



Universidad de Chile
Facultad de Ciencias Sociales
Escuela de Psicología

Psicoanálisis en la institución hospitalaria: Análisis sobre el abordaje de la demanda de tratamiento en el contexto de la clínica con adolescentes en el Hospital San Juan de Dios

Memoria para optar al título de Psicólogo.

Autor:

Paulo Palma Gallardo.

Docente tutor:

Pablo Reyes Pérez

Docentes informantes:

Marianella Abarzúa Cubillos

Danilo Sanhueza Órdenes

Santiago, 2019.

"Parece haber terminado el tiempo de fermentación con que se inicia una creación nueva"

G. W. F. Hegel

"...un cronopio tiene un hijo, y en seguida lo invade la maravilla y está seguro de que su hijo es el pararrayos de la hermosura y que por sus venas corre la química completa con aquí y allá islas llenas de bellas artes y poesía y urbanismo... (...). El hijo, como es natural, lo odia minuciosamente. Cuando entra en la edad escolar, su padre lo inscribe en primero inferior y el niño está contento... Pero se va desmejorando a medida que se acerca el mediodía, porque sabe que a la salida lo está esperando su padre, quien al verlo levantará las manos y dirá diversas cosas, a saber: -Buenas salenas cronopio cronopio, el más bueno y más crecido y más arrebolado y más prolijo y más respetuoso y más aplicado de los hijos! Con lo cual las famas y las esperanzas junior se retuercen de risa en el cordón de la vereda, y el pequeño cronopio odia empecinadamente a su padre y acabará siempre por hacerle una mala jugada entre la primera comunión y el servicio militar...los cronopios no sufren demasiado con eso, porque también ellos odiaban a sus padres, y hasta parecería que ese odio es otro nombre de la libertad o del vasto mundo."

Julio Cortázar, *Educación de príncipe*.

Agradecimientos

A mi familia. Afectuosamente a Sergio, mi padre, y Maritza, mi madre, participes de este largo camino. A Jennifer, colaboradora en todos mis pequeños y grandes proyectos.

A Elizabeth, por su palabra guía.

A Jocelyn.

A Guillermina.

A la pequeña Estela.

A la familia del sur, esa que se ve poco, pero que vive en lo más íntimo de mis recuerdos bellos. A Carmen, sobre todo.

A Pablo Reyes, por su constante apoyo: con la palabra justa, la referencia exacta, la opinión constructiva.

A María José Reyes, y Pablo Rojas. Referentes constantes no solo a nivel teórico, sino también humano.

A mis amigos y amigas, base de todo cuanto hay y habrá.

A Angie, a Rodrigo, a Mauricio, a Eyki.

Dedicado a la memoria de Marcos Antonio Astete Aranzaes.

Índice

	Página
Introducción.....	1
Marco teórico.....	9
El concepto de demanda en el psicoanálisis lacaniano.....	10
Puntualizaciones sobre la demanda en la adolescencia.....	19
Metodología.....	24
Viñetas clínicas y análisis.....	27
Sobre el Hospital San Juan de Dios.....	28
Camilo.....	30
Danay.....	35
David.....	38
Nelson.....	44
Maite.....	51
Discusión general: cinco reflexiones teórico-clínicas.....	58
Sobre los filtros institucionales para acceder a tratamiento.....	58
Sobre el trabajo con pacientes que no manifiestan una demanda de tratamiento.....	60
Institución de salud, demandas de salud: el bienestar.....	63
El espacio en las adolescencias.....	66
Sobre el trabajo con los adultos responsables.....	67
Conclusión.....	69
Bibliografía.....	72

Resumen

La inserción del psicoanálisis en la institución médica es compleja, ya que entre ambos media una distancia epistémica y técnica que genera problemáticas en su articulación a la hora de ofrecer tratamiento en temáticas de salud mental. Para efectos de investigar esta vinculación, es que, a partir de la práctica clínica del autor en el Hospital San Juan de Dios, se escogió como objeto de estudio la enunciación de la demanda de tratamiento por parte del paciente adolescente. Esto porque ahí se produce un encuentro entre la lógica institucional y la psicoanalítica. Esta investigación se propone como un espacio de reflexión teórico-práctica, que utilizando una metodología de sistematización de experiencias narra cinco casos que, trabajados individualmente, sirven para elaborar una discusión que integra elementos tales como demanda, institución, adolescencia y salud. Finalmente se ofrecen elementos técnicos que pueden servir como recomendaciones para el tratamiento de la demanda en la institución.

Introducción

La memoria de titulación que a continuación se presenta, es una integración teórico-práctica, basada en la experiencia del autor durante la práctica profesional, realizada durante el año 2017.

Dicha práctica profesional se realizó en un hospital público de la Región Metropolitana, el Hospital San Juan de Dios, durante un período de 10 meses, en la Unidad de Adolescencia y Transición, dependiente del Departamento de Pediatría del Centro de Diagnóstico Terapéutico (CDT) el cual se caracteriza por brindar atención ambulatoria.

La Unidad de Adolescencia y Transición se compone por una médica y dos psicólogas, a los que se suman los practicantes de psicología anuales y médicos pasantes de la especialidad de pediatría. Ésta aborda problemáticas de adolescentes y sus contextos, desde una perspectiva bio-psico-social, como dictan las políticas de salud en los establecimientos públicos del país. Cabe destacar a este respecto que el enfoque principal de los psicólogos de la Unidad es el psicoanalítico.

Es en este contexto en el que inicia una experiencia profesional desde la cual se pudieron extraer principalmente problemáticas y reflexiones acerca del lugar del psicoanálisis y la labor del analista en una institución pública de salud.

Así, para caracterizar el problema que ocupa esta investigación es necesario dar cuenta que la relación del psicoanálisis con las instituciones de salud, donde este muchas veces encuentra el alero de su práctica, ha sido espinosa y no exenta de polémicas y continuas reflexiones.

Esta situación encuentra su arraigo en la historia del psicoanálisis, desde la cual es posible dar cuenta que uno de los motivos principales por lo que esto ocurre, es debido a que su origen y desarrollo teórico más temprano fue en un contexto clínico privado, es decir, encontró sus primeras teorizaciones en la praxis investigativa fuera de la institución pública o de beneficencia estatal (Danto, 2013). Lo anterior es relevante de mencionar porque desde ahí es posible entender la consecuente y posterior búsqueda de expansión de la práctica analítica hacia horizontes que le aseguraran un rol e impacto social mayor.

Dicha búsqueda venía de la mano con un ánimo político claro de incluir la salud mental en el ámbito público, cuestión que hasta el momento no había sido considerada por los estados como ítem de financiamiento.

