la caja correspondiente para que se encarguen de guardarlos.

En cuanto al ritmo de sesiones, no se ha podido elaborar aún una metodología definida. Algunas familias prefieren venir una vez por mes, otras quincenalmente y en otros casos

la frecuencia debe ser librada a lo más conveniente para la terapia.

Se comprueba que toda ruptura del encuadre, ya sea por vacaciones, modificación de horarios, honorarios o del recinto, moviliza intensas ansiedades y fantasías que, de no ser esclarecidas, llevan a la disolución de la situación terapéutica.

Se piensa que la inclusión de uno o dos observadores es muy útil y necesaria, tanto para confrontar la experiencia - como para la puesta de límites a los niños.

El establecimiento del contrato se realiza sobre la base de una imagen definida, alguien que ayude a discriminar en la confusión de vínculos. La transferencia se establece mediante imágenes persecutorias o idealizadas. Por ejemplo, el terapeuta puede ser vivido como alguien muy bello cuyo esplendor reviste de dones al que lo mira. O bien puede ser un ente terrorífico que al mirarlos se introduce en ellos y los destroza.

Si el terapeuta, además de esclarecer estas fantasías, puede asumir el rol de ayudar a discernir los distintos vínculos y si la familia logra percibir y reintroyectar esa función, la terapia evolucionara favorablemente.

Se construye la interpretación de la siguiente manera: se deja que la situación se desarrolle ante nosotros, dice - Raquel Soifer, observamos a los adultos y adolescentes, los escuchamos, procuramos seguir y registrar el juego de los ni

ños y sus verbalizaciones. Interpretamos recién cuando con
si
de
ra
mos que se ha presentado un momento confusional - confu-
sión de roles o bien de nivel adulto o infantil -. Por ejem
p
lo una niña que en un primer momento tironeaba a la madre,
está sacando punta a un lápiz y la mamá la amonesta por ensu-
ciar el piso; como la niña persiste en su actitud la madre -
le tira de la pollera insistentemente para llamarle la aten-
ción.

Se describe esto con palabras simples a directas señalan-
do la ansiedad que según el terapeuta ha determinado la re-
gresión materna y se trata de conectarla con la situación in-
terna de la niña.

La experiencia ha demostrado que si se interpreta la vi-
vencia infantil, su esclarecimiento y el alivio consiguiente
llegan a todos los miembros de la familia.

Pero estas entrevistas diagnósticas familiares no consti-
tuyen el primer abordaje, porque dada la complejidad de la -
situación (recolección de datos y observación de juego) es
preferible, y resulta más certero, realizar previamente un -
trabajo o diagnóstico individual.

Ya en el trabajo con la familia, que se lleva a cabo en
una o dos entrevistas, según los casos, se interpretan las -
conductas y se hacen algunas preguntas en relación a aspectos
que no hubiesen sido aclarados en el diagnóstico previo, co-
mo los hábitos familiares por ejemplo; se imparte orienta-
ción psicosocial (recreación, etc.)

Los observadores se distribuyen la tarea de manera que uno - registra todo lo observado en el niño (o los niños) y el -- otro las comunicaciones y actitudes de los adultos, anotando ambos, además, los señalamientos del coordinador.

Con esta información se procura, como primer paso, orde- nar datos como: comunicación entre los integrantes, sus dis- torsiones, motivos y mecanismos; la distribución de roles, la transmisión de ansiedades entre los integrantes del grupo, - etc.

Reunidos estos datos se formula el diagnóstico de la fa- milia, el diagnóstico de cada uno de sus miembros y la indi- cación terapéutica para lo cual se toma en cuenta el siguien- te criterio : 1) si es preferible que el niño se trate en te- rapia individual o grupal con otros niños; 2) cuáles de los otros integrantes del grupo deben ser tratados; 3) si el ma- trimonio debe ser tratado como tal, y 4) si es posible tra- tar a la madre en un grupo de orientación.

Para comprender mejor esta forma de trabajo presentamos a continuación 3 casos específicos.

Uno de ellos es la familia integrada por la madre de - 30 años, el padre de 35, Martha 7, Rosa 6, Juan 4 y Nora 3. Los padres acudieron en demanda de orientación porque en un servicio hospitalario se les había indicado terapia indivi- dual para Martha y su hermana menor, y terapia de grupo para la madre, pero no podían hacerlo por dificultades económicas y por residir en una localidad suburbana apartada.



Martha había tenido una convulsión febril coincidente con el nacimiento de su hermana, antes de cumplir el año de edad. El neurólogo le dió medicamentos durante 12 meses. -- Dos años después, la niña comenzó a presentar ausencias, se puso rebelde y tenía berrinches. La madre estaba embarazada por cuarta vez. El neurólogo recetó una vez más, pero las ausencias fueron desapareciendo, hubo mejoría en la conducta y la dosis se redujo. La niña estaba ahora en segundo de la escuela, tenía algunas dificultades de aprendizaje, se ofendía fácilmente y se despertaba frecuentemente de noche para ir a la cama de los padres.

La hora de juego diagnóstica mostró a una niña reprimida que se esforzaba por mostrarse "buenita y normal".

El contrato se formalizó para un ritmo de sesiones cada 3 semanas hasta totalizar 6 entrevistas. La primera serviría como diagnóstico familiar. Concluido este contrato se vería la conveniencia de renovarlo o indicar otro tipo de conducción terapéutica.

Se proporciona el material de la primera y de la última sesión.

En la primera sesión los cuatro niños se ubican alrededor de la mesa, investigan y eligen el material de juego, - los padres silenciosos se sientan a ambos lados de la mesa. Rosa y Martha dibujan, los más pequeños juegan. Como están - demasiado juntos empiezan las protestas y peleas. Los padres no intervienen.

El terapeuta interpreta el temor que tienen y que los obliga a estar encimados.

Se sigue describiendo lo que hacen los niños y el comportamiento que van teniendo los padres ante sus juegos y peleas.

Continúan los padres sin comentar ni preguntar nada al terapeuta, quien invita entonces a observar e interpretar lo que hacen los niños y las reacciones de los padres ante el comportamiento de éstos.

Se ordenan los datos y se establece la dinámica de la entrevista ; el temor movilizó en la familia la técnica de aglutinamiento, modalidad defensiva que falló porque surgieron las disputas, mediante las cuales se expresa la problemática del compartir.

Se establece la modalidad de la comunicación, que en este caso es de tipo psicopática. Los roles, que están altamente confundidos (de pronto los padres mandan y los hijos obedecen). Se hace el diagnóstico familiar en el que se refiere a la familia como fóbica con técnicas psicopáticas de delegación.

En la última sesión los padres intervienen más, por ejemplo ella comenta que le molestan los berrinches y que no sabe como manejarlos. En otro momento ambos intentan contar algo sobre un berrinche de Martha, pero no pueden hacerlo por los berrinches de Juan.

Efectivamente en la dinámica de esta entrevista R. Soi-

fer hace énfasis en el incremento de la capacidad de externalización en cada uno de los miembros de la familia con respecto a las situaciones internas de cada uno de ellos y del grupo.

También, entre otras puntualizaciones, hacen notar que la asunción de roles se perfila más claramente y en un --- contexto más adecuado a la realidad.

Los padres informan que la niña ha progresado mucho en el colegio. Sentían la experiencia de la terapia como muy --- buena y solicitaron renovación del contrato para un año más.

El segundo caso es el de una familia en la que el padre falleció bruscamente. La familia estaba compuesta por la madre, Gabriel, de 10 años y Azucena de 15.

Solicitaron el servicio porque Gabriel, cuando murió --- su padre, hacia cuatro años, tuvo una crisis de furia con --- impulsión a romper cosas. Estuvo, durante un tiempo, en una escuela diferencial por dificultades escolares.

Actualmente ya no le sobrevienen las crisis y asistía a un colegio estatal, pero tenía problemas de relación con sus compañeros; había sufrido enuresis hasta poco antes y se motraba proclive a los accidentes, era muy exigente con la madre.

Se sugirió terapia de grupo familiar por varios motivos: a) independientemente de los problemas de Gabriel o de Azucena, que tuvo episodios asmáticos cuando falleció el padre, o de la madre, que describió sus dificultades de conexión so-

cial y crisis de angustia.

Se consideró que la enfermedad residía básicamente en - el vínculo familiar, en ese mundo que integraban entre ellos y b) en base a la observación diagnóstica de la madre y el niño por separado se infirió que cada uno de los 3 aparecían como un pieza de un conjunto, que si se tomaba aisladamente dificultaría la comprensión, que sería como aprehender una sola palabra de una oración.

Se concertó un contrato de entrevistas mensuales, teniendo en cuenta sus posibilidades económicas.

Se proporciona el material de 6 sesiones. En las cuatro primeras la niña permanece callada, sólo observando, Gabriel es el que desde la primera sesión dibuja, habla, pregunta. La madre lo invita a jugar. El niño cuenta que le gusta tirar cohetes, hace ruidos y gesticula como si los estuviera tirando.

En la segunda sesión ante un señalamiento de la terapeuta sobre el silencio de la hermana, la madre dice : "como una esfinge". Se interpreta entonces la división producida en la familia : las mujeres hacen de esfinges, en tanto Gabriel es el activo, el hombre que habla y resuelve los problemas de la familia, es decir, juega el papel de marido.

Después empieza a hablar de su cumpleaños. Dibuja varios romboides y dice que quiere hacer triángulos. Se interpreta que busca la manera de salir del rol de marido para poder ser un niño, el hijo.

En la quinta sesión Gabriel no viene porque se fué de excursión. Azucena crítica a la madre por haber sido demasiado floja con el hermano. La madre dice que ahora percibe que, si bien vinieron por el hijo, ellos también están enfermos. Se les señala cómo, en ausencia de Gabriel, la enfermedad queda redistribuida.

Al mes siguiente, la madre pidió una entrevista a solas para plantear su deseo de modificar el plan terapéutico. Gabriel pasó bien de grado, pero sigue teniendo problemas con sus compañeros. En la casa la situación ha mejorado, hay más diálogo entre ellos, los cambios con Azucena son notorios pues está más comunicativa con la madre y más cercana a Gabriel. La madre entiende ahora que ella necesita tratarse. Ella y el niño son remitidos a terapia de grupo por separado.

Un año y medio después, la madre había retomado brillantemente su profesión, alcanzado un alto nivel en la misma. Gabriel ya tenía amigos y Azucena había formado su núcleo social y se llevaba mejor con la madre.

Finalmente veamos el caso de un paciente de 4 años de edad llevado a la consulta por una vecina de los padres, preocupada por su escaso lenguaje.

Se indicó una entrevista familiar por haberse comprobado una situación irregular : el paciente pasaba el día con los abuelos paternos que vivían en una casa contigua y que tenían totalmente a su cargo a un hermano mayor de éste, de 9 años de edad. Además, la madre no se dió cuenta del embara

no, siendo tratada hasta los 7 meses de gestación como portadora de un quiste uterino. Situaciones que promovieron la inquietud hacia una mayor investigación.

El niño presentaba tendencia a la sordera, rabieta, hábito de chuparse los dedos, pronunciar pocas palabras, en media lengua y cohabitación con los padres. Además de él y su hermano, hay una niña de 11 años.

A la entrevista asistieron el padre, la madre, la abuela, la hermana de 11 años y el paciente, no se presentaron el abuelo y el hijo de 9 años. Los participantes se sentaron en círculo en torno a los terapeutas: la abuela a la derecha de la coordinadora, el padre enfrente, la hija junto al padre, la madre en un rincón y hacia atrás. Todos permanecen en silencio mientras el niño juega. El padre y después la abuela tratan de destacar la normalidad del niño. La coordinadora señala el silencio de la madre y pregunta si tampoco interviene en la casa. La abuela aclara que el niño le dice "ma" a ella y es muy obediente. La madre interviene por primera vez para corroborar que el chico es normal; la abuela afirma que se hace entender muy bien, es capaz de contar con gestos todo lo que ve en la T.V.

La coordinadora interpreta, los niños juegan, los padres hacen algunos comentarios y la coordinadora algunos señalamientos.

Casi al final de la sesión el paciente se lleva una manita a la boca y todos se abalanzan sobre él al grito "no no, cuidado". Se señala que ante el intento del niño de hacer algo, por el medio primitivo que es la boca, ellos, se

asustan, por lo cual no pueden guiarlo hacia otra forma de aprendizaje.

Al final la coordinadora impartió varias indicaciones -- psicosociológicas : hablar directamente con el niño, nombrarle los objetos, que haya más contacto entre él y la madre, que supriman la cohabitación y se cita a la madre y al niño para una próxima entrevista, obteniendo la conformidad de ambos progenitores.

Se ordenan los datos en : la interpretación dinámica de la entrevista en donde se establece que el grupo reacciona + retrayéndose a un nivel máximo de pasividad colocando al niño en el centro de atención, o sea la enfermedad negada bajo una apariencia de normalidad.

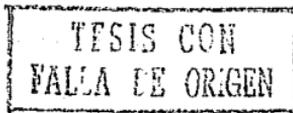
Se establece también el nivel de comunicación, sus distorsiones, los roles, las ansiedades, el diagnóstico de la familia así como el individual. Entonces se hace un pronóstico óptimo para el niño en caso de tratamiento, bueno para la madre. Por tanto se dice que existe la posibilidad de lograr una mejoría en el grupo familiar una vez obtenido el establecimiento de estos dos integrantes.

- CONCLUSIONES

Aún cuando, al igual que en las otras instituciones, no nos proporcionan elementos que nos permitan saber acerca de la formación de los terapeutas que se hacen cargo de la labor, de la necesidad o no de un análisis personal, etc., me parece que el trabajo que se realiza en la 2ª Cátedra de Pediatría - en el Hospital de Niños, es sumamente interesante.

Particularmente me hizo reflexionar el hecho de plantear a la terapia familiar como el método más adecuado para el trabajo en instituciones, en donde, dicen, es necesario brindar terapias breves y eficaces a un gran número de personas, características que hacen al tratamiento más accesible a familias modestas, sobre todo económicamente.

Una primera lectura de esto nos hace formular una pregunta ¿desde donde se establece que en una institución son necesarias las terapias breves?, podría argumentarse que se plantea de esta manera por el gran número de personas que solicitan el servicio, pero entonces, ¿se debe pensar que es prioritario atender al número de personas independientemente de la calidad del tratamiento?, ¿por qué no pensar en más personal capacitado para atenderlos?, aunque claro, este sería un problema mucho mayor, tendríamos que hablar incluso del presupuesto que se asigna a una institución determinada para cubrir sus funciones, de quién asigna dicho presupuesto, de cómo se asigna, etc., etc. Desviemos nuestros interrogantes hacia



otros aspectos : si se plantean las terapias breves como buenas y eficaces, ¿por qué no se piensan en la práctica privada?, ¿cuál es el criterio entonces, la dificultad económica?. Si recuperamos aquí una de nuestras líneas de trabajo podríamos sumar algunos interrogantes, ¿debemos decir que estos no son más que problemas administrativos inherentes a toda institución pública y que, no sólo interfieren, sino que, como en este caso, determinan la práctica clínica psicoanalítica?. Lo interesante de la situación es el argumento que se maneja, es to es, que la propuesta de intervención surgió como respuesta ante ciertas necesidades de los pacientes. Planteamientos que nos conducen a construir un cuestionamiento decisivo: en una institución pública, las propuestas de intervención clínica se estructuran realmente con el fin de responder a las necesidades de los pacientes o con el fin de resolver las necesidades de la institución como unidad administrativa que da un --servicio al público.

Por otro lado, el trabajo que se está llevando a cabo en el hospital presenta algunos puntos por investigar, como el referente a los límites del contrato que se establece con la familia, también tiene algunos puntos en los que no hay claridad. Se dice que en el diagnóstico familiar se determina, por ejemplo, si es preferible que el niño se trate en terapia individual o grupal con otros niños, si es posible tratar a la madre en un grupo de orientación, etc. Lo que no se especifica es si ese grupo de niños, o en su caso, el grupo de orientación a madres se implementan en el mismo hospital o se los canaliza a otro lado.

CENTRO DE DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICA DE LOS PROBLEMAS
DEL DESARROLLO INFANTIL "DRA. LYDIA CORIAT".

- INTRODUCCION

La investigación clínica aunada a una tarea asistencial día a día llevaron a un equipo de personas especializadas - en la clínica infantil a confrontarse con los límites de su saber en el campo de la problemática mental del niño y su familia, situación que los colocó ante la necesidad de buscar otras alternativas, otros caminos.

Es por este esfuerzo que actualmente en el Centro de Diagnóstico y Terapéutica de los problemas del Desarrollo Infantil "Dra. Lydia Coriat", del cual vamos a hablar a continuación, se trabaja desde una perspectiva psicoanalítica.

Se trata pues de otra institución, esta vez de corte lacaniano, que entra a formar parte de nuestro proyecto de investigación sobre las instituciones psicoanalíticas que operan en la Argentina y que revisaremos en base al texto:

- JERUSALINSKY, A., et. al. Psicoanálisis en problemas del desarrollo infantil. Argentina, Ediciones Nueva Visión, 1988.



El Centro Dra. Lydia Corial es un centro que tiene una larga historia, historia que se inicia con el deseo de "hacer un bien", un bien médico, sí, introducir salud, justamente ahí donde hay un tipo de enfermedad que no se puede curar médicamente. Hasta ahora las neuronas no se curan, y se trataba de neurología en el deseo de curar. Esto necesariamente llevó a la institución a buscar respuestas fuera de la neurología. Algunos, que también buscan estas respuestas, suelen acabar en la perseveración reeducativa.

En el centro se pretende mirar del lado del psicoanálisis, lo que implica una ética, una ética que tiene que ver con el deseo de aquellos que los consultan. Sin embargo, dicen, no todo se puede dejar caer en esta inclinación. Por más que se caiga fuera de la neurología, fuera de la pedagogía como tal, en el sentido de transmitir conocimientos prehechos, de imponer patrones prefijados; la experiencia ha demostrado que hay un tránsito por algo que tiene que ver con lo real y que no desaparece. De ahí que no se hayan extinguido ni la neurología, ni la pedagogía en la práctica clínica del centro.