De esta manera dichas consideraciones fueron resumidas y expuestas por primera vez por Sigmund Freud (1919/1976) en la conocida alocución del 5° Congreso Psicoanalítico Internacional de Budapest, la cual fue ampliamente recepcionada y replicada por los psicoanalistas de la época. Este hecho marca de forma definitiva el curso que van a tomar las cosas a este respecto. (Danto, 2013)

Dicha alocución incluida en las Obras Completas del autor con el título de “*Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica (1920)*”, versa principalmente sobre temáticas clínicas, pero es hacia el final y aprovechando su audiencia donde argumenta:

“Por otro lado, puede preverse que alguna vez la conciencia moral de la sociedad despertará y le recordará que el pobre no tiene menores derechos a la terapia anímica que los que ya se le acuerdan en materia de cirugía básica. Y que las neurosis no constituyen menor amenaza para la salud popular que la tuberculosis, y por tanto, lo mismo que a esta, no se las puede dejar libradas al impotente cuidado del individuo perteneciente a las filas del pueblo.” (Freud, 1919/1976, p. 162)

Así, el espíritu social demócrata vertido por Freud en sus palabras (muy en sintonía con su panorama político, la llamada ‘Viena Roja’), revela desde un principio un ánimo de reflexionar sobre lo que está pasando en la sociedad a propósito del rol del Estado sobre la salud mental y sobre el acceso a esta por parte de los ciudadanos, cuestión que cobra relevancia en una Europa en guerra que estaba sufriendo profundos reordenamientos políticos y sociales, sobre todo a propósito del armisticio que vendría inminentemente.

De esta manera se inaugura en la comunidad psicoanalítica la perspectiva de contar con la técnica psicoanalítica como una herramienta al servicio del Estado y de la sociedad en su conjunto.

Su primera cristalización, el *Poliklinik*, de Berlín, y luego el Ambulatorium vienés, centros gratuitos de tratamiento y formación de analistas, fue el primer acercamiento, que ya para la década de 1920 estaba en completo funcionamiento, proponiéndose como una de las experiencias claves para pensar la posición del psicoanálisis a nivel social.

Iniciativas posteriores como la de Wilhelm Reich con la conocida clínica Sex-Pol (acrónimo de Sociedad Alemana de Políticas Sexuales Proletarias) o la clínica Tavistock en Inglaterra fueron experiencias de asentamiento a este respecto (Danto, 2013).

Sin embargo, y volviendo al texto antes citado, Freud (1919/1976) reflexiona:

“Y también es muy probable que en la aplicación de nuestra terapia a las masas nos veamos precisados a alear el oro puro del análisis con el cobre de la sugestión directa, y quizás el influjo hipnótico vuelva a hallar cabida, como ha ocurrido en el tratamiento de los neuróticos de guerra” (p. 163).

De aquí se desprenden una serie de preocupaciones sobre lo que irá a ocurrir con el psicoanálisis. Por un lado se busca encontrar un nicho donde “multiplicar nuestro número [de pacientes] hasta el punto de poder tratar grandes masas de hombres” (p.162), pero asalta la idea de que eso pueda significar una regresión a un estadio pre-analítico, marcados por la técnica de la sugestión.

De facto, la preocupación de Freud es una preocupación por lo que le pueda ocurrir al psicoanálisis en la inserción en un contexto institucional, es decir, en la relación y transformación que se establezca entre ambos.

Este precedente tan importante, es una muestra de lo que ocurrió y sigue ocurriendo en el psicoanálisis, esto es, preguntarse sobre el papel del psicoanálisis y del psicoanalista al interior de las instituciones. Más aun considerando que la introducción del saber analítico no solamente ha encontrado, en la actualidad, lugar en las instituciones médicas, sino que además en el ámbito jurídico (Greiser, 2012), escolar (Soler, 1983), organizacional y del trabajo (Dejours, 2009; De Board, 1980), entre otras experiencias.

Entonces, se hace necesario en lo sucesivo contar con una caracterización del concepto de institución. Se considerarán dos definiciones. Por un lado, se considerará a las instituciones como “el conjunto de las formas y las estructuras sociales instituidas por la ley y la costumbre: regula nuestras relaciones, nos preexiste y se impone a nosotros: se inscribe en la permanencia.” (Kaës, 1989, p.22). Por otro lado, Hodgson (2011) refiere que “las instituciones son sistemas de reglas sociales establecidas o inmersas que estructuran las interacciones sociales.” (p.44). Este último autor admite que las definiciones de

institución son difusas, pero que dicha definición propuesta contiene elementos más o menos generales a la gran cantidad de teorías a las que hace revisión.

Ambas definiciones presentadas dan cuenta de una cierta relación con la ley, las reglas y la regulación, respecto a las instituciones. Pero no solamente eso, sino que además éstas se inscriben en la permanencia, es decir, tienden a la auto reproducción en la sociedad.

En este caso particular, la institución asistencial presenta sus determinados objetivos terapéuticos, dados a partir de su cierto contexto histórico (Kaës, 1989). Evidentemente estos objetivos y las reglas con las que regula el campo de lo social no tienen por qué coincidir con la aplicación del psicoanálisis.

Entonces, podría pensarse que la institución impone una cierta mediación con el sujeto que trata el psicoanálisis. Esta problemática queda de manifiesto cuando se piensa, por ejemplo, en la lógica hospitalaria de la derivación, es decir, de una cierta administración del malestar que implica un cierto recorrido, incluso física, en la institución previo a la llegada al box clínico.

En este caso particular entonces, se deben considerar factores tensionantes clave de la inserción actual del psicoanálisis en la institución. Por ejemplo, el diálogo con la misión y visión de la misma, de su trama de jerarquías y burocracias particular, de las formas de administración del malestar de los pacientes y más específicamente también, de lo que se espera del quehacer de quien está en el lugar de psicólogo.

Pero la relación con la institución no agota las problemáticas, ya que también hay que considerar la relación del psicoanálisis con el saber médico ligado al discurso científico.

Uno de los ejes a este respecto, y que se establece como una tensión con los equipos de salud en el hospital es la distancia epistémica de uno y otro saber. Eidelsztein (2008) plantea al respecto que la ciencia, al ser un discurso hegemónico y tener una cierta relación al saber, funda un sujeto, que en su constitución de dividido, es antinómico a sí mismo como discurso. Producto de aquello produce formas de sutura. Dichas formas de sutura dicen relación con atribuirle ciertas características que lo harían propenso al

conocimiento estadístico, por lo que aplanada dicha subjetividad unificándolo y normalizándolo.

El psicoanálisis, en su clínica, lo que haría es restituir al sujeto en su dimensión de verdad, dando una respuesta particularizada a su malestar (Eidelsztein, 2008).

Por su parte, la respuesta que ha dado la ciencia para las manifestaciones del malestar a través de la medicina actual, se caracteriza por buscar la etiología o en su defecto el modo de acción de la enfermedad, preocupándose así de aliviar los síntomas dolorosos lo más eficazmente posibles, mediante su extinción o mediante paliativos. También se destaca el importante papel del médico al respecto de la promoción de la salud y la prevención (Callahan, D., y Hastings Center, 2004).

En ese contexto se produce un encuentro. Por un lado, la lógica médica se enfrenta al síntoma como algo externo, buscando en su clínica la extirpación, supresión, normalización o reeducación (podrá verse la generalidad de esta proposición). Mientras el saber psicoanalítico por su parte entiende la cura como la habilitación de “el camino de la palabra a este goce sexual, encapsulado y secuestrado, no disponible para el sujeto” (Braunstein, 2006, p.27), es decir, un proceso que ocupándose del discurso, descifra algo del sujeto que permite su localización respecto a su síntoma (Miller, 1997).

Entonces, la pregunta, con estos antecedentes, se hace evidente: ¿Cómo puede habitar el psicoanálisis una institución médica, sorteando las relevantes interferencias que se producen en relación con ella?

Las respuestas a propósito de esta pregunta han tenido que ver con repensar la posición del analista y su quehacer en la institución médica. Por ejemplo, algunas de ellas versan sobre los tiempos de duración de una terapia psicoanalítica, sobre lo terapéutico de un análisis (Miller, 2001), sobre la incidencia de la gratuidad en la transferencia o las formas de conclusión de un cierto tratamiento analítico (Barros, 2009), sobre la diferencia entre psicoanálisis puro y aplicado (Miller, 2001), sobre la relación del psicoanálisis con la medicina (Lacan, 1986), sobre el tratamiento de las urgencias (Sotelo, 2009), etc.

Así, este diálogo múltiple, en el contexto del trabajo con el malestar físico y psíquico al interior de la institución, adquiere relevancia en ciertos momentos clave de la

consulta de los pacientes, momentos en los que se pone en juego el peso fantasmático, simbólico y real, de una institución como el Hospital.

Para efectos del análisis de esta relación psicoanálisis e institución médica, que ocupa esta memoria, se ha escogido como objeto de estudio el momento del encuentro entre los usuarios de la salud mental y el analista, en el contexto hospitalario.

Dicho momento, conceptualmente tomará como foco el despliegue de la demanda de tratamiento dirigida al analista. Este despliegue se produce en las primeras entrevistas con el usuario y comprende las enunciaciones que le dirige al mismo para iniciar una cierta terapia.

En adelante, la demanda conceptualmente será entendida desde la teoría lacaniana como un concepto en relación con la necesidad y el deseo. Como un más allá de la necesidad, pero un más acá del deseo. Demandar es una petición de presentificación del Otro mediante la prueba de amor y se relaciona estrechamente con la posibilidad de instauración de la transferencia, más allá de la sugestión. (Eidelsztein, 2007). Este concepto ha encontrado ciertos usos técnicos en el dispositivo analítico, relacionado con las primeras entrevistas, (Miller, 1997) pero también en el curso de un análisis como un concepto que daría cuenta del ritmo de un análisis, es decir, su oscilar entre la sugestión y la transferencia. (Lacan, 1999).

Sinatra (2004) desarrolla al respecto que, el encuentro con un analista en el contexto de la institución, es el encuentro del paciente con el imaginario que ha construido sobre la institución y su saber, por ende, también sobre su posible cura, y sobre lo que implicará un encuentro con un profesional del área 'psi'. En ese sentido, quien consulta, se dirigirá al analista haciendo uso de una cierta fantasmática. Dicho momento es crucial, debido a que esta se pone en juego en la adjudicación del "lugar imposible" al analista, que marca la transferencia (Lauru, 2005).

En el contexto particular de esta investigación es posible dar cuenta de que la consulta de los pacientes muchas veces está teñida por factores como la historia del mismo hospital (su pasado y por consiguiente su reputación), experiencias anteriores con profesionales del mismo hospital, el historial familiar de atenciones en la institución, el rol del Estado respecto a la asistencia pública, e importantemente por la lógica médica del

alivio sintomático rápido con la que se ha atendido a los mismos o a otros síntomas presentados anteriormente en la institución.

Entonces, dada esta situación compleja a la que se enfrenta un análisis en una institución médica que habitualmente responde desde un cierto lugar, con una cierta clínica, es que se hace necesario desmarcarse de dicha posición, para desde un inicio frustrar la idea de aquél que consulta, que la curación será un mero aplanamiento del Otro simbólico, que será una extirpación del síntoma, como si fuese una cosa otra que influye en el sujeto de manera activa, pero también externa.

Así, al ser la lectura del psicoanálisis una lectura contraintuitiva respecto a esa forma de tramitar el malestar en una institución como el hospital, se hacen necesaria una cierta forma de acogimiento de aquello que el sujeto pide, que le permita introducir su división constitutiva, y, por ende, la metonimia asociada al síntoma. Es decir, ese algo que va más allá de la mera queja por lo que le está ocurriendo (Barros, 2009).

Dicho momento de inicio de tratamiento, por ende, incluye la posibilidad de estar obstruido, obturado, por una demanda demasiado teñida por el ideal de salud de la institución, cuestión que no permitiría al sujeto distinguirse en su propia trama sintomática (Miller, 1999), es decir, que no le permitiría percibirse en tanto sujeto de goce al interior de la institución médica (Lacan, 1988).

Esta forma de acogimiento de la demanda, se traduce en un acto analítico que logre posicionar los factores que se involucran en la modalidad de demanda que es traído a consulta, como también para posibilitar y favorecer el establecimiento de un vínculo transferencial, más allá de la sugestión.

Dicho acto analítico ha sido pensado de diversas maneras. Algunos teóricos han seguido la recomendación lacaniana de no responder a la demanda (Sinatra, 2004), desarrollado así, como un silencio perspicaz, que lejos de ser un semblante negador del sufrimiento, logre a la vez, dilucidar ese algo más adyacente a la queja inicial (Barros, 2009).

Evidentemente, se hace necesario considerar para efectos de esta investigación, el hecho de que el acogimiento de la demanda de tratamiento debe considerar ciertos

aspectos contextuales. En este caso, además de la institución, la especificidad de la clínica con adolescentes.