Hay un real irreductible que se impone y al que hay que atender. En la clínica de los problemas del desarrollo lo real tiende a aparecer como tal, impidiendo que la simbolización del destino del niño se mantenga. Y los terapeutas, arrastrados por la fuerza de este agujero, de este vacío que irrumpe, caen en la práctica de lo real, es decir, caen en



atender la demanda de los padres, tal cual se presenta en -
aparición, esa demanda de arreglar un cuerpo roto, abrien-
do con esto el espacio de la constante re-emergencia de lo
imposible. Anté la impotencia de curar, los terapéutas se -
lanzan en la omnipotencia del discurso científico-técnico, -
rellenando los agujeros de la cadena significante parental -
con un saber que pretende abarcar la falla del niño, recubrir
la con un nombre y en cierta medida resolverla, afirma Jerusalinsky.

Aquí, aquí es donde se hace necesario abrir una opera--
ción de otro tipo : un atravesamiento del acto clínico por -
una escucha psicoanalítica, lo que significa no colocarnos -
en el lugar del sujeto que sabe, sino en el punto en el que
este saber que nos es supuesto a nosotros, los terapéutas, en
realidad corresponde a un sujeto al que aún nada se le ha --
preguntado. Este es el sujeto del niño, que esta mucho más
en el discurso parental que albergado en el niño mismo y al
que se resisten a interrogar, desvían su pregunta hacia nues-
tro supuesto saber, hacia el discurso teórico.

En el centro se ha venido construyendo un campo clíni--
co específico de la transdisciplinariedad porque si bien se
cayó fuera de la neurología, no se aniquiló, si se cayó fue-
ra de la práctica puramente pedagógica, tampoco se aniquiló,
sino que se intenta, en un juego dialéctico y ante una escu-
cha analítica, otra síntesis, otro modo de ver las cosas.

De ahí que al llegar los padres, se les escucha desde -
dos lugares, se lee la doble presencia de una demanda que --

por un lado, solicita una reparación efectiva de aquello que está roto en el organismo del niño, lo que hace que no funcione, es decir, aquello que tiene que ver con lo real en su propio campo y que se opera desde las múltiples técnicas terapéuticas del caso : la neurología, la psicomotricidad, la kinesiología, la terapia del lenguaje, etc. Por otro lado, que tiene que ver con una escucha analítica, la demanda de que algo de su "deseo de hijo" en este bebé deformado que acaba de nacer pueda circular. Sí, porque cuando nace un niño con graves problemas de desarrollo, se torna inevitable en los padres un deseo inconsciente (a veces consciente) de la muerte del pequeño. El contraste entre el hijo esperado y el que acaba de nacer lleva a la madre a debatirse con el duelo de la pérdida del hijo imaginado y siente al recién llegado como un impostor o en el mejor de los casos, como un verdadero desconocido. La teoría conductista encuentra una brecha en este desencuentro y en el deseo parental de solucionarlo. Habla entonces de reconstruir los aspectos dañados de la función materna, a veces hasta de sustituirla parcial o totalmente mientras dura la crisis de la madre, siendo que la fragilidad del niño no admite muchas dilaciones y las consecuencias de un distanciamiento materno pueden ser graves, pueden incluso instalarse rasgos autistas si se prolongan por meses.

Por eso, en el centro nos preocupamos, dice Jerusalinsky, por la elaboración del duelo materno respecto al hijo imaginario que es sentido como muerto y por la adecuación de

la madre a las características especiales de este niño con - peculiaridades patológicas en los aspectos instrumentales. También la función paterna, cuya representación ante el niño es ejercida durante los primeros meses frecuentemente por el personaje materno, aparece afectada casi siempre por la suspensión de toda inscripción simbólica de este niño, además - del rechazo afectivo por parte del padre real. Esta es una fractura que abre el camino a una psicosis precoz sobreagregada al déficit orgánico.

Entonces, aplicar la estimulación por áreas, o dirigir tecnicismos a "armar" comportamientos como si fuesen rompecabezas, no sintonizan ni de lejos con las necesidades del - trío padre-madre-hijo.

Lejos de esto, en el centro, cuando llega un pequeño con una perturbación psicomotriz por ejemplo, se realiza un primer diagnóstico clínico neurológico y psicológico en base a una serie de entrevistas en donde se investiga y se observa las maneras en que la perturbación afecta al cuerpo del sujeto : cómo se mueve en el espacio, que reacciones tónicas y posturales se manifiestan en el juego, cómo se relaciona con los objetos, cómo se comunica en los niveles gestuales, tónicos, verbales, en fin, cómo este sujeto circula en la historia familiar, es decir, qué lugar ocupa la perturbación psicomotriz del niño dentro de la misma, cómo se relacionan con el cuerpo del niño en los hábitos diarios, cómo lo bañan, cómo lo tocan, cómo es su alimentación, quién la realiza. En

definitiva apuntamos a decifrar que imagen van construyendo los padres del cuerpo de su hijo.

En las entrevistas diagnósticas se producen una serie de situaciones, juegos de contacto, de actividad con el niño, de charla, de diálogo con él y con sus padres. En el tratamiento se trata de pensar al niño y a su cuerpo en construcción. Dentro del encuadre clínico psicomotriz se usa como técnica de acción la actividad espontánea y el juego. El eje es el cuerpo y sus producciones, y es a partir de ahí que se articula la transferencia, a partir del cuerpo y con el cuerpo en el movimiento, en sus reacciones tónicas, en objetos, en sonidos. Los pacientes que consultan para realizar una terapia psicomotriz presentan una perturbación en la imagen corporal, perturbaciones tónicas, perceptivas, motrices que van condicionando su vida de relación. Cuando llegan a la consulta tienen claro que van a jugar, a trabajar con el cuerpo. Ellos exclaman "vamos a hacer gimnasia", "vamos a enseñarme a moverme". Se ofrece un espacio, un tiempo, el cuerpo del terapeuta, situaciones que el niño ocupara con su hacer, con sus sonidos, lo que permite ubicarse en otro lugar simbólico, de juego, donde pueda construir, crear nuevos objetos-imágenes del cuerpo resignificando su discapacidad desde esta posición de sujeto deseante, dejando de ser el pequeño impedido, para pedir, demandar. Posibilitar que el niño y su familia ocupen una posición diferente, reencontrándose con el deseo de hacer, producir, decentrándose de la patología, cayendo lo real para que surja el sujeto.

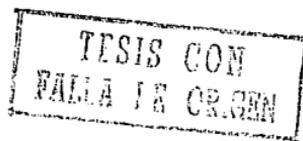
Más allá de toda disfunción corporal o dificultad de aprendizaje específica, en una consulta, dice Jerusalinsky, es fundamental escuchar la verdad del sujeto en cuestión, - la palabra emitida en el discurso del niño y los padres, verdad que en el niño se expresa en su juego, en su cuerpo, en su dibujo, en su decir y en los intercambios con el objeto de conocimiento. En el tratamiento psicopedagógico sabemos que la mítica y la fantasmática familiar marcan la construcción cognitiva del niño. Por eso en el trabajo con los padres se ofrece un espacio para que se escuchen, para que se encuentren con la palabra del niño y la propia.

Pero el abrir un espacio para el sujeto no implica la no propuesta, es esperar que el niño se manifieste y mientras tanto quedarse esperando de brazos cruzados. Respetar el tiempo del niño y su ser sujeto deseante no implica no ofrecer-ofrecerse para que circule su cuerpo, su palabra y su reflexión lógica; respetar su sistema no significa dejarlo que haga y meramente observar, sino participar activamente, analizando en el decir y hacer del niño su lógica para saber que situación nueva propiciar. Seguir sus hipótesis y encauzar la reformulación de las mismas a partir de diferentes situaciones a plantear, es decir, ya en la resolución de situaciones problemáticas a resolver, en la transferencia, rotar de un lugar de escucha al de contraargumentación. Ante las construcciones cognoscitivas del niño tratar de verificar la solidez de sus argumentos, la fuerza de sus hipótesis o plan

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

tear situaciones de conflicto cognoscitivo que lo lleven a reformular su sistema de comprensión. Sin embargo, si bien es cierto que el discurso es escuchado, no se puntúa como lo haría un analista en un tratamiento psicoanalítico. Manejar las transferencias permite saber como situarse, como colocar se, como abrir nuevos espacios, que callar, que decir, pero teniendo claro que el objetivo es ayudar al niño a que logre desde el abordaje psicomotor un manejo más adecuado del cuerpo para sí, o desde el abordaje psicopedagógico ofrecerle la posibilidad de que se constituya en un sujeto de aprendizaje más autónomo, menos perturbado. En ese sentido, en los abordajes hay propuestas específicas y concretas a veces al niño. Si bien se trata de una práctica sostenida por una reflexión psicoanalítica, no es psicoanálisis. Se trata de una situación de enseñanza-aprendizaje en donde no se tienen las certezas-técnicas anticipadas, en donde los pasos están prefijsados por una planificación estructurada, sea esta psicopedagógica o psicomotriz, lo cual es muy difícil, es estar en función de las alternativas que se suscitan en el intercambio con el niño, en función de sus acciones y verbalizaciones en cada momento.

Lo mismo ocurre en el abordaje de la problemática del lenguaje en el niño con deficiencia mental. Si bien se trata de comunicarle al niño que lo que se busca es que él aprenda a hablar, no se cierra el campo de su propia búsqueda para que pueda decir lo que él quiera y no lo que el terapeuta



quiera. La pregunta guía es : ¿qué quiere este niño?. Se — le acompaña en el proceso poniendole palabras a esos lugares vacíos de ellas.

El trabajo con los padres esta dirigido a tratar de desarticular los factores que desde el orden simbólico obturan el proceso de adquisición del lenguaje.

Por el lado de los trastornos de la actitud neurofisiológica, muy frecuentemente acompañan a la deficiencia mental alteraciones en la comprensión y en la elocución. Aquí se — trabaja por un lado, en el sentido de facilitar la evocación de las partículas verbales de la palabra y de la frase en el trabajo de análisis y síntesis verbal desde lo auditivo y — con un importante apoyo visual (material concreto y gráfico). Por otro lado se implementa el trabajo fonarticulatorio que se realiza a partir del desarrollo de la imagen visual-auditiva de los puntos de articulación.

El gran secreto del Centro Dra. Lydia Coriat es tratar a los chiquitos como si fuesen niños normales, aún a los — chiquitos mongólicos. Se trata de que los padres se relacionen y actúen con su niño de la misma manera en que lo harían si no fuera mongólico. Un bebé mongólico simplemente necesita lo mismo que un bebé normal. Las madres de estos pequeños nunca lo dejan saltar solos "pobrecitos", dicen, "no sabe y se puede caer", "ya va a tener tantas desventajas en la vida que, por lo menos, evitémosle los sufrimientos que su — mamá le puede evitar".

¿ Acaso la trisomía del cromosoma 21 trae aparejada --
consigo, inscripta en los genes fallidos, la imposibilidad
de encontrarnos con un sujeto movido por su deseo propio?

Nosotros, afirma Elsa Coriat, una terapeuta del centro,
les ofrecemos la posibilidad de acceder a la condición de su
jetos de su propio deseo. Desde la clínica he visto a chi--
quitos mongólicos florecer como plantitas reverdecidas al en
contrar las palabras adecuadas con que regarlos. A veces --
eran palabras que atravesaban a los padres, a veces eran pa-
labras que transformaban directamente al niño.

- CONCLUSIONES

Es claro que gracias a una orientación psicoanalítica - los niños que acuden a este centro en busca de ayuda, en verdad han sido escuchados y han podido florecer a partir de un deseo propio. Sin embargo hay puntos que no quedan del todo - claros.

En el centro se maneja una perspectiva psicoanalítica - aún cuando lo compongan neuropediatras, terapéutas del lenguaje, psicomotricistas, etc. Lo que no sabemos es cómo éstos - neuropediatras y demás especialistas se han formado en una orientación psicoanalítica, ¿en la institución se ha abierto alguna posibilidad para ello?, tampoco sabemos si estos especialistas requieren de un análisis propio para llevar a cabo su labor, pues parece ser que el neuropediatra también realiza un trabajo psicoanalítico.

Tenemos algunas dificultades para comprender ciertos aspectos de la dinámica del tratamiento. En principio no se - deja claro quien recibe al niño, ¿hay alguien que canaliza - al niño al neuropediatra o psicomotricista según sus necesidades?, o son los padres quienes llegan con la demanda específica de ver al neuropediatra por ejemplo.

Parece ser que cuando el terapeuta se hace cargo de un - caso, se hace responsable también de los dos planos de la demanda de los padres, esto es, el que tiene que ver con lo -- real y el que implica una escucha psicoanalítica. Este repre

senta un gran problema para nosotros porque como pensar que un terapeuta puede marcar la distancia entre un plano y otro, ¿cuál es la diferencia?, ¿qué se hace en el trabajo que no es ta recortado por el psicoanálisis?

En la terapéutica del lenguaje se dice por ejemplo que - por el lado de los trastornos de la actividad neurofisiológica se trabaja en el sentido de facilitar la evocación de las partículas verbales de la palabra y de la frase en un trabajo de análisis y síntesis verbal desde lo auditivo y con apoyo - visual de material concreto y gráfico, ¿qué hace el terapeuta en este plano con la actividad psíquica del niño?, ¿cómo se trabaja aquí la transferencia?, ¿cuál sería la diferencia, a nivel transferencia, entre éste plano y el que tiene que ver con la escucha analítica?, ¿o es que acaso hay alguna manera de no trabajar la transferencia desde una mirada psicoanalítica?

Se dice que la práctica terapéutica en este centro esta sostenida en una reflexión psicoanalítica pero que no es -- psicoanálisis, y yo me pregunto entonces cuáles son los fundamentos que permiten sostener a esta "reflexión" como psicoanalítica.

Definitivamente esta propuesta de intervención clínica, lejos de proporcionar alguna alternativa a nuestras propias inquietudes nos plantea otros interrogantes a analizar.

HOSPITAL GENERAL DE BUENOS AIRES
SERVICIO DE PSICOPATOLOGIA

- INTRODUCCION

Mucho se ha dicho en los últimos años sobre el psicoanálisis como instrumento del status quo y como terapia disponible para una élite. La experiencia que se llevó a cabo en el servicio de psicopatología de un Hospital General de Buenos Aires, aún cuando no fué concluida, intenté poner al psicoanálisis al servicio de la salud mental de la clase obrera.

El trabajo fué posible gracias a cambios políticos en el país, que dieron nueva vida a los Centros de Salud Mental y a los Servicios Hospitalarios de Psicopatología. Se buscaba afanosamente atender las verdaderas urgencias de los pacientes, y responder simultáneamente a las necesidades de formación de los terapeutas jóvenes, fueran ellos psiquiatras o psicólogos.

Un trabajo que en principio contempla varios aspectos que inmediatamente enfocan nuestro interés. Se habla del psicoanálisis al servicio de la clase obrera, es decir, al servicio de personas de bajos recursos, lo cual me hace pensar en los pacientes que acuden a nuestra clínica de salud integral en la ENEP Iztacala. En un segundo momento se habla de las necesidades de formación de los terapeutas jóvenes. Parece ser que el servicio que se brinda en este hospital mantiene ciertas semejanzas en algunos puntos con el servicio que se brinda en nuestra clínica. Quizá anali-

zando la forma en cómo se ha implementado esta labor podemos encontrar alguna respuesta a nuestras inquietudes.

Esta institución se revisó a través de los datos que se obtuvieron en :

- LANGER, M.; SINIEGO, A; ULLOA, F. Psicoterapia psicoanalítica grupal en instituciones. Memorias de la VI Semana Psiquiátrica del Norte, Monterrey. Sociedad Psiquiátrica de Monterrey, México, 1977.

En el Hospital General de una población suburbana, la de más alta densidad de la ciudad de Buenos Aires, se estructuró un servicio de psicopatología. El cuerpo de la clínica estaba constituido por profesionales voluntarios, llegaron a ser 40 personas que daban asistencia a cambio de formación, únicamente había 2 profesionales rentados. El mayor porcentaje de estos profesionales eran psiquiatras y psicólogos jóvenes, pero también había otros con mucha experiencia.

Esta labor fué posible gracias al apoyo decidido de la jefa del servicio, la Dra. Silvia Berman, quien sin ser psicoanalista, colaboraba y facilitaba la tarea con todos los medios a su alcance. Los pacientes provenían del barrio obrero, algunos vivían en casas de material, otros en casas precarias. Los hombres, de extracción obrera o pequeños comerciantes, las mujeres, amas de casa, en su mayoría casadas con obreros. El más alto porcentaje de ellos habían abandonado los estudios durante el primer año escolar, algunos otros lo hicieron durante los estudios secundarios.

Algunos llegaban al servicio para resolver conflictos o crisis actuales, solían quedarse poco tiempo en terapia y no se pretendía lograr modificaciones importantes. Había quienes eran derivados por otros servicios, como ginecología, neurología, etc. Los que llegaban directamente al servicio argumentaban sufrir de los nervios.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La técnica que se utilizaba: psicoanálisis aplicado a la situación terapéutica grupal. Los grupos, generalmente - abiertos, se reunían una vez por semana durante una hora. Aunque se interpretaba poco en transferencia, no se dejaba de hacer, se enfatizaba la problemática actual sin por eso - prescindir de la historia de cada integrante, excepcional-- mente se recurría a una breve dramatización de alguna esce-- na traumática del paciente para que pudiera unir mejor su - pensar, comprender y sentir.

Aunque generalmente las intervenciones fuesen interpre-- tativas, con algunos pacientes no era factible prescindir del todo de una medicación. Había en cada equipo un inte-- grante a cargo de ésta, medicaba en la medida estrictamente necesaria y discutida con el paciente, quien recurría gene-- ralmente al psiquiatra una vez terminada la sesión grupal. La asistencia al grupo de un profesional, también experto - en esta tarea, permitía una administración mínima y adecua-- da de los psicofármacos.

No se explicaba a los pacientes que el trabajo no reci-- bía remuneración económica. Para ellos, eran médicos y psi-- cólogos del hospital, cuyo pago a nadie se le ocurrió poner en duda. Y no se aclaraba para evitar que se sintieran aten-- didos por filantropía, idealizando y frenando por eso la transferencia negativa.