Esto porque como se ha descrito en la literatura, por un lado, el adolescente ocupa un lugar intermedio, incluso límite, respecto a sus padres. Un par de ejemplos de ello, es cuando el síntoma del adolescente se representa un conflicto entre los padres o porque es objeto del fantasma de la madre (Rassial, 1999; Lacan, 1988). Esto muchas veces implica cierto trabajo con los padres, quienes muchas veces también demandan algo al analista.

Por otro lado, también encontraremos ciertas modalidades de la demanda que pueden presentarse en la adolescencia, teniendo relación directa con lo que ocurre en dicho momento vital particular.

Entonces, en este campo ya delimitado, es necesario poner de relieve que las investigaciones son bastante dispersas y carecen de especificidad conceptual. Dicha situación propone a esta investigación como un acercamiento más detallado sobre este fenómeno, de forma situada, teniendo como horizonte responder la pregunta: ¿Cómo operar con la demanda de tratamiento en adolescentes en el Hospital San Juan de Dios?

De esta manera, se propone como una fuente de reflexiones a partir de la experiencia de un analista novel que en este tipo de prácticas clínicas establecidas por la institución universitaria, y dado lo limitado de dicho contexto, deja al analista en posición de iniciar más atenciones de las que se concluyen. Retomando la metáfora freudiana del tablero de ajedrez, es entonces provechoso analizar lo que son las entradas a análisis y sus vicisitudes, considerando de esta manera la enunciación de la demanda como una entrada posible.

Reflexionar sobre dichas entradas, además es importante considerando que en dicha posición de analista, se pone en juego la evaluación. Dicho elemento superyoico, se involucra también a la hora de recibir a los pacientes en el box clínico. El practicante necesita atender a otros para aprobar su estadía en la institución (ojalá con buenas calificaciones), por lo que algo de esa demanda podría interferir en el acogimiento en las primeras sesiones.

Finalmente, este panorama configura una situación relevante de ser analizada sobre todo por la aportación posible de estas reflexiones respecto a la inserción del saber analítico en instituciones de salud, y también por la posibilidad que brinda esta reflexión de proponer ciertos horizontes técnicos desde los cuáles sortear las problemáticas puestas de relieve.

De esta manera, la idea de esta investigación es reflexionar sobre el concepto de demanda. Para eso será necesario primeramente rastrear los principales desarrollos teóricos que se han expuesto en la literatura lacaniana, de forma de delimitar el concepto y a la vez situarlo en relación con otros conceptos adyacentes.

Posteriormente, se presentarán casos clínicos atendidos en el contexto de la práctica profesional en el Hospital San Juan de Dios. Dichos casos, presentados bajo una metodología de sistematización de experiencia, serán analizados a partir del concepto de demanda, destacando las distintas problemáticas técnicas que se suscitan en el acogimiento de una cierta demanda de tratamiento.

Finalmente, se propondrán reflexiones teórico-clínicas que se propondrán como respuesta posible a partir de esas problemáticas, con un enfoque situado, es decir, respondiendo a dichas problemáticas atendiendo al contexto particular desde dónde nace la investigación.

Marco teórico

En este apartado se presentarán diversos desarrollos teóricos respecto al concepto de demanda.

Por un lado se explorará en los desarrollos lacanianos vertidos en su obra. Pasando por el “Seminario V: las formaciones del inconsciente” (1999), como también incluyendo ciertas reflexiones de los textos “La significación del falo” (2009b) y “La dirección de la cura y los principios de su poder” (2009a). Estos textos fueron escogidos principalmente debido al papel protagónico que toma la demanda en su consistencia teórica, desplegando de esta manera las consecuencias de su debida teorización.

Cabe destacar que estas referencias además de desarrollar el concepto de demanda, ponen en perspectiva dicho concepto, con otros adyacentes: necesidad y deseo, por lo cual se hace necesario en esta exposición desarrollar algo de ese argumento.

Posteriormente se presentarán algunas puntualizaciones sobre el concepto de demanda en el contexto particular de la clínica en adolescentes. Los autores trabajados en dicho apartado adhieren algunas reflexiones importantes sobre la modalidad de demanda en dicho contexto, por lo que servirán para sumar contenido teórico útil para las reflexiones posteriores.

El concepto de demanda en el psicoanálisis lacaniano

El trabajo teórico de Lacan (1999) sobre la demanda tiene sus primeros atisbos en el “Seminario V: Las formaciones del inconsciente” donde desarrolla la dialéctica del deseo y la demanda a propósito de su grafo del deseo.

A lo largo de dicha obra Lacan trabaja sobre todo la relación del sujeto con el significante, es decir, la relación de modificación que el lenguaje tiene como consecuencia en el sujeto, como también las implicancias que esto tendrá en los modos de subjetivación, y cómo esto tiene una estrecha relación con el descubrimiento freudiano del inconsciente.

Dicha evaluación del descubrimiento freudiano es hecho en base a las manifestaciones que podemos visualizar en la clínica de lo inconsciente, esto es, sus formaciones, o lo que Freud llamó, los retoños de lo inconsciente (Freud, 1915/1976).

De esta manera, uno de los postulados esenciales para Lacan, es que el lenguaje, con su consiguiente estructura significante, produce una hiancia fundamental en el sujeto. Algo de este sujeto queda radicalmente afuera, cuando este hace entrada al campo del lenguaje. El efecto que tendrá esta marca significante será el deseo (Chemama, 2004). El deseo, de esta manera, queda como algo vedado, inconfesable en gran medida, por lo

cual tendrá estrecha relación con las distintas formaciones de lo inconsciente, desde el sueño hasta el síntoma.

Esta dinámica del deseo fue descubierta tempranamente por Freud a propósito del trabajo onírico de sus primeras histéricas. El famoso sueño de “La bella carnicera”, retomado por Lacan en su seminario, le dio el material para poder reflexionar sobre la importancia del deseo en su vinculación con el síntoma, o lo que es lo mismo, cómo la dinámica del deseo puede hacer intuir ciertas constantes, o estructuras clínicas aparejadas con el deseo.

La demanda así se encontraría implicada como un momento (hegelianamente hablando) particular del deseo, siendo esta la contra parte donde se sitúa la necesidad que pasa por la palabra. En otras palabras, el sujeto no solamente desea cosas, sino que además debe “encontrar las palabras que serán audibles para el otro” (Chemama, 2004, p. 83) para obtenerlas o procurarse la insatisfacción.

Así queda más o menos desdibujado el plano en el que se moverá Lacan para destacar las funcionalidades teóricas y el rendimiento clínico de estos conceptos: necesidad, demanda y deseo.

Para Lacan (1999) estos conceptos están implicados todos respecto al concepto ya trabajado del ‘Otro’:

“En efecto, todo lo que ocurre en el registro de la identificación se basa en una determinada relación con el significante en el Otro – significante que, en el registro de la demanda, se caracteriza en conjunto por ser el signo de la presencia del Otro” (p. 347)

En particular la demanda encontraría su lugar en la representación de la presencia del Otro, esto ya nos deja ver que la demanda se instaura en tanto tal solamente como una modificación de algo anterior, más primitivo. Dirá más adelante:

“(…) lo que ocurre en la dialéctica de la demanda, es esencialmente esto –lo característico del significante no es que se sustituya a las necesidades del sujeto, como ocurre en los reflejos condicionados, sino poder sustituirse a sí mismo. El significante es esencialmente de naturaleza sustitutiva con respecto a sí mismo” (p. 348)

Entonces, aquello más primitivo desde lo cual emerge la demanda sería la necesidad, en tanto esta sería la mera satisfacción de lo inmediato, criticando entre líneas

a la psicología del comportamiento que utiliza la teoría de los reflejos condicionados como si esta tuviese algo que ver con la satisfacción del sujeto del cual aquí se habla. La demanda al pasar por el campo de la palabra, al tomar una estructura significativa, adquiere la capacidad de poder sustituir algo en el sujeto, respecto al Otro. Aquí se deja entrever la lógica de aquello que Lacan llama Otro, como un campo subjetivante, como algo externo al sujeto dada la condición significativa del sujeto se vuelve íntima (Braunstein, 2006).

Así, la relación del sujeto con la demanda queda inscrita en el grafo del deseo en *“la segunda línea [que] representa precisamente la demanda, puesto que va desde la demanda hasta la identificación, pasando por la posición del Otro con respecto al deseo”* (Lacan, 1999, p. 350). La localización aquí es precisa respecto a lo que ocupa a Lacan, que es poder situar clínicamente las manifestaciones de la palabra en el sujeto, esto es, que la demanda se efectúa a partir de la presencia de Otro, y que remitirá siempre a un paso previo al deseo: *“Así, ven ustedes el Otro descompuesto. Más allá de él, está el deseo.”* (p.350).

De esta manera, en el grafo la demanda quedaría situada en el nivel inferior, teniendo relación con la madre, donde *“la respuesta de la madre dicta por sí sola la ley, es decir, somete al sujeto a la arbitrariedad.”* (p. 350). Esto más allá de indicarnos posibles relaciones con el Edipo, adiciona características del concepto de la demanda, que es en todo momento de sujeción y arbitrariedad del Otro.

Dicha sujeción, es retomada en lo que Lacan entiende como la dialéctica del reconocimiento, noción hegeliana que le será muy útil para toda esta primera parte de su obra, sobre todo para comprender los distintos efectos que esto tiene en el sujeto en su relación con el Otro (por ejemplo, en el concepto del estadio del espejo). En este caso es utilizada para precisar la relación que debemos establecer claramente entre deseo y demanda:

“Porque hay algo muy distinto de la dialéctica de la lucha del amo y del esclavo, está la relación del niño con los padres, está precisamente lo que ocurre en el plano del reconocimiento cuando lo que está en juego no es la lucha, el conflicto, sino la demanda.”

En suma, se trata de ver cuándo y cómo el deseo del sujeto, alienado en la demanda, profundamente transformado por el hecho de tener que pasar por la demanda, puede y debe reintroducirse.” (p. 366)

En esta cita, buscando apoyo en Hegel, articula lo que para él es un símil de lo que ocurre entre el amo y el esclavo, esto es, la necesidad de reconocimiento de la individualidad del niño respecto a sus padres, proceso que está marcado por la palabra del Otro que lo somete a sus designios, desde su nombre hasta la ropa que vestirá, por ejemplo. Período alienante del deseo del sujeto que estaría en un momento preedípico, que en su vertiente oral y anal podrá encontrarse clínicamente como una *“dialéctica de asimilación, o de incorporación o de rechazo”* (p. 366). Esto implicaría, entonces, que la diferencia entre el sujeto y el Otro no está completamente establecida; está en vías.

Es así como, a partir de dos sueños analizados por Freud (1900/1976) en su Interpretación de los sueños, Lacan extraerá sus principales conclusiones sobre el lugar que adquiere la demanda en ciertas formaciones de lo inconsciente, en este caso referidas a la histeria. La demanda en el sueño de la paciente “Agua Mansa” revela su presencia por todas partes. La exposición de Lacan (1999) no admite ediciones:

“Si el sueño se ha producido, es porque una amiga le ha pedido a la paciente que la invite a cenar a su casa. En el propio sueño, la demanda está presente de la forma más clara. La enferma sabe que todo está cerrado ese día, que no podrá remediar su insuficiencia de provisiones para hacer frente a la cena que ha de ofrecer, y luego demanda – de la forma más clara y más aislada que se pueda presentar una demanda, porque lo hace por teléfono, lo cual en la época -el texto forma parte de la primera edición- no era habitual. El teléfono está ahí con pleno poder simbólico” (p. 383).

Esto demuestra el carácter fundamental de la demanda en la formación del material onírico, es decir, como la modificación de este da un más allá donde el deseo se convertirá en sueño. Dicho deseo tendría su sostén en el significante falto que en tanto puede serlo o tenerlo, da cuenta del lugar del Otro en toda esta dinámica, es decir, que da cuenta de que *“el significante del deseo en tanto [que] el deseo se articula como deseo del Otro.”* (p. 387). Dicho ‘más allá’ es articulado en varias oportunidades por Lacan, pero en este momento particular de su teorización lo sitúa como un “residuo”.

“¿Por qué es preciso un más allá de la demanda? Es un más allá de la demanda porque la demanda, por sus necesidades articulatorias, desvía, cambia, traspone la necesidad. Así, existe la posibilidad de un residuo” (p. 389)

Entonces, Lacan nos encamina a entender lógicamente el lugar del deseo como un más allá de la demanda, precisamente debido a la distancia entre demanda y necesidad y la articulación que este encuentra en su paso por el campo de la palabra. Esto pone al deseo en un lugar de “más allá” en el grafo del deseo, y lo constituirá con una serie de características debido a dicha posición, pero a la vez hará rendir el concepto de demanda con algo que parece ser fundamental para la práctica clínica, esto es, respondiendo a la pregunta qué es lo que se demanda cuando se demanda.