Comprobamos una vez más, dicen M. Langer, A. Siniego y F. Ulloa, que una terapia analítica es perfectamente opera--

tiva aunque el paciente no pague por su atención.

No se atendían en los grupos a psicóticos graves ya que el servicio carecía de internación, tampoco se aceptaban los traídos por familiares en crisis agudas con peligro --- de suicidio. Se rechazaban hipocondriacos u otros cuadros de aislamiento narcisístico tan grave que no pudiera esperar se que llegaran a interactuar positivamente con los demás integrantes.

Los equipos de coterapia grupal estaban formados por - dos terapeutas con amplia experiencia, de preferencia mujer, y hombre, dos o tres jóvenes de menor o ninguna experiencia, juntos coordinaban un grupo de diez o doce pacientes.

Era necesario que los terapeutas jóvenes hubieran terminado o estuvieran en análisis individual o grupal. Tratando de garantizar siempre que la coterapia tuviera el mínimo posible de conflictos que desde la transferencia mutua obstaculizaran la comunicación dentro del equipo.

Se explicitaba ante los pacientes la diferencia en la - formación teórico y experiencia clínica de los miembros del equipo, lo que aliviaba la angustia de los jóvenes y evitaba la presencia de un secreto que dificultaría grandemente la tarea.

En cuanto al grado y nivel de participación, se iba -- dando de acuerdo a las posibilidades interaccionales de cada coterapeuta. La línea de trabajo planteo un no rotundo -- al observador silencioso.

Los jóvenes obtenían la formación complementaria en el Centro de Docencia e investigación en la coordinadora de -- trabajadores de Salud Mental. Formación teórica constituida por seminarios de distintos niveles de complejidad que se iban alcanzando paulatinamente.

Este Centro de docencia e investigación recibía el -- apoyo de los jóvenes terapeutas y de los viejos esclarecidos que habían abandonado la Institución Psicoanalítica Argentina, rompiendo el elitismo del psicoanálisis y democratizando su enseñanza.

En lo que respecta a la tarea clínica en la institución hospitalaria existía el complemento indispensable inherente a toda práctica psicoanalítica ; la supervisión. Se llevaba a cabo en el seno de nuestro grupo de reflexión, dicen, Langer, Siniego y Ulloa, coordinado por dos de nosotros.

Este modelo de capacitación entre terapeutas de diferentes caudales de conocimiento hacía sumar los esfuerzos -- en una tarea no encaminada a la conquista y mantenimiento del poder y liderazgo (saber es poder) creando reales --- condiciones de aprendizaje solidario.

Algunos de los pacientes que integraron estos grupos terapéuticos fueron:

Elena, casada con un ex paracaidista que debido a un --

accidente tuvo que colocarse como empleado gráfico. Llega -- por estado depresivo de ansiedad. Durante meses se limita a quejarse de su esposo porque tenía una amante y se des-- preocupaba de ella y de los hijos . Costo tiempo hasta que Elena pudiera mostrar los autoreproches que se escondían -- detrás de esta acusación y confesar en el grupo que ella -- también tenía un amante.

Gracias a la reacción comprensiva y no moralista de -- los demas, como a las interpretaciones de los terapeutas pu do recién centrarse en su problemática real: le era imposi-- ble separarse de su esposo pues su amante estaba casado y -- no dispuesto a un divorcio y ella no podía mantenerse sola y menos aún, mantener a sus hijos. No sabemos cual fué su salida ulterior, pero empezó a trabajar antes que terminara el grupo. De todos modos la terapia le sirvió para trans-- formar un problema ficticio y por eso enfermante, en otro real.

Ramiro, obrero metalúrgico, enviado por neurología con un diagnóstico de simulador, arrastraba una pierna, 40 años, hombrecito vencido, abandonado por su mujer e hijos. Muy callado pero estallaba de golpe con suma violencia. No podía encontrar trabajo. No se le pudo ayudar, necesitaba -- soluciones inmediatas y no con palabras.

Juan, lindo muchacho de unos 25 años, pobre, aunque -- tenía parientes adinerados en España. Estaba casado con -- una muchacha ambiciosa que se atendía en otro grupo.

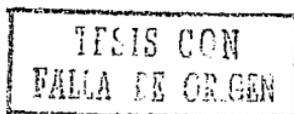
Había entrado en la policía, renunció cuando quisieron usarlo para matar pequeños ladrones y después como provocador en una manifestación obrera. Se mantuvo entonces como electricista.

Se le ofrecía el reingreso a la policía en donde podía encontrar los medios para que su mujer saliera del barrio obrero, de la casita precaria para disponer entonces de baño propio y cocina, si se decidía, ella lo amaría mucho.

Se discutió esto durante toda una sesión, se analizó entre todos que era ser policía. Juan no dijo nada al final, pero ya no defendía su proyecto. Recien en sesiones posteriores el grupo se enteró de que había renunciado.

Lo que se pretendía en este trabajo terapéutico era que los pacientes lograsen discriminar y asumir la propia responsabilidad en el conflicto, con su familia y en su sociedad. Aparte de la mejora sintomática se les ayudaba a perder o disminuir por lo menos prejuicios sexuales y sociales, a adquirir conciencia y una visión diferente de sí mismos y del mundo, a comprender como habían sido condicionados para ocupar el lugar que la sociedad les adjudicaba, con lo cual se les ayudaba a tomar decisiones, encontrando en un clima solidario, una salida a su situación.

En oposición a aquellos que niegan que la clase obrera no puede ser tratada psicomulíticamente, ya que les falta nivel de abstracción y de simbolización, en este experiencia se pudo comprobar una gran accesibilidad y permeabi



lidad a las interpretaciones. Estaban mucho menos defendidos por racionalizaciones e intelectualizaciones que los pacientes de consultorio privado.

Esta experiencia no pudo ser repetida tal cual en otro lugar y momento.

- CONCLUSIONES

Creo que tenemos elementos suficientes como para poder afirmar que los factores que permitieron el establecimiento de un trabajo psicoanalítico en este hospital, fueron factores que sólo pudieron presentarse en una época y en un lugar determinado, y en ese sentido la experiencia no pudo ser repetida tal cual una segunda vez.

Si la labor pudo llevarse a cabo fué debido a condiciones muy especiales, principalmente y como los autores mismos subrayan, a condiciones políticas y económicas por las que en ese momento atravesaba el país, además se buscaba responder a las necesidades de formación de los psiquiatras y psicólogos jóvenes. Tal parece que las circunstancias se conjugaron de tal manera que la experiencia se llevó a cabo bajo circunstancias muy favorables. Había en el hospital psicólogos o psicoanalistas experimentados que brindaban sus servicios de manera voluntaria sin percibir remuneración alguna, aunque bueno, habría que preguntarse si realmente un psicoanalista o simplemente cualquier especialista va a brindar su trabajo sin recibir nada a cambio. Tal vez sus servicios dependían del Centro de Investigaciones o estaban respondiendo a una práctica de formación específica de los estudiantes.

Por otro lado, no sabemos como se estructuró el equipo, si los autores de este reporte eran los únicos psicoanalistas y sobre la formación de los estudiantes quedan muchos inte-

rrogantes. Sabemos que cubrían sus estudios en el Centro de - Docencia e Investigación, lo que no sabemos es si tenían que ir al servicio de Psicoprofilaxis a realizar sus prácticas, o por el contrario no había conexión alguna entre ambas insti tuciones y eran los estudiantes quienes solicitaban un espa-- cio de trabajo en el hospital. En cuanto al análisis perso-- nal de estos jóvenes tampoco tenemos mucha claridad porque -- no se dice si en alguna de las instituciones a las que ellos acudían podían cubrir este aspecto de su formación, o bien te-- nían que buscarla por fuera.

Nos hizo falta toda la información referente a los posi-- bles vínculos entre el Centro y el Hospital, y junto con ello sobre circunstancias muy particulares como por ejemplo que -- ocurría durante los periodos vacacionales del Centro, si los psicólogos dejaban de asistir al hospital o en otras pala-- bras, si cortaban las sesiones con sus pacientes, etc.

GRUPOS BALINT
- INTRODUCCION

Los grupos Balint representan el esfuerzo de profesionales de diversas disciplinas conexas en el área médico-psicológica, que creyeron en los preceptos psicoanalíticos como una fructífera alternativa ante las posibilidades brindadas por la medicina psicosomática.

Los grupos Balint están en gran parte ligados a la historia y desenvolvimiento de las ideas sustentadas por M. - Balint, ideas que han pasado inexorablemente por la evolución de la medicina teórica y de la praxis médica y psicoanalítica en la Argentina en los últimos 20 años. Pero que ahora se tornan interesantes para nosotros, porque el trabajo que se lleva a cabo en estos grupos está encaminado a la formación de médicos desde una mirada psicoanalítica, y uno de los ejes de nuestra investigación lo constituye precisamente la formación. Sólo que aquí se trata de un espacio médico, y allí reside gran parte de nuestro interés: en la posibilidad de abrir una escucha analítica en un espacio, donde está en juego lo orgánico, la propia existencia, la vida y la muerte. Inquietudes que nos impulsan al análisis de esta labor, lo cual se llevó a cabo a partir del texto;

- LUCHINA, I. El grupo Balint. Hacia un modelo clínico-situacional. Paidós. Grupos e instituciones. Argentina, 1982.

Aproximadamente hace 20 años comenzaron a funcionar en Buenos Aires, grupos de médicos coordinados por psicoanalistas, en los que se planteaban historias de pacientes y se discutían los fenómenos psicológicos y sociales que influían en la evolución de la enfermedad, así como también en el médico.

Grupos que fueron iniciados en Londres por Michel Balint, psicoanalista, durante la posguerra, en la clínica psiquiátrica Tavistock, creada en 1920 para pacientes externos, dentro del programa del Servicio Nacional de Salud de Gran Bretaña. Se llamaron seminarios de entrenamiento y se conducían según el problema que se presentaba.

En 1950 comenzaron los "seminarios de discusión grupal - sobre los problemas psicológicos de la práctica médica general", y con ellos, un nuevo enfoque de los seminarios médicos, centralizando el interés no ya en la técnica, sino en los aspectos psicosociales del paciente, del médico y de la relación. De esta experiencia surgieron las primeras publicaciones sobre el entrenamiento psicoanalítico del médico general. Cuando M. Balint se retira de la Tavistock, en 1961, siguieron en ésta los seminarios para médicos generales y profesionales afines. Desde mediados de la década del 50 se fueron desarrollando seminarios con la técnica de Balint, primero en distintos países de Europa y luego en América, África, Australia y Nueva Zelanda.

En 1970, ya muerto Balint, se funda la sociedad Balint

en Inglaterra, que edita el Journal of the Balint Society. - Se siguen las sociedades de Francia, Bélgica, Alemania, etc.

En Buenos Aires los doctores M. Langer, L. Bleger e I. Luchina fueron los primeros en organizar grupos médicos, entre los años 1959 y 61. La Dra. Langer organizó un grupo en contexto privado y la Dra. Bleger al igual que el Dr. Luchina trabajaron con médicos en instituciones.

El Dr. Luchina coordinó un grupo de 7 médicos. Se reunían una vez por semana, durante una hora y media, y ellos abonaban los honorarios del coordinador. Se presentaban los historiales clínicos con las vivencias que el médico tenía, se aprendía a introducir los aspectos contratransferenciales, como elementos importantes en el encuadre de cada caso. Después de casi ocho años (en 1969), ese grupo base decide finalizar como grupo de terapia de la tarea e institucionalizarse en un grupo de estudio e investigación de la relación médico-paciente al que se lo llamó Grupo de Estudio sobre perspectiva Médica (GEMEM).

Por invitación de la Asociación de las Facultades de Medicina de la República Argentina, GEMEM coordinó seminarios de Relación Médico-Paciente de corta duración e intensivos (ocho horas diarias durante 3 días) dedicados a profesores de medicina y médicos de la carrera docente.

En 1978, GEMEM es nombrado representante en Argentina de la Federación Balint Internacional.

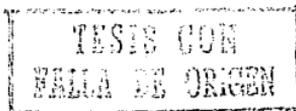
En la actualidad GEPME ha dejado de utilizar los consultorios de los profesionales para pasar a una sede propia que pretende albergar todas las inquietudes relacionadas con el tema y sistematizar sus posibilidades de enseñanza incluido un tema muy debatido en las sociedades Balint del mundo como es la formación de coordinadores de grupos Balint.

Los integrantes de un grupo Balint, cualesquiera que sean los motivos manifiestos que los hayan acercado a esta tarea, van incluyendo poco a poco a través del análisis de sus intervenciones médicas el análisis de sus prejuicios, preconceptos e ideologías puestos en juego en los hechos médicos.

A través del grupo es obvio que puede ayudarse al médico a realizar diagnósticos situacionales de sus pacientes¹, tarea que se realiza en forma simultánea con la del coordinador, que va efectuando diagnósticos situacionales del grupo y de cada uno de los integrantes, es decir, las preguntas clave son : ¿ qué esta pasando con el paciente, con sus síntomas, con su tratamiento, con la familia y con el médico mismo.

El análisis situacional de situaciones médicas practica

1 El concepto de situación que manejan estos autores refiere a un todo unificado, que comprende el sistema de atención (privado, semiprivado o institucional) que condiciona las circunstancias de intervención del médico (fijación de honorarios, de horarios, locales de atención, etc.). Y estos aspectos a los que se puede denominar encuadre médico esta también precondicionado por la situación del sujeto enfermo que supone el contexto de la familia, sus condiciones económicas, etc.



do en cada miembro del grupo significa estudiar y enseñar una teoría de la práctica médica. Es difícil precisar lo pedagógico y lo terapéutico de estos procesos, creemos, dice I. Luchina, que la dimensión procesal terapéutica es condición esencial de lo pedagógico, pues sin estos develamientos y cuestionamientos del médico, es difícil que este pueda aplicar criteriosamente todas las inherencias, vicisitudes y posibilidades que el campo le ofrece.

En los grupos Balint se lleva a cabo un análisis de los deseos inconscientes del médico, operativizados en el "hecho médico", a través del análisis de las actitudes y de los deseos contratransferenciales que éste exterioriza en el grupo. Puede alertar al médico el señalarle sus actitudes contratransferenciales pero éste ante el señalamiento, puede tener diferentes respuestas: apelar por ejemplo a sus fuerza de voluntad o lo que es lo mismo a fingir o reprimir, lo que es más común a "olvidarse" y sin embargo reiterar sus conductas. Este dilema para el médico sobreviene por lo general después de un periodo variable de análisis de casos, en el cual se marca la reiteración de las situaciones contratransferenciales. Allí es donde comienza el momento de señalar la reiteración y buscar el por qué de la misma.

Así que más que ampliar el número de casos analizados en el grupo, importa marcar la reiteración de criterios y conductas médicas que operan en diferentes casos, y que se

explican al decifrarse en la profundidad de la compulsión a la repetición que da cuenta de una identificación que resig-nifica y evidencia el código operante.

Las conductas descifradas aparecen muchas veces para el médico como ilógicas y al servicio de fuerzas motivadoras -- "vocacionales". Si la irracionalidad de estas fuerzas no es admitida por el médico protagonista, el grupo sirve de excelente cotejo y se produce una dinámica donde el grupo y el coordinador, con posición crítica, diseccionan las conductas señaladas al par que las denuncian, todo esto en el campo médico, lo cual, lleva al médico protagonista a oponerse tenazmente, buscando razón a la sinrazón o a buscar algún tipo de elaboración, incluso apelando a la voluntad para oponerse al automatismo de sus deseos, o si no a tener que procesar lo que está ya expuesto y develado para él, pero que le representa profundas heridas narcisísticas. Esto puede significar también el abandono del grupo, expresión máxima de resistencia al cambio, lo cual es poco habitual. Claro que la simple enunciación comprensiva de sus casos no alcanza al médico para el cambio; lo alerta, le abre cañales, pero caminos obturados que deben desobturarse con interpretaciones adecuadas que exigen y condicionan una dinámica grupal ad hoc y que marcan todo un trabajo de elaboración grupal secundaria a algunos develamientos contratransferenciales clave.

Este proceso además de tener un gran valor para entender cómo se asume el médico en la asistencia, le permite to-

mar insight a través de sus involucraciones médicas, de muchas de sus principales defensas y fantasías usadas en su vida, lo cual amplía el radio psicoterapéutico de las expectativas y posibilidades del grupo Balint.

Todas estas acciones pueden ser facilitadas por el coordinador del grupo Balint, pero su formación no puede ser homologable a la de un analista de una situación analítica ni tampoco a la de un psicoterapeuta del grupo. La multiplicidad de sus funciones, que se puede resumir en el de un "análisis situacional de hechos médicos" o en el "análisis situacional de situaciones médicas" incluye como fundamental una perspectiva : incluir situacionalmente la correlación evolutiva totalizadora (cuerpo-mente-mundo) de los síntomas de cualquier estirpe, aún los catalogados de orgánicos.

Este análisis situacional descifra dos códigos paralelos, el de médico y el de paciente y conectando esto con los desarrollos de la enfermedad y de los síntomas, se tiene delante la historia viva del significado de esa "relación terapéutica". Al lado del desciframiento biológico de la enfermedad y de su evolución, se tiene la concomitancia de las articulaciones de las relaciones terapéuticas lo que da un sentido muy "sui generis" y otra perspectiva a lo que es curar, da al acto médico una diferente repercusión terapéutica, pues el médico así entrenado tiene muchos más elementos de evaluación diagnóstica, pronóstica y terapéutica frente al hecho -escueto del síntoma.

Los encuadres médicos no pueden, por el tipo de praxis médica, homologarse a los encuadres analíticos. Se puede - plantear que respetando elementos básicos de la teoría psicoanalítica (básicamente el concepto de inconsciente y el de - transferencia) se puede tratar de extraer una teoría adecuada desde adentro del campo del ejercicio profesional médico. Se evita así el peligro de traspolar un esquema referencial que esta condicionado por una clínica ad hoc que opera dentro del encuadre analítico. La aptitud de poder diferenciar claramente " el campo dinámico de la relación médico-paciente" de los encuadres analíticos (diferentes observadores, técnicas y basicamente diferencias entre objetivos médicos y psicoanalíticos) y reconocer los alcances psicológicos y técnico-técnicos de cada uno, resulta básica.