Hasta aquí es necesario remarcar la idea de que tanto demanda como deseo se cruzan teóricamente debido a que ambos conceptos están referidos al Otro. Aunque de dos maneras distintas y bien diferenciables, pero atingentes al lugar del Otro de una manera ontológica. En el caso de la demanda la relación con el Otro tendrá una característica bien precisa:

“La demanda, por el solo hecho de articularse como demanda, plantea expresamente, aunque no lo demande, al Otro como ausente o presente y como dando o no esta presencia. Es decir que la demanda es en el fondo demanda de amor –demanda de lo que no es nada, ninguna satisfacción particular, demanda de lo que el sujeto aporta por su pura y simple respuesta a la demanda” (p. 390)

Así, es posible entender qué aporta la distinción de la demanda como concepto clave en el funcionamiento de toda la dialéctica propuesta por Lacan. La demanda actúa en un trasfondo de demanda de amor. Esto puede tener diversas lecturas, pero para la investigación aquí propuesta, es necesario comprender que para Lacan toda demanda es demanda de amor, y que precisamente eso ocurre porque aquello que se le resta a la necesidad, necesariamente, por su paso por el significante, se le adhiere en lo siguiente de una forma otra: el amor.

Esto en resumidas cuentas quiere decir que no importa tanto los objetos que se demanden, sino más bien que lo que aquello que simboliza esa demanda de cualquier cosa es la posibilidad o no de ser dado, o en este caso, amado.

Lacan en su texto *La significación del falo* (2009b), explica:

“Es así como la demanda anula (aufhebt) la particularidad de todo lo que puede ser concedido trasmutándolo en prueba de amor, y las satisfacciones incluso que obtiene para la necesidad se rebajan (...).” (p. 658)

Aquí la explicación es notable: los objetos pedidos son a propósitos, lo realmente importante es que cada petición es una prueba de amor: *“Es demanda de una presencia o de una ausencia”* (p. 658), es una llamada de atención dirigida al Otro, es decir, *“apunta al ser del Otro, a obtener del Otro esta presentificación esencial –que el Otro dé lo que está más allá de toda satisfacción posible, su propio ser. A esto apunta, precisamente, en el amor.”* (Lacan, 1999, p.414)

Desde este desarrollo teórico es posible arribar a la ya tan conocida fórmula lacaniana del amor: *“dar tu amor es dar nada de lo que tienes, pues precisamente porque no se tiene se trata de amor”* (p. 392). Esto quiere decir que, el amor no se trata de las cosas que se pidan o se den, sino que de aquello que se pide y no se puede dar tangiblemente. Es por esto que encuentra su presentificación en el gesto.

Así, y dada esta dinámica entre los conceptos es posible extraer que la demanda al ser demanda de un amor que no se tiene, le es de suyo un componente de insatisfacción. Si a esto se le suma que quien demanda, demanda con su propia falta, es decir, desde su castración que es producto de su relación particular con el significante, la lógica de la demanda es una lógica de la constancia: *“Demandar: el sujeto no ha hecho nunca otra cosa, no ha podido vivir sino por eso, y nosotros tomamos el relevo”* (Lacan, 2009a, p.588)

Se hace evidente que si el sujeto no ha hecho otra cosa que demandar para poder vivir, esto es, hacerse audible para el otro, es un concepto que estará involucrado en la clínica, y es importante situarlo para dar cuenta de las consecuencias que tendrá y poder articularlo con otros conceptos claves. Para Lacan esta articulación está en primera instancia relacionada con los conceptos de transferencia y de sugestión.

De esta manera, si consideramos que el horizonte de la demanda es doble, es decir, posee un horizonte de palabra y el otro de amor, es posible situarla en la línea de la sugestión como momento particular del análisis, es decir, en análisis se presenta como una demanda que *“le dirige el sujeto al analista por el solo hecho de que está ahí”* (Lacan, 1999, p.435). Es un momento del análisis debido a que como el mismo Freud reconoce,

dice Lacan, la transferencia es una sugestión susceptible de interpretación. Pero no es menos cierto que esa línea de la sugestión es imposible flanquearla porque siempre se presentará algo que el sujeto demande solamente por estar ahí, ocupando el lugar de otro-escucha.

Entonces, Lacan llega a admitir, por ejemplo que: *“si el paciente engulle nuestras interpretaciones es porque ha llegado a querernos”* (p. 436). Se hace evidente que lo que toda la psicología ha llamado vínculo terapéutico está situado en este nivel de la exposición, y si bien, se hace evidente también que quedarse ahí es no llegar a la cuestión analítica fundamental de la transferencia, es necesario recordar que es un nivel más del análisis, con sus particularidades que es necesario saber para su manejo.

Es posible entender dada la teorización de Lacan que la demanda en análisis se sitúa en primera instancia como una demanda de algo, o lo que la tradición psicológica ha llamado motivo de consulta:

“Hay verdaderamente personas en quienes la demanda de curarse está ahí en todo momento, acuciante. Los otros, más avisados, saben que esta demanda es pospuesta al día de mañana. Hay otros que vienen por algo distinto que la demanda de curación, han venido a ver. Los hay que vienen para convertirse en analistas.” (p. 436)

Es así que es posible comprender que en el nivel de la demanda, dadas sus características amorosas, se relaciona cercanamente con la sugestión, precisamente porque de lo que se trata en primera instancia es de pedir, de pedir algo que en realidad esconde la puesta a prueba del amor. En ese sentido el analista es demandado para que aparezca como objeto de amor, cuestión que será *“el resorte de la identificación con el analista”* (Lacan, 2009a, p.590), *“identificación con las insignias del Otro en cuanto sujeto de la demanda, el que tiene el poder de satisfacerla o no satisfacerla y marca en todo momento esta satisfacción con algo que es, ante todo, su lenguaje, su palabra”* (Lacan, 1999, p.437). La última línea de la cita podría relacionarse estrechamente con la idea de que el analista también debe pagar, y que parte de esa paga, es con palabras.

Esta puesta a prueba constante, que se intensifica en momentos donde el sujeto quiere sentirse amado, soporta la llamada identificación primaria, cuestión esencial para la instalación de la transferencia.

Esto ocurre a propósito de lo que ya habíamos nombrado como el componente de insatisfacción aparejado a la demanda, dado que la mantención en suspenso de la respuesta a la demanda, produciría la regresión: *“Así, el analista es aquel que resiste la demanda, no como suele decirse para frustrar al sujeto, sino que para que reaparezcan los significantes en que su frustración está retenida”* (Lacan, 2009a, p.589). Esto quiere decir que la mantención de la demanda como insatisfecha tiene un fin que está lejos de ser mortificante para el paciente: produce la regresión hacia estadios donde pueden analizarse los significantes asociados a las primeras demandas.

De esta manera el analista *“tiene que vérselas sucesivamente con todas las articulaciones de la demanda del sujeto”* (Lacan, 2009a, p.590). Es posible desprender entonces, que no se trata ni de una respuesta empática del analista con su paciente a propósito de su padecer subjetivo, lo cual encierra la peligrosa posibilidad de quedar en el puro nivel de la sugestión, ni tampoco de la mantención de la frustración en miras a efectuar análisis de la demanda para reformularla, lo cual sería mera ‘reeducción emocional’. La posición debe ser abstencionista, esto es, *“no ratificar nunca la demanda en cuanto tal”* (Lacan, 1999, p.438), la respuesta debe ser siempre tomando en cuenta su lugar en la transferencia, para facilitarla, y no para estancarla. En definitiva, esta relación del sujeto con su demanda aparece en el grafo del deseo como ‘S tachada losange D mayúscula’.

Lacan resume:

“Aquí se encuentra el exit que permite salir de la sugestión. La identificación con el objeto como regresión, porque parte de la demanda de amor, abre la secuencia de la transferencia (la abre, y no la cierra), o sea, el camino donde podrán denunciarse las identificaciones que, deteniendo esta regresión, la escanden” (Lacan, 2009a, p.605)

Los conceptos implicados en esta teorización clínica serían 3: por un lado la demanda que aprovechándose de su vertiente de frustración permite la regresión a las articulaciones primitivas del sujeto, que dada su naturaleza significante se relacionan con las identificaciones primeras que generarán lazo transferencial con el analista.

Lo que se pone de relieve aquí es la necesaria implicación teórica del concepto de significante e identificación. Un párrafo algo extendido del Seminario V responde a esta articulación:

“Así pues, si la identificación es regresiva es precisamente porque la ambigüedad entre la línea de transferencia y la línea de sugestión es permanente. Dicho de otra manera, no debemos sorprendernos de ver en las secuencias y en los rodeos del análisis que las regresiones son escandidas por una serie de identificaciones correlativas que marcan sus tiempos, su ritmo. Por otra parte, son distintas –no puede haber a la vez regresión e identificación. Las unas son las detenciones, los stops de las otras. Pero aun así, si hay transferencia es precisamente para que esta línea superior se mantenga en un plano distinto del de la sugestión, a saber que sea considerada, no como algo a lo que no responde ninguna satisfacción de la demanda, sino como una articulación significativa propiamente dicha. Esto es lo que distingue a la una de la otra.” (Lacan, 1999; p. 437)

La ambigüedad de la que da cuenta el autor pone como relevante la reciprocidad con la que se pueden encontrar clínicamente las manifestaciones de la regresión y la identificación. Pero esa reciprocidad no debe pensarse como una indistinción, sino al contrario: una es el detenimiento de la otra. Es decir, cuando una se presenta, la otra deja de tener influencia.

Esto por un lado, justifica la idea de los dos pisos del grafo del deseo situando la transferencia por encima de la sugestión, como dos espacios distintos de un mismo devenir.

Y por otro lado, que el ritmo del análisis estaría marcado por estas escansiones mutuas que representan los conceptos mediante su dinámica. Es decir, que el análisis no se estanca en una línea del grafo una vez que la alcanza, sino que cambia de dirección en la medida en la que éste se desarrolla.

Finalmente, esta idea puede ligarse también a la dinámica que describe Freud (1912/1976) en su texto “Sobre la dinámica de la transferencia”. Ahí el autor, coincidentemente habla de la detención del ejercicio analítico respecto a los ritmos que imprime en el análisis la manifestación de la transferencia.

En resumen, el concepto de demanda presenta algunas características clave que es conveniente retener.

Por un lado está íntimamente relacionado con el concepto de necesidad y de deseo. Es un más allá de la necesidad producto de su paso por el campo de la palabra, y

un más acá del deseo en tanto este último sería un resto del paso del sujeto por el campo de la palabra, quedando más bien del lado de lo inconfesable.

Este lugar intermedio de la demanda, se caracteriza por ser una puesta a prueba constante de la presencia del Otro, es decir, deja al sujeto en situación de pedir el gesto que representaría el amor del Otro.

De esta manera, y ubicando el concepto en el grafo del deseo, es posible dar cuenta de su importante papel clínico, debido a que se presentaría en momentos de detenimiento del análisis donde lo que se pondría en juego es algo del orden de la sugestión.

Puntualizaciones sobre la demanda en la adolescencia

En resumen y como puede verse, el escrito anterior propuesto a partir de la obra de Lacan, nos remite a cuestiones más bien metapsicológicas. Para efectos de esta investigación se hace necesario puntualizar en lo que autores, a partir de este concepto, han teorizado más específicamente en el terreno de la clínica con adolescentes.

En orden temporal, encontramos algunas reflexiones freudianas al respecto.

En el texto *Tres ensayos sobre teoría sexual* (Freud, 1905b/1976) la adolescencia como un momento de la vida del sujeto es descrita desde un punto de vista corporal. La pubertad como fenómeno de maduración de los caracteres sexuales y por consiguiente, posibilidad de la reproducción, marca los correlatos psíquicos que analizará en el escrito. La caída del período que Freud llama "latencia" será fundamental para la asunción de la pulsión en su modalidad genital. Esto marcaría la entrada del sujeto en la elección de objeto, esta vez fuera del triángulo edípico. Puede extraerse de este breve resumen que esta lógica se interroga sobre las causas de que el sujeto exteriorice su pulsión fuera del núcleo familiar.

Aun cuando esta exposición es útil en la medida en la que podemos rastrear lo que ocurre a nivel pulsional, el esquema es bastante incompleto en la medida en la que

consideramos que la pubertad y la adolescencia son fenómenos que no solamente se circunscriben en el ámbito corporal.

Es en el texto *Sobre la psicología del colegial* (Freud, 1914/1976) donde dará luces de una lectura distinta de la adolescencia. En este texto Freud se plantea la inquietud sobre su elección propia de oficio, que en este caso fue la de médico. Plantea:

“Y creí acordarme de que toda esa época estuvo recorrida por un presentimiento que al comienzo se anunciaba sólo quedamente, hasta que pudo vestirse con palabras expresadas en la composición del examen de bachillerato: en mi vida, yo quería hacer alguna contribución a nuestro humano saber.” (p. 247)

Esta primera inquietud, relata, fue conducida principalmente por sus maestros de la escuela. Esto es relevante, debido que lo que en la adolescencia opera sería una caída de las identificaciones con la imago paterna. Esto ocurre debido a que se genera una necesaria confrontación, producto de la salida del sujeto al mundo: *“el padre [ya] no es el más poderoso, sabio, rico”* (p. 249). Así, el lugar del padre, lugar privilegiado de identificación, es reemplazado por otros objetos del mundo, en este texto puntualmente, los maestros de escuela, por quienes en gran medida se experimentan sentimientos ambivalentes de amor y odio, propios de los arquetipos más arcaicos del sujeto sobre todo referidos a la familia, constituidos en el Edipo.