El producto terminal de estos grupos, o sea el médico que terminó el grupo puede completar su formación, si lo desea, con lecturas, discusión de casos, seminarios ad hoc, - control de casos, y aún si es necesario incorporarse a nuevos grupos, si es que quiere que su nueva práctica se consolide y no se diluya.

Finalmente se describe el análisis de un caso, realizado en un grupo Balint coordinado por la Dra. S. Slullitel.

El caso fué traído por un médico especializado en infecciosas. El paciente tenía 45 años, al presentarse saca un sobre que contiene la larga historia de sus padecimientos, medi

camexotos, análisis, estudios y nombres de médicos consultados. El primer médico le había diagnosticado prostatitis. Se omite la larga enumeración en lo que era un experto en medicaciones y enfermedades.

Había tenido relaciones extramaritales y estaba asustado por su impotencia a posteriori en sus relaciones conyugales; la mujer había necesitado asistencia psiquiátrica. El grupo registra que deposita omnípotentemente la confianza en un médico ("usted me va a curar doctor") y luego se la retira y cuestiona abiertamente o encubiertamente los diagnósticos. El médico que lo atiende le escucha con interés y parecía haber logrado tranquilizarlo, pero el grupo se plantea la posibilidad de una contención mayor, aunque la pregunta es, ¿ y por cuanto tiempo?.

El cardiólogo expresa su intolerancia frente a un paciente de este tipo ("yo le escaparía", "me lo encaria de en cima"). Hay preocupación y pesar por un paciente obviamente difícil, hiponcondriaco y con un porvenir sombrío. Al poco tiempo aparece en el hospital; en el interín había consultado a otros especialistas, cuya opinión busca y descalifica al mismo tiempo. El médico se siente invalido, no le puede poner límites. El grupo pasa de la compasión y la inquietud al rechazo y al fastidio.

Paralelamente con este ambular infructuoso del paciente el médico intensifica su demanda y quejas a la coordinación, por falta de información psicopatológica, tenía estar

"tragándose algo gordo". Era llamativa la incidencia culpogena del paciente, porque el médico no dejó de percibir desde el comienzo la severidad de su hipocondría. Todos coincidían en la necesidad de que se tratara psiquiátricamente, pero el paciente lo había rehusado después de una breve experiencia, alegando razones económicas.

El caso estuvo largamente presente en el grupo a través del médico tratante. Se culpa y culpa al coordinador por la falta de información y de recursos; la queja es absurda, teme la posibilidad de no estar haciendo lo que corresponde - por el paciente, considera acudir a estratagemas como inventarle enfermedades para aplacarlo, se queja de no saber cómo y a quien derivarlo. El grupo repetía la misma desconfianza básica.

La coordinación señala que el grupo intensifica sus demandas, busca índices diagnósticos, y mayores conocimientos, es para evitar el stress emocional y la vivencia de una relación médico-paciente de este tipo. El conocimiento es buscado como escudo protector, por la ansiedad, culpa y amargura impotente que el paciente induce. El grupo corre el mismo riesgo del paciente de caer en una demanda voraz y aniquiladora.

El grupo entendió por sus propias vivencias -que pasaron de la preocupación al fastidio y la sensación de invasión- que se trataba de un paciente aparentemente entregado, pero con una intensa hostilidad subyacente, que tendía masoquísticamente a demostrar a los médicos cómo fracasaban y a en-

frentarlos entre ellos.

El médico entendió también, en un momento, por qué este paciente le dolía tanto a él. Como persona era su contrapartida; era visitador médico (se podía pensar en una vocación médica frustrada) de aproximadamente igual edad y con fracasos en la vida personal. La realización y plenitud de uno podía asociarse con despojo y privación del otro, como si para el inconsciente fuese un hermano desvalido y despojado (análisis de contratransferencia).

El paciente comete un intento de suicidio, visita nuevamente al médico y le dice que necesita matarse porque por su enfermedad es un inútil y una carga para la familia; sostenía padecer una artitris de rodilla de etiología gonocócica. El médico que ya había discriminado la situación, decide recetarle el antibiótico que tanto pedía -aunque no necesitaba- pero ya desde una perspectiva interna distinta; acompañarlo sin dejarse invadir como cuando quedo sometido, rabioso y paralizado antes de haber analizado la situación en el grupo.

Lo que se hizo evidente es que la búsqueda de mayor conocimiento era, en gran parte, protección frente a involucrarse con pacientes que inducen a la desesperanza; por eso intentan desligarse, etiquetándolos y derivándolos.

Se abordó el tema de las derivaciones. Se entendió que más que cometer errores por no derivarlo o retenerlo, el grupo puede cometer errores por derivarlo precipitadamente, desligándose de él. El paciente que deposita su confianza en

el médico, necesita un tiempo de ablande para desprenderse de él y asimilar una indicación que viniendo de su médico - puede tener valor persuasivo.

- CONCLUSIONES

Parece ser que el campo de acción de los Grupos Balint son los médicos hospitalarios, sin embargo como no tenemos referencia de una institución específica donde éstos grupos hayan trabajado no podemos analizar cuales son los factores que permiten la implementación de esta práctica en una institución. Además, antes de seguir analizando esta propuesta de intervención tenemos que dejar muy en claro la premisa de la cual parten estos grupos: extraer una teoría adecuada desde adentro del campo del ejercicio profesional médico, es decir, el trabajo que se lleva a cabo en los Grupos Balint no trata de ninguna manera de traspolar el esquema referencial del encuadre analítico.

De manera que en esta ocasión el protagonista de la propuesta de intervención no es el psicoanálisis como tal, no es el encuadre psicoanalítico, son sólo algunos elementos de -- aquel, que sin embargo le han permitido al médico tener una -- visión diferente ante la problemática que el paciente trae a su consultorio, es decir, tal vez en ciertos espacios los -- encuadres psicoanalíticos no puedan manejarse en su sentido ortodoxo, pero al jugarse ciertos elementos, como el inconsciente y la transferencia, conllevan ya una posibilidad de elaborar desde un enfoque diferente, desde una mirada psicodinámica los problemas que se presentan entre el médico y su paciente.

Esta forma de trabajo nos muestra un horizonte hasta -- hace poco desconocido para nosotros, porque el poder imaginar siquiera que el pensamiento psicoanalítico pueda intervenir en aquella relación tan acartonada entre médico y paciente, en donde lo único que se quiere ver que circula es aquello relacionado con lo orgánico, con lo mecánico, resulta de entrada inusitado y también muy prometedor.

En los Grupos Balint si existe una preocupación por el análisis de los deseos inconscientes del médico, por todo -- aquello que el paciente moviliza en él, sin embargo, parece ser que el médico concluye su formación en este nuevo enfoque con su única participación en los Grupos Balint, es decir, no se habla de una formación teórica, se mencionan sí lecturas, discusión de casos pero siempre y cuando el médico los desee tomar, ¿ podrá respaldar este tipo de formación un trabajo -- clínico con una "mirada" psicoanalítica ?.

Finalmente diremos que si no es posible discutirlo en -- este momento, por no tener aún los elementos suficientes, tenemos que puntualizar sin embargo, que quizá las tesis que se manejan en esta propuesta pueden sernos de suma utilidad al -- analizar nuestra segunda línea de trabajo que tiene que ver -- con la estructura administrativa de la institución pública y su ingerencia en la dinámica del tratamiento clínico psicoanalítico.

**4. INSTITUCIONES PSICOANALITICAS
EN URUGUAY**

HOSPITAL PERREIRA ROSELL

- INTRODUCCION

La psicoprofilaxis quirúrgica, y especialmente aquella técnica que se ha alimentado del psicoanálisis, constituye actualmente una respuesta muy importante ante esos ataques agresivos, ante esos atentados a la integridad del cuerpo - como son vividos los actos quirúrgicos, esos acontecimientos que irrumpen en la vida cotidiana del niño como un hecho des conocido, con un aflujo de fantasías, defensas y ansiedades vividas persecutoriamente.

Una experiencia psicoanalítica de esta índole se esta viviendo o al menos lo estaba en junio de 1988, en la clínica de psiquiatría infantil y de la adolescencia del Hospital Perreira Rosell, en Montevideo, Uruguay.

Esta labor psicoterapéutica a cargo del equipo de psicoprofilaxis quirúrgica tiene sus bases en los trabajos de A. Aberastury, A. Merea, E. Plank y M. Pekel.

Con el mayor propósito de encor

La información sobre esta institución fué obtenida en:

- MEDICI de Steiner, C. y col. "Psicoprofilaxis quirúrgica en niños". En: Foladori, A. Cuadernos de Clínica Infantil. Facultad de Comunicación Humana. Universidad Autónoma del Estado de Morelos. Morelos México, 1990.

Las doctoras Carmen Medici y Doris Cwaigenbaum, integrantes del equipo de psicoprofilaxis quirúrgica de la Clínica de Psiquiatría infantil y de la adolescencia consideran que no sólo los actos quirúrgicos sino también los diferentes actos médicos a los que puede ser sometido un niño, por ejemplo, extracciones de sangre, aplicación de inyecciones, sondajes, etc., pueden ser vividos como ataques agresivos, como atentados a la integridad de su cuerpo.

Sin embargo, dicen, no es lo mismo llevar al niño a la operación con engaños que esclarecido. Generalmente se les oculta la realidad de la intervención provocando en el niño una gran angustia. Este no sabe que es lo que está pasando y supone que si se le oculta, es porque pasa algo grave. Si no se les explica lo que sucede, en sus pensamientos se sustituye la situación real por algo siniestro. Entonces, pueden despertarse una serie de fantasías que se despliegan según la fase del desarrollo libidinal que atraviesa el niño. Pueden por ejemplo sentir la operación como un ataque vengativo efectuado por la madre en el interior del cuerpo del niño o puede ser vivida como castigo por las prácticas masturbatorias o por los celos edípicos.

Además existe la pérdida del control de la situación porque al no poder observar, mirar, tocar lo que le están haciendo aparece también el temor a ser inspeccionado, robado por dentro.

Por eso en la clínica se recurre a psicoterapia previa

con el objetivo de disminuir el trauma operatorio. El hecho de que la situación sea conocida por el niño y por sus padres y que el niño pueda elaborar las fantasías que surgen en torno a la misma durante el proceso psicoprofiláctico, - reduce la ansiedad a niveles tolerables para el paciente. Asimismo, resulta de gran importancia continuar trabajando con el paciente durante el posoperatorio, apuntando a la --reestructuración de la imagen corporal generalmente alterada. En este proceso se debe elaborar la pérdida de una parte del cuerpo o la corrección de una anomalía corporal y la incorporación de una nueva imagen corporal.

La técnica, vinculada al psicoanálisis, utiliza como - instrumento la interpretación analítica adaptada a los límites de una terapia breve con un fin preestablecido :operar en las mejores condiciones posibles.

Las interpretaciones apuntan a buscar una toma de conciencia de la situación: hacer consciente el miedo a la operación. Se trabaja con las fantasías, defensas y angustias que surgen acerca de la misma, limitando al máximo las interpretaciones transferenciales por la falta de continuidad en el tratamiento.

En la clínica se realizan diversos contactos : con los padres, con el niño, con el personal teórico y paratécnico que rodea al niño (médicos, enfermeras, fonoadiólogos, asistentes sociales, entre otros).

Con los padres se recaban datos para configurar una -- historia clinicoevolutiva del paciente. Se toman acuerdos -

respecto a la forma de trabajo, el lugar, la hora, número de sesiones, etc, lo cual varía de acuerdo al tipo de intervención, características del niño, de la familia.

Como promedio y en una situación ideal se realizan de 6 a 10 entrevistas en los 30 a 40 días previos a la operación. Es importante trabajar con los padres, ya que la angustia de éstos influye en el niño enfermo. Muchas veces se ha visto que el grado de angustia de los mismos se transmite al niño aumentando en ocasiones sus propias preocupaciones provocadas por la enfermedad.

Al niño se le explica la forma de trabajo y se le informa acerca de cómo será la intervención o acto médico al que será sometido, la anestesia, el pre y postoperatorio. Dicha información debe ser dada de acuerdo a la edad del niño en forma clara y precisa para su mejor comprensión. - Importa saber qué enfermedad o patología padece, la localización, el órgano que será intervenido. Pero de todas formas no alcanza con informar, el niño debe tener oportunidad para volver sobre la información las veces que sea necesario, en el momento adecuado y desplegar sus fantasías en torno a ella. La ayuda que se le puede brindar al niño siempre será significativa, pero se la debe adecuar a sus necesidades, su edad, personalidad, contactos anteriores con médicos y hospitales, naturaleza del tratamiento a seguir, etc.

Uno de los elementos de la preparación implica el con

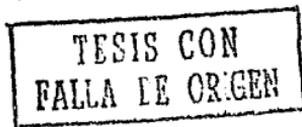
cimiento de los objetos que parecen peligrosos, es aconsejable entonces que el niño conozca el lugar donde se va a operar o donde le realizarán un determinado estudio clínico, el hospital, el block quirúrgico, el material que se utilizará, el personal, los pasos a seguir.

El que se cumplan las expectativas disminuye notablemente la ansiedad. Asimismo el no cumplimiento de una expectativa y la aparición de factores inesperados realimentan la ansiedad y pueden reactivar la desconfianza en el terapeuta y en el resto del equipo.

El material utilizado en el trabajo con el niño consta de la clásica caja de juego, además de material específico sobre psicoprofilaxis quirúrgica, como son : médicos, enfermeras, sachet de suero, tubuladoras, jeringas, etc. y láminas relacionadas con el material y el acto quirúrgico.

A través del juego y otras formas de expresión se elaboran las fantasías de enfermedad, curación (reparación) o pérdida de órgano.

Con el personal técnico y paratécnico el equipo de psicoprofilaxis se informa acerca de la técnica quirúrgica, la anestesia o la maniobra a la que será sometido el niño, los riesgos, la gravedad de la patología, el pronóstico. De manera que se pueda coordinar el tiempo que lleva la preparación para fijar en conjunto, en la medida de lo posible, la fecha de la intervención, ya que la duración de la psicoprofilaxis depende de cada caso en particular.



Además, en la clínica se maneja lo que se denomina el área de la interconsulta, que implica la puesta en contacto de dos o más disciplinas que manejan no sólo conocimientos diferentes, sino esquemas referenciales distintos. Diferencias en cuanto a criterios de salud, lenguaje técnico, modelos de acción, objetivos, encuadre, etc.

En la escena hospitalaria, la angustia, ansiedad, culpa, frustración, etc, no son exclusivos de los pacientes, - también aquejan al equipo técnico, quienes muchas veces actúan proyectando en el paciente, familiares o colaboradores, sus propios temores, ansiedades, frustraciones ya sea evadiéndose de las depositaciones realizadas, ya deprimiéndose al introyectar la tristeza, la pérdida, la muerte del otro.

En el hospital se considera que a través de los cometidos de la psicoprofilaxis, se podrían dar respuesta a algunas de estas situaciones. De esta forma, lo primordial sería alcanzar que en el equipo de interconsulta operara la función continente: atendiendo a las dificultades, propiciando un ámbito adecuado, intercambiando experiencias no sólo de los casos de los pacientes, sino también de las propias ansiedades ante los mismos.

La reflexión sobre la tarea y sobre los que la afectan se ve enriquecida por el intercambio con otros profesionales del propio servicio de otros equipos, los cuales pueden aportar una visión más objetiva y plantear interrogantes y

críticas que desde el propio grupo pasan inadvertidas.

La interconsulta implica una concepción diferente de la asistencia médica, proponiéndose una función integradora con respecto al ser humano enfermo y a quienes lo asisten.

A través de esta labor se tiende a sensibilizar al personal médico y paramédico acerca de las complejidades del funcionamiento mental del niño y su familia apuntando a un trabajo interdisciplinario que permita lograr un mejor abordaje del paciente quirúrgico.

- CONCLUSIONES

La experiencia que se esta llevando a cabo en el Hospital Perreira Rosell nos permite hablar nuevamente del lugar que ocupa el psicoanálisis en la labor hospitalaria. Hemos analizado ya una experiencia similar en el Servicio de Cirugía - Cardiovascular del Hospital de Niños de Buenos Aires, Argentina, lo cual nos permite confirmar que existe una gran necesidad por un espacio de escucha en donde los pequeños puedan elaborar la terrible ansiedad que surge frente a una situación quirúrgica.

Si analizamos el trabajo que se esta llevando a cabo en el Hospital Perreira Rosell conforme a nuestras directrices de trabajo tenemos que:

La información sobre los factores que hicieron posible el establecimiento de espacios para el trabajo psicoanalítico no aparece en los datos con los que contamos. De manera que no sabemos cuales fueron las circunstancias que permitieron plantear a la técnica psicoanalítica como una alternativa ante las necesidades de un servicio quirúrgico.

Hay algunas cuestiones en la dinámica del tratamiento que carecen de especificidad. Con respecto a las sesiones que realizan antes de la operación, no sabemos por ejemplo si éstas se llevan a cabo cuando el niño esta internado ya, y en tal caso, si estas se implementan en su cama o hay que tras-

ladorlo a otra habitación especial, o por el contrario aún no esta internado y son los padres quienes tienen que trasladarlo desde su casa. Tampoco sabemos en función de que se establece el número de sesiones previas, si éstas se programan con base en la fecha establecida para la operación o bien según las necesite el pequeño.

Lo que si aparece nuevamente, al igual que en el servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital de Niños, es el manejo de una terapia breve con un fin preestablecido: operar en las mejores condiciones posibles; y como se habla de una falta de continuidad en el tratamiento, se limitan al máximo las interpretaciones transferenciales. Tendremos que analizar cuidadosamente estas explicaciones y reflexionar un poco sobre la procedencia de las mismas; ¿de los especialistas o analistas responsables de la labor o de la misma institución?

Por otro lado, no podemos afirmar nada en cuanto a los especialistas que se hacen cargo del equipo de psicoprolaxis, es decir, si son psicoanalistas o no, o si estan en formación. Lo que si vemos es que en este hospital, a diferencia del Hospital de Niños de Buenos Aires, ha surgido una preocupación no sólo por la angustia del niño y sus padres, sino también por las ansiedades, culpas y frustraciones que éstos despiertan en el personal del hospital. Sin embargo, lo que estructuran es un espacio en el que los profesionales intercambian experiencias, no sólo de los casos de los pacientes, sino también de las propias ansiedades ante los

mismos, lo importante, dicen, es aportar visiones más objetivas, planteando interrogantes y críticas que desde el propio equipo pasan inadvertidas. Parece entonces que lo que intentan es resanar, arreglar por fuera las dificultades sin preguntarse el porque de las mismas, no se plantea ninguna labor interpretativa, el espacio no esta dirigido hacia un trabajo de elaboración, la transferencia que se juega en esas relaciones no se trabaja. Podemos decir que este espacio de reflexión, al que llaman interconsulta no es más que una clara manifestación de angustia ante las ansiedades que pueden despertar los pacientes y también una clara resistencia ante la elaboración de las mismas.

**5. INSTITUCIONES PSICOANALITICAS
EN MEXICO**

INSTITUTO MEXICANO DE PSICOTERAPIA PSICOANALITICA
DE LA ADOLESCENCIA

- INTRODUCCION

En la ciudad de México existen diversas instituciones, encaminadas a la formación de psicoterapeutas desde una -- perspectiva psicoanalítica. Una de ellas, el Instituto Me-- xicano de Psicoterapia Psicoanalítica de la adolescencia, - considera fundamental la formación de profesionales alta-- mente calificados para trabajar con adolescentes, y más aún cuando nuestro país esta constituido básicamente por jóve-- nes.

La adolescencia, dicen, es una oportunidad única para que el trabajo psicoanalítico facilite la consolidación de una adultez sana y en caso de que exista alguna patología, es el momento idóneo para la reparación de ésta, a través - de un trabajo psicoterapéutico, logrando con ello una me-- jor estructuración mental y emocional.

Esta institución mantiene ciertos lineamientos muy se-- mejantes a los de otras asociaciones e institutos, que fun-- cionan en la ciudad de México desde una óptica psicoanalíti-- ca, lineamientos que representan para nosotros un material muy interesante a cuestionar y reflexionar, sin olvidar, -- claro, la razón fundamental para la selección de ésta infor-- mación: la institución esta revestida por dos aspectos im-- portantes para nuestra investigación, el aspecto formativo y el aspecto relacionado con la atención psicoterapéutica a la comunidad. Analicemos entonces la estructura de la

misma.

La información fué obtenida a través de un par de entrevistas que se realizaron con la directora de la clínica, -- la Dra. Patricia Caballero y con la directora del instituto, la Dra. Helen Castro, quienes amablemente nos brindaron parte su tiempo.

El IMPPA no son consultorios privados, nos dicen las doctoras Castro y Caballero, es una clínica escuela cuyo -- primer objetivo es la formación de psicoterapeutas de la -- adolescencia. La doctora Caballero es la directora de la clínica y la doctora Castro, la directora del instituto, la -- parte teórica de la formación.

En junio de 1990 inició el proceso de selección de su décima generación, formación que tiene una duración de 5 -- años, y los profesionales interesados deben reunir ciertos requisitos: . título profesional, de preferencia en una licenciatura de las áreas sociales o biomédicas; . estar interesados en el trabajo con adolescentes a nivel institucional y/o privado, en lo cual deben tener cierta experiencia; . pasar por un proceso de selección que consiste en 6 entrevistas, 3 de las cuales son con los candidatos de semestres avanzados "para ver si hay empatía y las otras 3 las realizamos los directivos, somos muy estrictos en ese aspecto".

Los candidatos deben cursar además, un año propedéutico, cuyas funciones son :

- 1) Iniciar al candidato a psicoanalista en el conocimientos de los adolescentes.
- 2) Permitir tanto al candidato como al instituto valorar la motivación y las habilidades de los futuros psicoanalistas de adolescentes.
- 3) Al término de este primer año el candidato estará capacitado para realizar entrevistas diagnósticas con ado--

lescentes y tener un conocimiento general de las teorías - psicoanalíticas del desarrollo de la infancia y la adolescencia.

Estas entrevistas diagnósticas contemplan: el motivo de la consulta; una descripción del paciente, es decir, que alteraciones presenta, nivel de concentración, memoria, si presenta alucinaciones, etc.; la antigüedad del problema; historia familiar, es decir, si fué amantado, cómo fué - el embarazo, cuándo y cómo empezó a caminar; historia académica, esto es, cómo ha sido su rendimiento a través de - su vida escolar, etc.

Con esta información se llevan a cabo 2 diagnósticos, uno clínico en donde se indica si se trata de una neurosis obsesiva, una psicosis, personalidad fronteriza, si se trata de una adolescencia patológica o de una patología de la adolescencia. Y un diagnóstico dinámico en donde se dice - si el niño fué abandonado, si hubo un rechazo o una sobreprotección, etc.

A partir de estos diagnósticos se canaliza a terapia de grupo, o si es necesario que vaya a neurología a otra institución, etc.

Desde las entrevistas diagnósticas los candidatos lle van una supervisión y es la dirección de la clínica quien asigna los pacientes a los terapeutas.

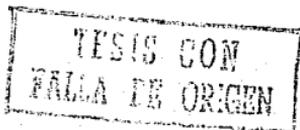
Los diagnósticos tienen un costo de 100 mil pesos y la cuota mínima que paga un adolescente por su tratamiento es

de 50 mil pesos, ingresos que se quedan para el sustento de la clínica.

A partir del 3^{er} ó cuarto semestre, nos dice la Dra.--- Castro los candidatos ya estan capacitados para llevar a ca bo un tratamiento psicoterapéutico y tienen que cubrir 4 - horas semanales de guardia en la clínica para atender a pa- cientes. Dichos tratamientos son supervisados por un grupo de gente que se formó en la misma institución, pero que pa- ra ser reconocidos como supervisores tuvieron que preparar- se durante un año un mes, esto es, una vez que egresan como psicoterapeutas psicoanalíticos de la adolescencia tienen - que cubrir ciertos requisitos, el primero es la realización de la tesis a través de un diplomado, después y durante 2 - semestres, funcionar como maestro adjunto ante un grupo pa- ra llegar a ser entonces titular, y finalmente pasar un cur- so de un mes para supervisores.

Pero si los candidatos lo prefieren, pueden supervisar se con gente o bien de AMPAG o de la Asociación de Arquimides, es decir, con supervisores autorizados por INPPA.

El candidato debe cubrir 200 horas de supervisión a lo largo de toda su formación, supervisiones que debe pagar, - independientemente de los 390 mil pesos que cubre mensual- mente a la institución, además del gasto que le ocasiona su análisis personal, el cual lleva 3 veces por semana con un analista autorizado, es decir, egresado de INPPA, de Ar -- quimides o de AMPAG.



El analista no puede ser la misma persona que supervisa al candidato para evitar problemas de contaminación en el tratamiento, lo que si es posible es que en un momento - dado el analista pueda impartirle clases a su analizando, o que el supervisor pueda ser el maestro de su supervisando.

Los seminarios teóricos se imparten de 8 a 11 de la -- noche, cada clase dura una hora y media. A partir del 4^o se mestre los candidatos deben contar con un consultorio parti cular aparte de las 4hrs. semanales que trabajan en la clínica.

La clínica da servicio de 8am a 8pm. Se trabaja con -- grupos de adolescentes a cargo de 2 terapéutas. Cuando se considera que la familia necesita tratamiento se canaliza a otra institución.

Hubo un año en que se formó un grupo de orientación a padres, fué un trabajo realizado por alumnos y estuvo super visado, se quiere instituir porque actualmente no es un -- servicio fijo.

La institución no acepta a los adolescentes cuando hay un alto riesgo de suicidio, o cuando hay psicosis, se canali za.

Al terminar la entrevista, la Dra. Castro nos invita a un Congreso que llevarían a cabo en días siguientes, noso-- tros agradecemos su atención y nos despedimos.

Una semana después acudimos a su biblioteca en busca de información. Sucedió algo que en aquel momento nos causo . -

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

desconcierto, además de un gran malestar.

El día acordado para la visita, la secretaria nos proporcionó un registro de los materiales que componen la pequeña biblioteca del instituto, haciendo mucho incapié en que tuvieramos cuidado con los materiales, " no se vayan a robar nada" nos dijo, y no creo que haya sido precisamente una broma. Una vez seleccionado el material nos dirigimos a la secretaria quien se encontraba con la Dra. Helen Castro al parecer arreglando los últimos detalles del Congreso. Las dos discutieron un poco nuestra situación, la secretaria no nos podía atender en ese momento, estaba muy ocupada, -- una de ellas comentó " a menos que dejemos que ellas solas busquen el material, pero no se si eso sería conveniente". En ese momento la Dra. nos dijo " que les parece si mejor regresan dentro de dos semanas, cuando ya estemos más descansadas de todo esto del congreso y entohces las podemos atender mejor, mandamos a alguien que les vaya a sacar copias, algunas que nos llaman por teléfono para ponernos de acuerdo".

Transcurrieron las dos semanas en las que se realizaron 2 llamadas telefónicas porque nuestra visita tenía que ser autorizada por las 2 directoras y parece ser que no habían podido ser contactadas. Fué en el tercer intento donde se nos informó que sería imposible sacar los materiales del plantel, así que tendríamos que trabajar en la biblioteca.

Sin embargo, esto no fué del todo cierto porque cuando al fin se cristalizó nuestro acceso al material, la secretaria nos indicó que había recibido ordenes de no dejar pasar a nadie a la dirección (que es donde se encuentra la biblioteca), habían llegado libros muy importantes, de manera que tuvimos que compartir su escritorio, mientras ella realizaba sus labores.

En un segundo momento se hizo el intento de realizar algunas entrevistas con los candidatos, pero esto fué completamente imposible. Se argumentó nuevamente la autorización por parte de las dos directoras, que los candidatos no tenían tiempo para entrevistas, la no coincidencia de horarios, y finalmente el periodo vacacional del instituto.

-- CONCLUSIONES

Las personas que se forman en esta institución pueden -- hacerse responsables de un tratamiento psicoanalítico a partir del 3^{er} o cuarto semestre porque, dice la Dra. Caballero, están capacitados ya para ello. Lo que resulta interesante -- analizar es la formación que respalda al terapeuta que se ha ce cargo de un grupo de adolescentes.

El candidato debe cumplir con una serie de restricciones, algunas de las cuales tienen que ver con la persona que se ha ce cargo de su análisis personal y de su supervisión, funciones que son ocupadas sólo por aquellos que han sido autorizados por la misma institución. Se tiene mucho cuidado con el - saber que esta en juego y que detentan estas personas, es decir, se tiene cuidado ante la posibilidad de que el candidato pueda conocer algo diferente, pueda pensar algo diferente, -- ¿por qué se trata de reducir toda diferencia hacia una uniformidad?. Este "ser autorizado" tiene también este matiz "el - analista ideal", al que todos pueden aspirar si siguen el --- mismo camino por el que estas personas privilegiadas llegaron. El supervisor por ejemplo, después de haber egresado como psicoterapeuta psicoanalítico de la adolescencia, tuvo que hacer un diplomado como tesis, funcionar como maestro adjunto ante un grupo, etc.etc.

Desde nuestra posición, dice el Dr. Martín Visconda¹ de Mayeutica, institución psicoanalítica de Buenos Aires, no es posible pensar en el perfil del psicoanalista ideal, porque psicoanalista ideal son dos términos que se excluyen mutuamente, son incompatibles. Ser analista, dice, no es como - podría pensarse, el cenit de un camino pautado, la formación analítica es incompletable.

Sin embargo, parece ser que en las asociaciones psicoanalíticas como esta no comparten los mismos planteamientos, o simplemente se sienten bien así, en ese lugar en donde el analista se convierte en un modelo que hay que copiar sin importar el deseo del otro, como si ese rol interesara sólo por el prestigio, el estatus y el poder.

Silvia Radosh² plantea que en estas instituciones - se vive un juego de oferta y demanda. La institución ofrece lo mismo que le demandan, posición, reforzamiento narcisista, demandando a su vez someterse. La sociedad, dice, refuerza - esto porque la institución ofrece lo que la sociedad capitalista ha propuesto: la explotación, la división tajante de - clases privilegiadas que tienen el poder. Pero, sujeto a los ideales del mercado, afirma Guillermo Maci³, del instituto - de investigaciones en psicoanálisis de Buenos Aires, Argentina, el psicoanálisis pierde su ética y en definitiva su ra-

1 Visconda, Martín. "Sendas Psicoanalíticas". En: De la Clínica Psicoanalítica: espacios y fundamentos. 2º Congreso Metropolitano de Psicología. Asociación de Psicólogos de Buenos Aires, Argentina, 1983.

zón de ser. ¿Querrá decir esto que hay una convivencia imposible entre psicoanálisis e intuición?

Finalmente, no podemos dejar de reflexionar un poco -- acerca de todos los obstáculos que emergieron ante la posibilidad de tener acceso a su saber (la biblioteca), ante la posibilidad de que hablaran las personas que allí se forman, situación bastante sintomática. Aparecía un miedo tan terrible ante la menor expectativa del robo de una parte de ese saber, como si tuvieran en su dominio la verdad acabada y que con al go que se moviera de su lugar, todo se viniera abajo.

2 Radosh G., Silvia. "Formación analítica, individual y grupal". En: Asociación Mexicana de Psicoterapia lítica de Grupo (AMPAG) A.C. Revista de Análisis Grupal. Vol. Especial Praxis - Institucional. Año 1989. Registro en trámite.

3 Maci, Guillermo. "El analista y el Otro". En: De la Clínica Psicoanalítica: espacios y fundamentos. 2º Congreso Metropolitano de Psicología. Asociación de Psicólogos de B.A.A. 1983.

UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE MORELOS

- INTRODUCCION

En la Ciudad de Cuernavaca, en la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, se esta impartiendo desde 1987, año en que fué aprobada por el H. Consejo Universitario, la Maestría en Psicología Clínica Infantil.

"Es el primer posgrado en el país que se centra en la - problemática infantil con una tendencia claramente asisten-- cial. Se trata de formar especialistas especificos en el área ya que es sabido que los conocimientos generales en psicolo-- gía no necesariamente habilitan para un trabajo sistemático, profundo y eficaz con los trastornos que la niñez presenta. Por ello, se pretende lograr una formación teórico-técnica - que plantee en toda su dimensión la relación entre las deter-- minaciones sociales y psicológicas de los conflictos infanti-- les". (Folleto informativo de la Maestría en Psicología Clí-- nica Infantil.UAEM).

Hemos integrado este trabajo a nuestra investigación, - porque al parecer se trata de una experiencia ciertamente -- análoga a la nuestra, es decir, un espacio universitario en donde se ofrece la posibilidad de brindar un servicio asis-- tenciala la comunidad, un espacio en donde además, se for-- man psicoterapeutas desde una perspectiva psicoanalitica. En definitiva, una experiencia que puede aportarnos algunos lineamientos de trabajo.

La información que amablemente nos brindó el Director de la maestría, el Dr. Horacio Foladori, fué complementada



con una entrevista que se hizo a dos alumnas de la maestría, están cursando el tercer semestre y forman parte de la tercera generación.

En la Maestría en Psicología Clínica infantil se pretende formar y entrenar profesionistas en la asistencia a niños con profundos trastornos en su vida activa y de relación.

La maestría esta totalmente abierta a cualquier área, Licenciados en Comunicación Humana, Pedagogos, Médicos, Pediatras, Sociólogos, etc.

Para ingresar se necesita presentar examen de conocimientos y pasar por una entrevista clínica personal, entrevista que se lleva a cabo para tener una idea sobre la personalidad del candidato.

Si la persona resulta aprobada, cursará un propedeutico de 4 meses, en donde el objetivo es trabajar con el grupo que se ha formado y no tanto aportar conocimientos.

Una vez en la maestría, que busca asimismo formar investigadores y docentes calificados en el área, los chicos empiezan a trabajar un tema de investigación, el cual desarrollan durante los dos años que permanecen en la maestría. Recientemente acaba de ingresar la cuarta generación y algunos de los proyectos de investigación que estan en marcha son: Terapia Multifamiliar, Detección de problemas de -- aprendizaje en zonas marginadas, Psicoterapia Infantil en Instituciones.

La maestría, que fué aprobada en 1987, aparece como -- una continuación de los ejes psicológico y social de la -- Licenciatura de Comunicación Humana de la Universidad Autó

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

noma de Morelos. Una maestría que tiene una orientación -- "francamente psicoanalítica".

Actualmente casi el 70% de los maestros de la Licenciatura han cursado o están cursando la maestría. Lo mismo -- puede decirse del 80% de los técnicos que conforman el personal de la clínica.

La clínica es una institución que forma parte de la -- Universidad desde 1965. En sus instalaciones se lleva a cabo la maestría, pero cabe aclarar que estas se encuentran -- muy alejadas de lo que es Ciudad Universitaria y por ende -- de los espacios donde se imparte la Licenciatura de Comunicación Humana. Desde que se incorporó a la Universidad, la clínica ha pasado por varios cambios. En un primer momento surgió como un espacio de práctica para los alumnos de la Licenciatura y paralelamente se hacían proyectos de investigación. Con el tiempo se generó un gran problema pues sobre cada niño llegaron a operar 6,7 u 8 alumnos, sin saber -- quien se hacía cargo del chico. Esta estructura se modifica, y entonces la clínica ya no toma alumnos, empieza a operar con su propio personal. En este momento, la división de estudios de posgrado alimenta a todo el sistema, tanto a la Licenciatura, como a la clínica. Los chicos que estudian la maestría pueden solicitar trabajar en la clínica y pasar a formar parte de su personal. Esto quiere decir que los alumnos no necesariamente tienen que atender a pacientes en la clínica, también pueden hacerlo en sus consulto--

rios particulares y supervisar alguno de los casos que allí lleven. El alumno de posgrado trabaja y puede instalar su consultorio particular.

Las personas que acuden a la clínica a solicitar una psicoterapia, por lo general son de bajos recursos. Por eso hay una trabajadora social que analiza el problema y entonces puede establecerse una cuota realmente simbólica, que se queda para el sostenimiento de la clínica. Cuando el alumno trabaja aquí, tiene que respetar los reglamentos que rigen la institución. Son muchos los factores que intervienen para que el alumno pueda llevar a cabo su práctica en la clínica. Puede haber muchos pacientes en lista de espera o de repente puede no haber ninguno, o quizá el horario que se le ofrece al alumno no se ajusta a sus necesidades y ocupaciones, etc.

En cuanto a la supervisión se lleva a cabo desde el primer día a través de ejemplos. No se pretende que el maestro solicite a todos los alumnos un caso que estén llevando, pero si tomara algunos como ejemplo. De ahí que la persona en formación tiene que buscar por otro lado la supervisión, tiene que hacerse responsable de ello, aunque la verdad de la situación es que no se responsabiliza y no busca la supervisión. Se pretende que, en un corto plazo, la Universidad pague la supervisión para que haya más control y se dé mejor capacitación.

Ahora que no se obliga al alumno a que lleve un paciente. El sabe, siene cuando esta en condiciones de po--

der hacerlo, la posibilidad de hacerlo es algo que se va procesando en su análisis personal. Se espera que todo mudo lo haga, pero no es una obligación. El análisis personal se recomienda desde el ingreso a la maestría, más no es una exigencia. Se trata de una maestría no de una formación de psicoanalistas. El análisis queda a total decisión del alumno. De hecho buena cantidad de ellos entran a análisis porque llevan un caso, surge la angustia y entran a análisis o entran.

Es el analizado el que hace al analista y no al revés, es el que le da el título, y no la institución.

La maestría no se afilia a una corriente "X" del psicoanálisis, se tiene más bien una postura crítica. En el posgrado, dice el Dr. Foladori, tenemos catodáticos yojicos, kleinianos, lacanianos, frommianos. Nos interesa la confrontación, no nos interesan las religiones psicoanalíticas. El crecimiento del psicoanálisis se da en la confrontación, no con los dogmas, el avance se da en base a la crítica.

En el posgrado los maestros conviven sin ningún problema, y colaboran con la maestría. Lo que nos importa es el nivel y no el problema de ideologías. Lo cual no quiere decir que el posgrado carezca de dificultades. El hecho de implementar una maestría no es nada fácil, afirma el Dr., a la nuestra le cuesta mucho desarrollarse. Y más aún, cuando las materias humanas no producen ingresos, producen egresos. Lo que se hace entonces, es explicarle a la Uni-

versidad la importancia de lo que se está haciendo, la importancia de la niñez, lo cual es a veces difícil de comprender. Si hay fondos, pero la explicación que se dá, es que no alcanza.

En la maestría los alumnos pagan una colegiatura bastante elevada comparativamente con otras maestrías dentro de la Universidad. De ahí se paga la mitad de los sueldos de los maestros. En ese sentido, si no hay un mínimo de gente para inscribirse en la maestría, 18 ó 20, no se puede abrir otra generación.

Raquel, alumna de la tercera generación de la maestría, que actualmente esta cursando el tercer semestre, nos dice que efectivamente las colegiaturas son muy elevadas, y más aún cuando a eso tiene que sumarse el pago de la supervisión y el análisis personal.

Ella trabaja en su consultorio particular. Dice que no sabe mucho sobre cómo funciona la clínica, sólo que se tiene que solicitar el ingreso a ésta.

En ese momento me dice que mejor le pregunte a Laura, una de sus compañeras que si trabaja en la clínica. Le pido entonces que me hable de cómo trabaja con sus pacientes, de la supervisión.

Me dice que trabaja individualmente con los niños, que utiliza la técnica de juego desde una perspectiva kleiniana, "mi supervisora trabaja con un enfoque kleiniano, junto con ella analizamos que es lo que ocurre con el niño, cómo se -

juegan cosas mías, aunque es difícil diferenciar en algunos momentos desde donde, si se están jugando cosas mías o del niño, es muy difícil".

Le pregunto que si esta en análisis. Ella me dice --- que le es imposible pagar las colegiaturas, la supervisión, sostener su consultorio y aparte pagar el análisis, "es mucho" me dice, "tal vez despues". Una de sus compañeras le habla y me sugiere por segunda vez que mejor le pregunte a Laura. Le doy las gracias y voy a buscar a Laura.

Ella me confirma que labora en la clínica y que para pertenecer a ésta tuvo que hacer una solicitud para el servicio terapéutico voluntario.

Me explica que no son muchas las personas de la maestría que atienden en la clínica, con ella son 3 las personas que participan en el servicio. Parece ser que la mayoría trabaja en centros donde tienen que hacerse responsables de la psicoterapia a niños, o bien tienen su consultorio particular.

Le pregunto cómo trabaja con los niños, " pues en la clínica trabajamos individualmente con los niños, hacemos una entrevista con los padres primero que nada y luego ya en sesiones con los niños, ellos juegan, dibujan y nosotros como terapeutas tratamos de interpretar".

Ella indica que ella supervisó un caso con un analista kleiniano, el paciente desertó y en este momento está trabajando con un niño desde la perspectiva lacaniana, su actual

supervisor tiene este enfoque. La elección del supervisor queda bajo la completa decisión del alumno, quien ya sabe más o menos la línea que trabaja cada maestro, lo que le permite elegir.

Laura está en análisis mucho antes de que entrara a la maestría y dice que no lo dejaría, en este momento, por nada del mundo.

Le pregunto: ¿qué opinas sobre la no exigencia del análisis, que es como se maneja aquí en la maestría? "Yo pienso que no se debe exigir, no se puede pedir como requisito, qué es eso de que se vuelve una cuestión escolar. Si alguien va como un niño que tiene que ir porque alguien se lo manda, pues no tiene caso. Además no se puede, tu te vas dando cuenta de que lo necesitas, no puede ser impuesto. Mucha gente se ha salido por eso..." "¿por eso?" le subrayo yo, me contesta "sí, por cosas personales, porque no tenían dinero para pagar análisis, y por muchas cosas".

Le pregunto que se el tratamiento del niño no se ve afectado por los ciclos escolares de la maestría, periodos intersemestrales, qué si el niño sufría algún cambio semestre a semestre con respecto al terapeuta. Me dice que el paciente es independiente de los ciclos de la Universidad, la clínica sólo cierra sus puertas en su día santa, en diciembre y 2 semanas en agosto. Si un terapeuta se hace cargo de un niño, se hace responsable de él todo el tiempo --

que éste acude al servicio.

Le damos las gracias a Laura, que cursa el tercer semestre de la maestría, y nos despedimos.

- CONCLUSIONES

El trabajo psicoanalítico que se está llevando a cabo en la Universidad de Morelos es una experiencia que cautiva, quizá gran parte de este atractivo reside en las condiciones, - aparentemente tan favorables o flexibles bajo las cuales se - está realizando este trabajo.

Parece ser que las cuestiones administrativas de la Universidad, como podrían ser periodos vacacionales intrasemes-
trales o ciclos escolares no interfieren directamente sobre la atención que se brinda al pequeño. Se dice que la clínica es independiente de la Universidad, al menos en su estructura administrativa. Si un terapeuta se hace cargo de un caso, se responsabiliza de él todo el tiempo que éste acude al servicio. Todas estas condiciones son sumamente prometedoras, pero ¿qué hay detrás de todo esto?, ¿qué es lo que hace posible -- que esto sea así?. El Dr. Foladori nos decía que la maestría puede sostenerse gracias a grandes esfuerzos porque no hay presupuesto "o se dice que no hay presupuesto" para las materias humanas. Además volvemos a encontrar aquella situación que se daba en la Facultad de Odontopediatría de la Universidad de Buenos Aires, el Dr. Foladori es un psicoanalista y casualmente es él quien se encuentra a cargo de la maestría. Tal parece que sólo a través de la contingencia de estas -- circunstancias existe la posibilidad de un trabajo psicoana-

lítico en una institución.

Por otro lado, en la formación de los chicos que asisten a esta maestría no aparecen las características que analizamos en el IPPA, aquellas consignas de analizarse y supervisarse sólo con las personas autorizadas por la institución, lo que lleva a hablar del "ideal", "el modelo de identificación", aquel que se presenta como el perseguidor que sanciona los errores cometidos.

El alumno, dice el Dr. Foladori, tiene que buscar por otro lado la supervisión, tiene que hacerse responsable de ello, el análisis es algo que se recomienda desde el ingreso a la maestría, más no es una exigencia, el alumno no atiende a un paciente por obligación, el sabe, siente cuando esta en condiciones de poder hacerlo, es algo que se va presentando en su análisis personal.

Sin embargo, en esa libertad de decisión que se le da al alumno en cuanto a su formación hay algo que cuestionar. Es un poco preocupante esto de que la gente no se responsabiliza de su supervisión y simplemente no la busca, lo cual nos manifestaba Foladori, entonces como es que se hacen cargo de un caso, cómo si hay alumnos que no están en análisis, ¿hasta dónde llega la responsabilidad u obligación de la institución?

Colette Soler¹ y colaboradores dicen que efectivamente la institución no es, no deber ser, no podría ser el agente -

1 SOLER, C. et.al. Standars no-standars. En: ¿Cómo se analiza hoy?. Tercer Encuentro Internacional del Campo Freudiano. Ediciones Manantial, SRI, 1984.

que instituye al psicoanálisis lo cual no quiere decir que se desentienda de garantizar su formación. El control no es obligatorio, la institución no debe imponerlo, así como tampoco establece lista de controles ni lista de didactas, le queda entonces garantizar el analista que haya hecho sus -- pruebas. Su obligación es responder a la demanda de control, porque lo cierto es que el control si no está impuesto, "se impone", y es que el psicoanálisis tiene efectos sobre toda práctica del sujeto comprometido con él. A la escuela le corresponde el deber de asegurar "un control calificado" para todo sujeto cuya práctica suponga transferencia.

Como vemos entonces, esto no tiene lugar en la experiencia que se esta llevando a cabo en la Universidad de Morelos.

6. DISCUSION

La inquietud que hizo posible esta investigación surgió hace algunos años, específicamente en 1988.

En aquel tiempo formaba parte de un grupo de sexto semestre que iniciaba un curso regular de Educación Especial. Un grupo que no podrá olvidarse nunca, porque juntos cruzamos el umbral hacia un mundo desconocido del cual no pudimos regresar jamás. . . Y no puedo negar que en muchos momentos -- hubiésemos querido hacerlo desesperadamente, pero eso ya no era posible. Aún puedo recordar aquella sensación, aquellas palabras, que sin saber, sin pensar, cada uno de nosotros repetíamos al término de aquel semestre : " es una sensación -- extraña, es como ver el mundo de manera diferente, es una angustia insoportable, sí, pero también un hambre por saber más y más de esto".

Nos habíamos enfrentado a una experiencia misteriosa, -- que producía dolor, pero que extrañamente fué seduciendo poco a poco, y que después ya no fué posible rechazar. Nos habíamos enfrentado con la experiencia psicoanalítica y más aún, con una práctica terapéutica diferente.

Allí fué donde empezaron nuestras preguntas, nuestras inquietudes, allí donde nos encontramos con grandes fantasmas, con enormes paredes que nos habían dicho "hasta aquí", se había terminado un ciclo escolar, un límite cuya lógica no tenía sentido para nosotros, la lógica venía de otra parte, de

otro lugar, de un ente mecánico, sin fisuras que parecía no estar dotado de la sensibilidad suficiente para comprender lo que estábamos pasando. Y qué con los pequeños, nos preguntábamos nosotros, qué con todo lo que habíamos logrado, dónde -- quedaría el llamado que al fin, nos habían dirigido los niños, ese llamado de ayuda que habíamos esperado con tanta angustia. Era tal nuestro desconcierto, nuestra rabia, nuestra tristeza, cómo abandonar al niño de esa manera, pero nos sentíamos tan impotentes, ¿qué ocurriría con ese paciente el próximo semestre?, vendría otro terapeuta, y el próximo semestre otro y luego otro, ¿cómo evitar un descontrol de tal magnitud para estos pequeños?. Una sensación parecida surgió en mí cuando revisábamos el trabajo que se realizó en la Cátedra de Odontopediatría de la Universidad de Buenos Aires, específicamente cuando analizábamos una sesión del grupo de madres, en donde una de ellas preguntó "¿se pierde esto?" al informarles el terapeuta que el grupo continuaría hasta el próximo año. Es que acaso es tan difícil comprender que cualquier cambio que proviene de un trámite administrativo y no de la propia dinámica del tratamiento, trae consigo repercusiones negativas para la terapia del pequeño, provocando en éste un gran descontrol, que creo es más o menos lo que ocurría en el servicio de odontopediatría, pero después nos referiremos a esto.

Primero diremos que fué también en aquella experiencia -- donde empezamos a cuestionarnos sobre nuestra formación, por que la necesitábamos, eramos, en cierto sentido, responsables

de un ser humano. Que terrible fué aquello, habíamos recorrido ya la mitad del camino, llevabamos dos años y medio preparándonos en la tecnología que ofrecía la psicología conductual, un entrenamiento en donde se nos había enseñado a modificar - pensamientos que atormentan, a desarrollar las habilidades (de lenguaje, académicas, etc.) que le faltan a un individuo para funcionar en la sociedad, a "premiar las conductas adaptativas y a castigar las inadaptativas hasta que el sujeto aprendiera cual es el comportamiento que se espera de él... a encontrar el correctivo que lo devuelva a la normalidad..."¹. Sí, nos habían entrenado a trabajar desde un modelo del deber ser, y en ese sentido, antes de dejar hablar a un pequeño, antes de descubrir que tenía algo que decir, sabíamos de antemano qué hacer, qué callar, teniendo ya objetivos específicos que cubrir. Vivíamos en el imaginario de tener el saber en la mano. Pero ese fantasma, como muchos otros, también se cayó, y entonces, entonces nos enfrentamos con la angustia más terrible, con algo que no se podía decir en palabras, con algo de lo inefable, con el vacío. Nos sentíamos invadidos por la impotencia, y allí, enfrente de nosotros, se encontraba un pequeño que nos pedía ayuda. Fué una experiencia difícil, pero día a día fuimos conociéndolo, descubriendo poco a poco lo que había dentro de él, sólo teníamos que escuchar aquellos gritos silenciosos que clamaban ser oídos. Y así, sin certezas-técnicas anticipadas, sin pasos prefijados por una planificación estructurada, caminamos juntos un sendero que paso a paso fuimos descubriendo.

¹ BRAUNSTEIN, N. El encargo social y las premisas operantes en la psicología clínica. En : Psicología, Ideología y Ciencia. México, Siglo XXI, 1984. p. 395

Necesitábamos elementos teóricos, pero sobre todo, y eso era evidente, algo había ocurrido en nosotros, las sensaciones eran confusas, y habían surgido así, inusitadas, imperiosas y violentas, como si hubiesen escapado de algo, se sentían libres y gritaban, gritaban muy fuerte, qué hacer con esos -- gritos que demandaban ser escuchados, si la única posibilidad era recurrir a un análisis fuera de la institución y esa opción resultaba impensable, porque sencillamente no podíamos solventar un gasto así. Contábamos con una terapia, sí, pero ahora comprendo que aquella situación nos producía quizá más angustia, nos conflictuaba aún más. Me refiero al hecho de -- que nuestro terapeuta era también quien nos supervisaba el -- caso, además de impartirnos la teoría.

El semestre se terminó y nosotros tuvimos que ocupar -- otros tiempos, buscar otros espacios en donde se hablara de eso que nos hacía preguntarnos por nosotros mismos : el psicoanálisis. Hubo ocasiones en que tuvimos que luchar para -- que se abrieran esos espacios. Lo importante es que pronto -- ese "nosotros" albergó a más chicos, que también habían vivido la experiencia de la práctica y se preocupaban por lo que seguía ocurriendo en ella.

El tiempo ha pasado, hemos recorrido aún muy poco del -- mundo psicoanalítico, y a cada paso que damos, cada vez que intentamos dar respuesta a alguna pregunta, aparecen muchos -- más cuestionamientos. Sin embargo, el momento llegó en que -- había que detenernos y pensar, reunir todas nuestras preocu

paciones y hacer algo, al menos un intento por cambiar lo que estaba ocurriendo con aquellos pequeños. Y en ese intento nos encontramos ahora.

Los profesores que algún día nos invitaron a cruzar aquel umbral, ahora nos han incluido en este esfuerzo.

Hemos tenido la posibilidad de contar con información -- muy general acerca de distintas experiencias clínicas que se han llevado a cabo conforme a linamientos psicoanalíticos. Pre cisando: en la Argentina, la Facultad de Odontología de la Uni versidad de Buenos Aires, en su servicio de odontopediatría; el Hospital de Niños en su servicio de Cirugía Cardiovascular y en el servicio que brinda en la 2^a Cátedra de Pediatría; el Centro de Diagnóstico y Terapéutica de los Problemas del Desarrollo Infantil "Dra. Lydia Coriat"; el Hospital General de - Buenos Aires en su servicio de Psicopatología; el Grupo de Es tudio sobre Perspectivas Médicas (GBPEM); en Uruguay, el Hospital Ferreira Rosell en su Clínica de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia; en México, la Universidad Autónoma del - Estado de Morelos y el Instituto Mexicano de Psicoterapia -- Psicoanalítica de la Adolescencia.

El análisis que realizamos del trabajo psicoanalítico -- que se lleva a cabo en cada una de estas instituciones, nos ha permitido plantear ciertas interrogantes, que configuran nuestras líneas de trabajo y que ahora retomaremos para un -- análisis mas exhaustivo.

Es verdad que se convirtió en un gran problema la imposi bilidad en el acceso a más información, en algunos casos, la

mayoría, por dificultades en la correspondencia, y en otros, por problemas que se suscitaron en la misma institución, Sin embargo, creo que los datos de que disponemos resultarán muy fructíferos para nuestro análisis, lo cual compensa en mucho las carencias de la información recabada.

1. Factores que permiten el establecimiento, a nivel institucional, de una práctica clínica con un enfoque psicoanalítico.

Nuestro primer punto de discusión gira en torno a los -- factores, que permitieron que un trabajo psicoanalítico pudiera implementarse en todas y cada una de estas instituciones. Con respecto a este punto encontramos datos muy interesantes en la Cátedra de Odontopediatría de la Universidad de Buenos Aires, en el Hospital General de Buenos Aires y en la Universidad del Estado de Morelos en México.

En la Universidad de Buenos Aires sólo se pudo trabajar -- desde esta perspectiva cuando un psicoanalista o una persona con esta orientación se hacía cargo de la dirección de la Cátedra, lo cual se hace más evidente cuando en la década de -- los 70s surgen problemas políticos y el trabajo psicoanalítico tuvo que salir de la institución.

La experiencia que se vivió en el Hospital General de Buenos Aires fué gracias a circunstancias tan particulares, que ésta no pudo ser repetida tal cual una segunda vez. Fueron factores que sólo pudieron conjugarse en una época y en un lugar determinado: el país se encontraba en un periodo de cambio, dándose nueva vida a los Centros de Salud Mental y a los Servicios Hospitalarios de Psicopatología, además se buscaba responder a las necesidades de formación de psicólogos jóvenes.

Ante tales experiencias, inmediatamente surgen algunas -- tesis: ¿es posible que en una institución sólo se pueda trabajar desde un enfoque psicoanalítico, cuando se llega al poder de la misma, o bien, cuando las circunstancias favorecedoras provienen de cambios políticos y económicos de toda una nación?. Las posibilidades definitivamente no son muy alentadoras.

El hecho de implementar una maestría en una institución universitaria en donde se brinda un servicio clínico con un enfoque psicoanalítico, no es nada fácil, lo cual es confirmado por el Dr. Foladori, de la Universidad de Morelos, a la nuestra, dice, le cuesta mucho trabajo desarrollarse, y más aún cuando las materias humanas no producen ingresos, sino egresos. Lo que se hace entonces, dice, es explicarle a la Universidad la importancia de lo que se está haciendo, la importancia de la niñez, lo cual es a veces difícil que se comprenda, si hay fondos, pero la explicación que se da es que no alcanza.

Tal parece que el psicoanálisis sólo puede encontrar -- en su camino, más limitaciones que puertas abiertas cuando intenta insertarse en el ámbito institucional.

A través de la revisión de las diferentes instituciones pudimos detectar un argumento común en varias de ellas.

En el servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital de Niños de Buenos Aires, así como en la Clínica de Psiquiatría - Infantil y de la Adolescencia del Hospital Perreira Rosell de

Uruguay, el trabajo psicoanalítico esta encaminado a ayudar a elaborar todas las terribles ansiedades que surgen en el pequeño y en sus padres ante la urgencia de una operación quirúrgica. Esta situación de alguna manera respaldaba el hecho de que se tuvieran que implementar terapias breves. Sin embargo, el argumento se cae por la borda cuando revisamos la propuesta de la 2ª Cátedra de Pediatría del Hospital de Niños de Buenos Aires. Allí se afirma que la terapia familiar es el método más adecuado para el trabajo en las instituciones, en donde, dicen, es necesario brindar terapias breves y eficaces a un gran número de personas. Es entonces cuando empiezan a fluir una serie de cuestionamientos, el primero que surge es ¿desde donde se establece que en una institución son necesarias las terapias breves?, ¿es que acaso no se trata más que de una estrategia para responder a una demanda de servicio, sin importar el enfoque o la calidad del tratamiento?.

Y si hay duda con respecto a la validez del argumento - que ampara las terapias breves, por supuesto que también la hay en aquel que dice que las interpretaciones transferenciales tienen que limitarse al máximo o aún dejarlas de lado por la no continuidad de las sesiones. Me pregunto que querran - decir con "dejar de lado la transferencia", quizá se refieran al hecho de no trabajarla, pero aún así, ¿cuáles son los presupuestos de los que parten para no hacerlo? ,si es que -- los hay, porque esto no es posible en un trabajo que se dice psicoanalítico.

En la Universidad de Buenos Aires pudimos percibir que el proceso de tratamiento que se implementó, sufría de cortes

que no precisamente eran inherentes a la dinámica del tratamiento. Allí discutíamos sobre el dolor y la confusión que posiblemente producía en los pequeños el rompimiento consecutivo de vínculos, pues quizá los cortes implicaban también un cambio de terapeuta. Cortes que seguramente eran el producto de un orden administrativo. Debemos admitir que esto último nos toca muy de cerca y quizá por eso nos permitimos ir entre lazando nuestras suposiciones.

2. ¿De qué manera interfiere la estructura administrativa de una institución pública en la propia dinámica del tratamiento clínico psicoanalítico?

Cuando analizamos el trabajo que se lleva a cabo en los Grupos Balint, pudimos puntualizar que quizá las tesis que se manejan en aquella propuesta pudieran sernos de gran utilidad al tratar de reflexionar, acerca de la posible antinomia entre la estructura administrativa de las instituciones públicas y la dinámica del tratamiento clínico psicoanalítico, cuando éste último logra abrirse un espacio en aquellas.

Este planteamiento se produjo como consecuencia de vislumbrar cuan difícil es para el psicoanálisis obtener un lugar de trabajo en el ámbito institucional. Lo que tratamos de decir con todo esto es que la experiencia que se vive en los Grupos Balint nos muestra que tal vez en ciertos espacios los encuadres psicoanalíticos no puedan manejarse en su sentido ortodoxo, pero que sin embargo una propuesta de intervención clínica en cuyos fundamentos se contemplan algunos elementos psicoanalíticos, representa ya una posibilidad, una alternativa diferente y más humana ante los problemas que los pacientes traen a las instituciones públicas. Es decir, debemos valorar,

en su real dimensión, el trabajo psicoanalítico o mejor dicho, aquel que pretende ser psicoanalítico. Es verdad que quizá es te enfoque sólo puede tener vida a partir del lugar de poder ocupado en una institución, pero ¿acaso nos queda otra alternativa?, o es que debemos aceptar como la mejor solución el - desterrar al psicoanálisis del ámbito institucional, aún cuando con esta alternativa se pongan en juego muchas vidas, como las de los pequeños del Servicio de Cirugía Cardiovascular -- del Hospital de Niños y del Ferreira Rosell. Tal vez el psicoanálisis deba ceder un poco para lograr su objetivo, aunque quizá no es el psicoanálisis el que se propone entrar a las - instituciones sino que son las instituciones las que lo necesitan.

Me parece que podemos recuperar en este momento un interrogante que estructurábamos en la 2^a Cátedra de Pediatría del Hospital de Niños, y cuya respuesta vendría a traernos mayor claridad en la discusión: ¿en las instituciones públicas las propuestas de intervención clínica, se estructuran realmente con el fin de responder a las necesidades de los pacientes o con el fin de resolver las necesidades de la institución como unidad administrativa que da un servicio al público?.

José Bleger² dice que las instituciones tienden a la -- estabilización con pautas fijas y propias, a la inmovilización de la disposición jerárquica de funciones. En todas las

² BLEGER, J. El grupo como institución y el grupo en las instituciones. En: KAES, R. et.al. La institución y las instituciones Paidós, Buenos Aires, 1989.

instituciones, dice, los objetivos explícitos para los cuales han sido creadas corren siempre el riesgo de pasar a un segundo plano, pasando a un primer plano la perpetuación de la organización como tal. En este sentido, las instituciones pueden transformarse de terapéuticas a antiterapéuticas, lo cual significa que se han burocratizado, entendiendo por burocracia aquella organización en la cual los medios se transforman en fines y se deja de lado el hecho de que se había recurrido a los medios para conseguir determinados objetivos. Así en un hospital las terapias, teorías y técnicas terminan cumpliendo por tanto una función de mantenimiento.

Si las cosas son así, entonces no sólo la intervención psicoanalítica tiende a burocratizarse sino también cualquier otra, además parece ser que esto es algo inevitable en las instituciones. Ante tales realidades volvemos a reiterar nuestra pregunta ¿qué alternativas pueden quedar abiertas para nosotros?, ¿adaptarnos a esta situación o desistir por completo?. Tal vez podamos retomar esta discusión cuando analicemos nuestra última línea de trabajo, "Psicoanálisis vs Institución", o quizá antes.

3. El problema de la transferencia en la Institución

Detengámonos entonces en el problema de la transferencia en la institución y recuperemos un poco lo referente a la formación de las personas que implementaron la intervención clínica psicoanalítica en las diferentes instituciones revisadas.

Tanto en la Cátedra de Odontopediatria de la Universidad de Buenos Aires, como en el Hospital Perreira Rosell, existe

cierta claridad en cuanto a que no sólo en el niño se produce una gran angustia por la situación que esta viviendo, sino -- que también el paciente puede despertar en el odontólogo o en el médico, ansiedades, culpas y frustraciones. No obstante, -- lo que se hace con esto es obturarlo y entonces se habla por ejemplo de un conocimiento psicológico que unido a la capacidad profesional, permitirá la resolución más adecuada de las situaciones que se presenten.

Es imposible tratar de ignorar lo evidente, imposible ta poner eso que aún cuando se oculte surge intempestivamente. Fué esta una de las inquietudes por las cuales emprendimos -- nuestra investigación, ¿qué hacer con eso que se manifiesta -- inusitadamente, con eso que no puede manejarse a nivel conciente, con eso que nos supera y nos controla?.

Cuando uno se compromete en una labor terapéutica con un pequeño, el análisis se va convirtiendo en una necesidad, en algo que esta más allá de tu propia voluntad, porque en ese -- espacio donde intentas escuchar al niño, en ese decir te escuchas tu también, en ese espacio también se movilizan cosas tu yas y entonces te das cuenta que tú, al igual que él, necesitas decir, hablar, quizá gritar.

Strachey³ habla del gran peligro al que se expone el analista, pues en el momento de la interpretación éste estimula deliberadamente una parte de la energía pulsional del paciente, que es viva, real, unívoca y que esta dirigida directamente

3 STRACHEY, J. En: Nasio, J. Los ojos de Laura. Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1987. pag. 28.

te hacia él. Bien se comprende, dice, que un momento así esté destinado más que cualquier otro, a poner a prueba sus relaciones con sus propias pulsiones inconscientes.

En los Grupos Balint si existe una verdadera preocupación por el análisis de los deseos inconscientes del médico, por todo aquello que el paciente moviliza en él. Lo que aquí cuestionábamos era la necesidad de una formación teórica para estos médicos que incursionaban en la mirada psicoanalítica.

J. Perres⁴ dice que la formación del psicoanalista está constituida básicamente por la compleja integración de muchas vertientes vinculadas a la enseñanza del psicoanálisis y a la praxis psicoanalítica, todo ello resignificado permanentemente desde el análisis del analista, que constituye el eje central de esa formación, a partir del cual podrá integrar de otra manera las demás vertientes vinculadas al aprendizaje de la teoría psicoanalítica (seminarios, grupos de estudio) y el aprendizaje clínico (supervisión, reflexión sobre sus propios pacientes, etc.). Todos estos niveles están entrelazados y no pueden separarse.

Sabemos, afirma Lia Quijano⁵, que el psicoanálisis en extensión, es decir, las publicaciones, las instituciones psicoanalíticas que se hacen cargo de la formación de los analistas, los seminarios, etc., sólo se hacen posible a partir del psicoanálisis en intención, es decir, del trabajo que se hace sobre el inconsciente de cada cura. La formación del analista

4 PERRES, J. Formar, deformar, conformar: Acerca de las categorías de lo transmisible en el advenir (institucional) del psicoanalista. VII Simposio. Ser y Quehacer del Psicoanalista. Círculo Psicoanalítico Mexicano A.C. México 5 al 7 junio, 1992.

concierno a lo que se pone en juego en la experiencia del análisis. Es evidente que la formación no implica que el psicoanalista detente un saber. El saber en juego en la experiencia analítica, el saber inconsciente, es ese que no se conoce.

Al tratar de vincular un poco lo que estamos discutiendo con aquella realidad, nuestra realidad, de la cual partimos - para emprender esta investigación, nos damos cuenta que de todas estas afirmaciones, de todos estos planteamientos teóricos teníamos conocimiento ya, pero no, debo decir "lo habíamos vivido ya", porque esto no pasa por un papel, no pasa por un conocimiento, pas por la piel y por todos y cada uno de los sentidos. . ."es verdad que todas las demás vertientes -- vinculadas al aprendizaje de la teoría psicoanalítica, podrán integrarse de una manera completamente diferente a partir de un análisis personal"

Y quizá esto nos lleva a aceptar una realidad que no nos habíamos atrevido a ver antes: No es posible seguir trabajando con aquellos pequeños de la práctica, al menos desde un enfoque psicoanalítico, si no hay un análisis personal de por medio para los terapeutas responsables. Aunque de antemano sabemos que para los alumnos de la carrera es prácticamente imposible pagar un análisis fuera de la institución. Porque debemos olvidarnos de aquellas experiencias en las que los estudiantes de la práctica contaban además de la teoría y la supervisión, con un espacio de escucha y formaban parte de un

5 QUIJANO, L. Psicoanálisis en intención y en extensión. En: Actas de la Reunión Lacanoamericana de Psicoanálisis. Mar de la Plata, 26-29 de octubre de 1989. Ed. Nueva Visión. Buenos A. 1990.

grupo operativo. Eran tres personas con formación psicoanalítica las que se hacían cargo de estas funciones. Aquello terminó en una terrible confusión, los chicos en momentos no sabían - si se estaban dirigiendo por ejemplo a Alfredo su terapeuta o a Alfredo el maestro.

Si recordamos, en el Instituto Mexicano de Psicoterapia Psicoanalítica de la Adolescencia, la supervisión y el análisis son funciones que se encuentran bajo un estricto control, pues las personas que allí se forman y que brindan un servicio terapéutico a los adolescentes sólo pueden analizarse y supervisarse con aquellos que han sido autorizados por la propia institución, un espacio en donde habita el quehacer psicoanalítico, y sin embargo lo que de inmediato se respira es poder, hermetismo...frialdad.

Jacques-Alain Miller⁶ habla de la identificación del psicoanalista con la posición del Otro, la posición del Otro, dice, es una posición de amo y en este tipo de Asociaciones el psicoanalista se identifica gustoso al amo, al maestro, al -- que exhorta, al Otro poderoso. La cura se presenta entonces como una especie de educación, una educación por sugestión - del paciente, y el analista simplemente se ofrece él mismo en la experiencia como la verdadera medida de la realidad, el que sabe lo que la realidad debe ser, es decir, muy ingenuamente el psicoanalista se constituye como el nec plus ultra de la - experiencia universal. En ese sentido, y según Jacques-Alain

⁶ MILLER, J. Recorrido de Lacan. Manantial, Argentina, 1991. pág. 88-89.

Miller, la cura se convierte en una empresa de adoctrinamiento que tiene como consecuencia el aplastamiento de la dimensión propia de un deseo fundamentalmente irreductible.

En la Universidad Autónoma del Estado de Morelos se esta llevando a cabo una experiencia clínica diferente, en donde efectivamente, para aquellas personas que se hacen cargo del trabajo clínico no tienen cabida las consignas de analizar se y supervisarse sólo con las personas autorizadas por la institución. El terapeuta busca, bajo su responsabilidad, la supervisión y el análisis de acuerdo a sus intereses y posibilidades, no es algo que se exige, así como tampoco se le obliga a atender a un paciente, "el sabe", dice Poladori, siente cuando esta en condiciones de poder hacerlo.

Braunstein⁷, después de analizar las relaciones de poder, la rigidez y el elitismo que se viven en las Asociaciones Psicoanalíticas, dice. la Universidad es el peor lugar para el quehacer psicoanalítico con excepción de todos los demás. Habla incluso de la relación conflictiva y al mismo tiempo necesaria entre psicoanálisis y Universidad. No porque el psicoanálisis se presente como el saber que viene a colmar lo que les falta a los otros saberes, sino que se presenta como una conciencia crítica de las ciencias del hombre, como un interlocutor que cuestiona, cuestionándose así mismo esta idea del universo del saber que representa la Universidad.

Sin embargo, al revisar la propuesta de intervención clínica psicoanalítica que se implementó en la Universidad Autó-

⁷ BRAUNSTEIN, N. La Universidad y el Psicoanálisis. En: Biccasi, M. Ducoing, P.; Escudero, C. Psicoanálisis y Educación. Facultad de Filosofía y Letras de la UNAM, México, 1990.

noma del Estado de Morelos, veíamos que la libertad que se le brinda al alumno respecto al análisis personal y a la supervisión puede representar cierta irresponsabilidad por parte de la institución, pues la realidad muestra que el estudiante -- llega a hacerse cargo de un caso sin estar respaldado por una experiencia de análisis, argumentos que fueron confirmados por los planteamientos de Colette Soler⁸ y colaboradores, quienes sostienen que la institución no debe ni podría ser el agente que instituye al psicoanálisis, lo que no quiere decir que -- se desentienda de garantizar su formación. Si bien la institución no debe imponer el control, le queda garantizar el analista que haya hecho sus pruebas.

Si revisamos detenidamente estas últimas aseveraciones, podríamos deducir que entre psicoanálisis e institución puede existir una relación, como dice Braunstein, conflictiva y al mismo tiempo necesaria, ¿significa esto que debemos olvidarnos de todos aquellos argumentos, que afirman que el psicoanálisis es subversivo, y en este sentido no se puede apresar en un engranaje institucional?.

4. Psicoanálisis vs Institución

José Ferrer⁹ nos dice: Debería ser algo evidente para todos nosotros que todo advenimiento de un psicoanalista es -- siempre, y nunca puede dejar de ser institucional(al igual que toda conformación de una estructura psíquica, de un sujeto psíquico).

⁸ SOLER, C. et.al. Standars no-standars. En: ¿cómo se analiza -- hoy?. Tercer Encuentro Internacional del Campo Freudiano. Ed. Manantial. SRI, 1984.

⁹ op.cit.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Lo institucional, dice, no se sobreagrega al psiquismo ya formado, sino que contribuye a fundarlo, precede al individuo y lo introduce en el orden de la subjetividad, predisponiendo las estructuras de la simbolización mediante la presentación de la ley, la introducción al lenguaje articulado, mediante - la disposición y los procedimientos de adquisición de los puntos de referencia identificatorios.

Eugéne Enriquez ¹⁰ dice que la institución es una madre englobadora y devoradora y al mismo tiempo una madre benévola y nutricia que nos ahoga y nos abraza, nos mata y nos hace vivir. Porque si bien la institución en la medida en que tiende a formar y socializar a los individuos de acuerdo a un patrón específico, desempeña un papel esencial en la regulación social global, también la institución nos brinda la seguridad de la ley, eludiendo la angustia del caos, sosteniendo la función - de los ideales, claro en la medida en que cada cual ocupe su lugar dentro de ella y contribuya a su mantenimiento.

Por eso René Kés ¹¹ dice que sufrimos por el exceso de - la institución, pero también sufrimos por su falta.

Finalmente, y para cerrar con esta discusión recuperemos un planteamiento de José Perres. Más allá de todas las buenas intenciones del quehacer psicoanalítico, entran en juego di--mensiones vinculadas al ejercicio del poder, a las relaciones de poder, de saber, de prestigio, al sostenimiento de los marcos institucionales, etc., todo lo que no puede verse tan só-

10. ENRIQUEZ, E. El trabajo de la muerte en las instituciones. En R. Kés, et. al. La institución y las instituciones. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1989.

lo como patologías institucionales sino como totalmente constitutivas de todo agrupamiento humano y, con ello, de la misma estructuración del psiquismo.

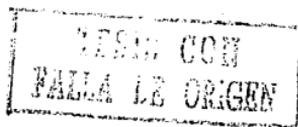
Ante la contundencia de estas declaraciones, sólo nos resta decir, que el psicoanálisis tendrá que sortear de alguna manera este juego de situaciones, de dimensiones conjugadas, que necesariamente tendrá que vivir si pretende incursionar en el ámbito institucional.

En alguna de sus aportaciones, Ferrés nos dice que cualquier trabajo que pretenda ser psicoanalítico debe pasar necesariamente por niveles de transgresión.

Si pudieramos sustraer la esencia de nuestra historia en aquel espacio universitario, nuestro espacio universitario, porque a pesar de todo así lo consideramos, si pudieramos hacerlo, y concentrarlo en una sola palabra, esa palabra sería transgresión. No sé cuando empezó, cuál fué el primer eslabón, quizá nuestra negativa ante el saber oficial que debía ser transmitido, de lo que si estoy segura es que nuestra mayor transgresión fué hablar, decir, protestar, denunciar que no estábamos dispuestos a continuar en aquel engranaje de uniformización, que no estábamos dispuestos a contribuir en la preservación de situaciones que no podían seguirse manteniendo en la inmovilidad : se estaban obturando pequeñas vidas reduciéndolas al mutismo total.

René Lourau¹² dice que el trabajo psicoanalítico permite revelar la estructura oculta o tácita de la institución, pro-

11 KAES, R. "Realidad psíquica y sufrimiento en las instituciones" op.cit.



vocandola, obligandola a hablar a través del acting-out, es - decir, el psicoanálisis permite que el grupo pueda a través del acting-out percatarse de su propia estructura.

Es verdad que los estudiantes de la práctica quizá no -- puedan tener un fácil acceso al análisis personal, también de bemos admitir que no podemos revocar controles administrati-- vos, sin embargo es nuestro deber decir que nada de esto po-- drá impedirnos de ninguna manera el seguir comprometidos con un pensamiento, y sobre todo, el tener una responsabilidad -- ante un sujeto que deposita su sentir en nuestras manos.

La institución podrá impedirnos muchas cosas, pero noso-- tros seguiremos cuestionándola y ella claro, seguirá cuestio-- nándonos a nosotros. Sin saber que tal vez esta tarea de -- cuestionamiento, de provocación pueda ayudarla a no naufra-- gar, y en ese sentido nos atrevemos ahora a decir que el psi-- coanálisis necesita de la institución, pero la institución ne-- cesita también del psicoanálisis, o en las palabras ya tan ci-- tadas de Braunstein, entre ellos se establece una relación - conflictiva pero también necesaria. ¿Qué queremos decir con esto?.

Eugéne Enriquez al final de su artículo sobre el trabajo de la muerte en las instituciones, y hablando de la posibili-- dad de que una institución sucumba, nos dice: "el trabajo de la muerte tiene dos rostros, el de la destrucción, signo del odio por la forma viviente, y el de la destrucción de la uni--

12 LOURAU, R. El análisis institucional. Cap. 7. Hacia la inter-- vención socioanalítica. Amorrortu editores, Buenos Aires, Argentina, 1988.

dad-identidad, signo de amor por la variedad", y agreguemos nosotros : acaso el psicoanálisis no es aquel que irrumpe en la institución cuestionando la uniformización y la adaptación a esquemas establecidos, acaso no es aquel al que se le llama subversivo.

Y continua Eugéne Enriquez, desgraciadamente "las instituciones corren el peligro de no ver en Tánatos... más que su faz demoniaca real".

Cerremos nuestro reporte con las últimas líneas del artículo de Eugéne : ... si las instituciones ..."aceptan no espantarse ante la muerte y mantenerse en ella, tienen la posibilidad de hacer surgir la vida o de encontrarla en el yermo país donde nada hubiera hecho sospechar su presencia".

A N E X O

Copias de las cartas que se enviaron a las diferentes instituciones.

México, D.F. a 13 de mayo de 1991.

Dr. Jorge García Babaraco
Director de la Escuela Roster

Le dirijo a usted con el propósito de solicitarle información acerca de bibliografía o direcciones-- quizás de Instituciones de corte psicoanalítico que estén operando en la Argentina.

Formo parte de un grupo de psicólogos egresados que está llevando a cabo un proyecto de investigación en la Universidad Nacional Autónoma de México que lleva por título "Alcances y Límites en la formación de Psicoterapeutas en Clínica de Rehabilitación Institucional". Nuestro objetivo son las Instituciones Psicoanalíticas de atención a niños - que se han formado en diferentes partes del mundo, Instituciones como hospitales o clínicas en las que se tratan problemas de psicosis, deficiencia mental, etc. Me interesa saber todo lo referente al funcionamiento, horarios, personal, tratamiento, etc.

Le suplico me diga si puedo contar con su ayuda, y si es así le pido también me indique cuanto tengo que enviarle para lo que se necesite.

Agradeciendo de antemano su atención y esperando nuevamente su pronta contestación, se despide de usted

Laura Hernández Hernández.

México, D.F. a 13 de mayo de 1991.

Dr. Juan Carlos Suarez
Director de la Asociación Psicoanalítica Argentina

Me dirijo a usted con el propósito de solicitarle información acerca de bibliografía o direcciones— quizá de Instituciones de corte psicoanalítico que estén operando en la Argentina.

Fermo parte de un grupo de psicólogos egresados que está llevando a cabo un proyecto de investigación en la Universidad Nacional Autónoma de México que lleva por título "Alcances y Límites en la formación de Psicoterapeutas en Clínica de Rehabilitación Institucional". Nuestro objetivo son las Instituciones Psicoanalíticas de atención a niños — que se han formado en diferentes partes del mundo. Instituciones como hospitales o clínicas en las que se traten problemas de psicosis, deficiencia mental, etc. Me interesa saber todo lo referente al funcionamiento, horarios, personal, tratamiento, etc.

Le suplico me diga si puedo contar con su — ayuda, y si es así le pido también me indique cuanto tengo que enviarle para lo que se necesite.

Agradeciendo de antemano su atención y su — plicando nuevamente su pronta contestación, se despide de usted

Laura Hernández Hernández.

Mexico, D.F. a 14 de mayo de 1991

Sr. Director de la Asociación Psicoanalítica
de Buenos Aires

Me dirijo a usted con el propósito de solicitarle información acerca de bibliografía o direcciones — quizás de Instituciones de corte psicoanalítico que estén operando en la Argentina.

Formo parte de un grupo de psicólogos egresados que este llevando a cabo un proyecto de investigación en la Universidad Nacional Autónoma de México que lleva por título "Alcances y Límites en la formación de Psicoterapeutas en Clínica de Rehabilitación Institucional". Nuestro objetivo son las Instituciones Psicoanalíticas de atención a niños — que se han formado en diferentes partes del mundo. Instituciones como hospitales o clínicas en las que se traten problemas de psicosis, deficiencia mental, etc. Me interesa saber todo lo referente al funcionamiento, horarios, personal, tratamiento, etc.

Le suplico me diga si puedo contar con su ayuda, y si es así le pido también me indique cuanto tengo que enviarle para lo que se necesite.

Agradeciendo de antemano su atención y suplicando nuevamente su pronta contestación, se despide de usted

Laura Hernández Hernández.

México, D.F. a 14 de mayo de 1991

Sr. Director de la Comisión del Campo Freudiano
en Argentina

Me dirijo a usted con el propósito de solicitarle información acerca de bibliografía o direcciones — quizá de Instituciones de corte psicoanalítico que estén operando en la Argentina.

Fermo parte de un grupo de psicólogos egresados que este llevando a cabo un proyecto de investigación en la Universidad Nacional Autónoma de México que lleva por título "Alcances y límites en la formación de Psicoterapeutas en Clínica de Rehabilitación Institucional". Nuestro objetivo son las Instituciones Psicoanalíticas de atención a niños — que se han formado en diferentes partes del mundo. Instituciones como hospitales o clínicas en las que se traten problemas de psicosis, deficiencia mental, etc. Me interesa saber todo lo referente al funcionamiento, horarios, personal, tratamiento, etc.

Le suplico me diga si puedo contar con su ayuda, y si es así lo pido también me indique cuanto tengo que enviarle para lo que se necesite.

Agradeciendo de antemano su atención y suplicando nuevamente su pronta contestación, se despide de usted

Laura Hernández Hernández,

México, D.F. a 4 de noviembre de 1991.

Dr. Eduardo Galíndez
Jefe de la Sala IX del Servicio de Cirugía
Cardiovascular del Hospital de Niños

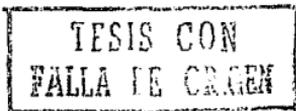
Un grupo de psicólogos egresados estamos -
llevando a cabo un proyecto de Investigación en la Universi-
dad Nacional Autónoma de México que lleva por título " Alcan-
ces y Límites en la formación de Psicoterapéutas en Clínica
de Rehabilitación Institucional". Nuestro objetivo son las -
Instituciones Psicoanalíticas de atención a niños que se han
formado en diferentes partes del mundo.

Me dirijo a usted porque he tenido contac-
to con algunos materiales de A. Aberastury, específicamente
"El psicoanálisis de niños y sus aplicaciones". Por medio de
este libro me he enterado que en el servicio de cirugía car-
diovascular del Hospital de Niños de Buenos Aires se trabaja
con una orientación psicoanalítica. Mi propósito entonces es
solicitarle toda la información posible acerca de este servi-
cio, además de alguna otra información que me fuera útil, por
ejemplo direcciones de otras instituciones de corte psicoana-
lítico.

Le suplico me diga si puedo contar con su
ayuda, y si es así le pido también me indique cuanto tengo -
que enviarle para lo que se necesite.

Agradeciendo de antemano su atención, se
despide de usted

Laura Hernández Hernández



México, D.F. a 4 de noviembre de 1991

Sr. Director de la Cátedra de Odontopediatría
de la Facultad de Odontología de Buenos Aires, Argentina

Un grupo de Psicólogos egresados estamos llevando a cabo un Proyecto de Investigación en la Universidad Nacional Autónoma de México que lleva por título "Alcances y Límites en la formación de Psicoterapeutas en Clínica de Rehabilitación Institucional". Nuestro objetivo son las Instituciones Psicoanalíticas de atención a niños que se han formado en diferentes partes del mundo.

Me dirijo a usted porque he tenido contacto con algunos materiales de A. Aberastury, específicamente "El psicoanálisis de niños y sus aplicaciones". Por medio de este libro me he enterado que en el servicio que brinda la cátedra de Odontopediatría de la Facultad de Odontología se utilizó desde 1963 una técnica de grupo de niños y madres o acompañantes con orientación psicoanalítica, no sé si todavía se tenga el mismo enfoque. De cualquier manera mi propósito es solicitarle toda la información posible acerca de este servicio, además de alguna otra información que me fuera útil, por ejemplo direcciones de otras instituciones de corte psicoanalítico.

Le suplico me diga si puedo contar con su ayuda, y si es así le pido también me indique cuanto tengo que enviarle para los materiales que se necesiten.

Agradeciendo de antemano su atención y suplicando nuevamente su pronta contestación, se despide de usted

Laura Hernández Hernández

TESIS CON
FALLA LE ORIGEN

México, D.F. a 5 de noviembre de 1991.

Dr. Leonardo Goijman
Director de la Asociación Psicoanalítica Argentina

Fermo parte de un grupo de psicólogos - egresados que esta llevando a cabo un proyecto de investigación en la Universidad Nacional Autónoma de México que lleva por título "Alcanos y Límites en la formación de Psicoterapeutas en Clínica de Rehabilitación Institucional". Nuestro objetivo son las Instituciones Psicoanalíticas de atención a Niños que se han formado en diferentes partes del mundo. Es por eso que me dirijo a usted con el propósito de solicitarle información acerca de bibliografía o direcciones quizá de Instituciones de corte psicoanalítico que esten operando en la Argentina, Instituciones como hospitales o clínicas en las que se traten problemas de psicosis, deficiencia mental, etc. Me interesa saber todo lo referente al funcionamiento horario, personal, tratamiento, etc. Principalmente nos interesa conocer la dirección del Centro de Diagnóstico y terapéutica de los problemas del desarrollo infantil, "Dra. - Lydiá Coriat", del cual nos hemos enterado por medio de un libro de Alfredo Jerusalinsky.

Le suplico me diga si puedo contar con su ayuda, y si es así le pido también me indique cuanto tengo que enviarle para los materiales que se necesiten.

Agradeciendo de antemano su atención y suplicando nuevamente su pronta contestación, se despide de usted

Laura Hernández Hernández

7. BIBLIOGRAFIA

- ABERASTURY, A. "Ansiedades en los padres y en los hijos - frente a la experiencia odontológica". En: Revista Argentina de psiquiatría y psicología de la infancia y - de la adolescencia. Buenos Aires, S.A.P.P.I.A. Año I, Nos. 3/4, sept-dic, 1970. pag. 68-76
- ABERASTURY, A. El psicoanálisis de niños y sus aplicaciones. Paidós, México, 1986.
- BETTELHEIM, B. La fortaleza vacía. Ed. Laia, Barcelona, 1972.
- BLEGER, J. El grupo como institución y el grupo en las instituciones. En: Kaës, R. et.al. La institución y las instituciones. Paidós, Buenos Aires, 1989. pag. 68-83.
- BRAUNSTEIN, N. El encargo social y las premisas operantes en la psicología clínica. En: Psicología, Ideología y Ciencia. México, Siglo XXI, 1984. pág. 395
- BRAUNSTEIN, N. La universidad y el Psicoanálisis. En: Biccasi, M.; Duccong, P.; Escudero, O. Psicoanálisis y Educación. Facultad de Filosofía y Letras de la UNAM, México, 1990.
- EGOZCUE, M. Odontopediatría y Psicología. Ediciones Kargicman, Buenos Aires, 1988.
- ENRIQUEZ, E. El trabajo de la muerte en las instituciones. En: Kaës, R. et.al. op.cit.
- ETCHEGOYEN, H. Los fundamentos de la técnica psicoanalítica. Amorrortu editores, Buenos Aires, 1986.
- JERUSALINSKY, A. et.al. Psicoanálisis en problemas del desarrollo infantil. Argentina, Ediciones Nueva Visión, 1988.
- KAES, R. Realidad psíquica y sufrimiento en las instituciones. En: Kaës, R. op.cit.

- LANGER, M.; SIBIEGO, A.; ULLOA, F. Psicoterapia psicoanalítica grupal en instituciones. En: Memorias de la VI Semana Psiquiátrica del Norte, Monterrey. Sociedad Psiquiátrica de Monterrey. México, 1977.
- LUCHINA, I. El grupo Balint. Hacia un modelo clínico situacional. Paidós. Grupos e Instituciones. Argentina, 1982.
- LOURAU, R. El análisis institucional. Cap. 7 "Hacia la intervención socializante". Amorrortu editores, Buenos Aires, Argentina, 1988.
- MACI, G. El analista y el Otro". En: De la clínica psicoanalítica: espacios y fundamentos. 2º Congreso Metropolitano de Psicología. Asociación de Psicólogos de B.A.A. 1983.
- MANNONI, W. La escuela paralela, los equipos de cuidados. En: La educación imposible. Siglo XXI. México, 1986.
- MEDICI de Steiner, C. y col. Psicoprofilaxis quirúrgica - en niños. En: Foladori, A. Cuadernos de clínica infantil. Facultad de comunicación Humana. Universidad Autónoma del Estado de Morelos. México, 1990.
- MILLER, J. Recorrido de Iacan. Manantial, Argentina, - 1994. pag. 88-89.
- MUÑOZ, T. Introducción al conocimiento psicológico en la atención al niño. Experiencia piloto docente-asistencial de pregrado. Rev. Fac. Odont. U.B.A.
- PERRES, J. Formar, de formar, conformar: Acerca de las categorías de lo transmisible en el devenir (institu-

- cional) del psicoanalista. VII Simposio. Ser y Quehacer del psicoanalista. Círculo Psicoanalítico Mexicano A.C. México 5 al 7 de junio, 1992.
- PRELIASCO, A. y col. Una experiencia en la enseñanza de posgrado de la Odontopediatría. Rev. Asoc. Odont. Argentina, Vol. 70 N° 5, julio 1982.
 - QUIJANO, L. Psicoanálisis en intención y en extensión. En: Actas de la Reunión Latinoamericana de Psicoanálisis. Mar de la Plata, 12-29 de octubre de 1989. Ed. Nueva Visión. Buenos Aires, 1990.
 - RADOSH, C. Silvia. "Formación analítica, individual y grupal". En: Asociación Mexicana de Psicoterapia Psicoanalítica de Grupos (AMPAG) A.C. Revista de Análisis Grupal. Vol. especial. Praxis Institucional. Año 1989. Registro en trámite.
 - SOLER, L. et al. Standars no-standars. En: ¿cómo se analiza hoy?. Tercer encuentro del campo freudiano. Ediciones Manantial, SRI, 1984.
 - STRACHEY, J. En: Masio, J. Los ojos de Laura. Amorrortu editores, Buenos Aires, 1987. pag. 28
 - VISCONDA, M. "Sendas Psicoanalíticas". En: De la Clínica Psicoanalítica: espacios y fundamentos. 2° Congreso Metropolitano de Psicología. Asociación de Psicólogos de Buenos Aires, Argentina, 1983.