Si bien esta lectura puede parecer más bien trivial, contiene en sí alguno de los puntos más importantes que van a marcar la particularidad de la expresión de la demanda en el adolescente.

Una de las cuestiones que es dejada entre líneas en esta exposición es la pérdida de consistencia del Otro en la adolescencia, que en el caso anterior es encarnada por la figura del padre. Laurus (2005) expone a propósito del adolescente:

“Tienen aptitud para apasionarse, para idealizar y para amar tan pronto abandonan un objeto de investimento libidinal, sea cual fuere. Esa masiva e inmediata caída en una dependencia del objeto es un intento, repetido y a menudo infructuoso, de encontrar el objeto menos inadecuado. Pues el adolescente se encuentra a la búsqueda de sí mismo; dicho de otra manera, de sus propios objetos de goce, que ya no se encuentran en dependencia demasiado estrecha con respecto a los objetos parentales. Se le hace

urgente desprenderse de una relación con el otro, con el Otro grande, que entonces se ha tornado molesta” (p. 18)

Esta aptitud para apasionarse está marcada por el hecho de que *“El yo se vuelve menos exigente y el objeto aumenta su magnificencia. De esa manera, el objeto viene a ser literalmente absorbido por el yo.”* (Lauru, 2005, p. 87). Entonces, en el contexto del reemplazo por otros objetos sustitutos de las identificaciones infantiles y del encuentro del adolescente con el *“otro de la relación amorosa”* (p. 91) se genera lo que el autor denomina, la demanda de reciprocidad en el amor. En esta modalidad dinámica de la demanda el sujeto busca un objeto amoroso que pueda completarlo y corresponderle con su amor. Se busca que el Otro acuse recibo de su amor y le responda con la misma moneda. Esto ocurre sobre todo debido a *“el repliegue de la libido narcisista (...) que sostiene una imagen estable”* (Rassial, 1999, p. 138) en el adolescente, cuestión que está en sintonía con la larga lista de manifestaciones de esta índole (narcisista) en el sujeto.

De esta manera, dicha pérdida de consistencia, es consecuencia de una relación que ha tornado molesta debido a la imposición que le imprime un goce heredado, una promesa que no termina por satisfacerse: *“Un día, cuando seas grande, verás”* (Lauru, 2005, p. 90).

Rassial (1999) describe que el adolescente se ve confrontado a la reactualización de la operación fundadora del sujeto. Esta operación lo llevaría desde una identificación acotada, familiar, a una identificación general, en lo social. Esta operación dice relación con al menos tres movimientos: la apropiación de la mirada y la voz, objetos parciales de la madre que le habían dado seguridad en algún momento, modificar el valor de la función del síntoma, convirtiéndose en su propietario y finalmente probar la eficacia del significante Nombre-del-Padre.

Entonces, y debido a la reactualización de esta operación fundadora, se inicia una búsqueda que tiene como objetivo el descubrimiento de un goce personal que le asegure al sujeto un lugar respecto al Otro. Otro que a la vez está cambiando de materialidad. Esta cuestión es fundamental porque es lo que le brindará la posibilidad al adolescente de diferenciarse de la generación anterior. El adolescente da cuenta de que

“El que los padres no estén hechos de otra materia que el niño, que cualquier sujeto sea, en lo Real, equivalente a otro, que cada cuerpo, por lo tanto el de los padres, sea

objetivable, minan la base de la autoridad de los padres, de su calidad de garantes, de referentes del gran Otro, algo que para el adolescente es, en primer término, la experiencia de una decepción, y que anima sus reivindicaciones como tentativas de restaurar a los padres en este lugar.” (Rassial, 1999, p. 125)

Ocurre entonces que el adolescente da cuenta de que la fragilidad del propio cuerpo que está en metamorfosis producto de la pubertad coincide con la fragilidad del cuerpo parental, lo que lo deja en un terreno de horizontalidad en cuanto a las relaciones que de ahí en adelante van a establecerse entre dichos sujetos. Así, las garantías que estos ofrecían, caen, como ya se ha dicho, en forma de decepción. Para el adolescente esta situación implica dar cuenta de la infinitud de la cadena de las generaciones y de los significantes, cuestión que tendrá como consecuencia la búsqueda *“de un ancestro que haga de punto de detención a esta defección del Otro”* (Rassial, 1999, p. 125).

Es precisamente este dar cuenta de la infinitud de la cadena significativa y la caída de los referentes encarnados del Otro el que autorizan al sujeto a demandar además, reconocimiento en forma de autorización. Aparecen así el “pedir permiso para”. Detrás de esto estaría a la base el hecho de que *“Lo que para el adolescente cuenta es que su demanda, y detrás de ella su derecho de demandar, sean reconocidos como legítimos”* (Rassial, 1999, p. 84).

Esta tensión en la demanda de reconocimiento es trabajada por Lacadée (2010) como demanda de respeto. Esta demanda estaría marcada por

“(…) una exigencia contradictoria: la del acceso a una autonomía duplicada por la reivindicación del mantenimiento de una dependencia. Ésta es la demanda paradójica que formula el adolescente en el hecho de recibir la idea justa de lo que puede ser él para el Otro –pareciendo que la rechaza-.” (p. 96)

Así, aparece como contradictorio para el adolescente “pedir permiso para” cuando de lo que se trata es la búsqueda de un nuevo goce, un goce personal. Esto aparece como “el reconocimiento de una debilidad” (p. 96). Es por esto que podríamos leer entre líneas la necesidad de que haya otro que también tome noticia de lo que le está ocurriendo al adolescente en esta formulación de su propia demanda.

En este contexto se genera otra modalidad de la demanda adolescente: la demanda de un apuntalamiento (Lauru, 2005). Esta demanda es demanda de amor y guía pero en otro registro de la del padre. Rassial expone al respecto:

“Debido a que, al encontrar el camino filosófico, la demanda del adolescente, en la encrucijada de la cuestión del Uno, es ser contado en el pasaje de una imagen del cuerpo a la otra, la única posición que él acepta del adulto es la de Sócrates, maestro y pederasta, al revés del analista. Sócrates, el que no escribe, comparte, en el sentido mayéutico, la Verdad, en el don de lo que él no tiene a sus discípulos, a quienes no engaña porque los ama. En la relación transferencial, el analista es sin cesar tironeado hacia este lugar, si acepta la interrogación sobre los fundamentos del ser y de la letra, y no se refugia ni detrás de su «madurez» ni detrás de un saber con función doctrinal.” (p. 17)

Aquí aparece la demanda freudiana de *Sobre la psicología del colegial*, la demanda de un maestro. La autorización corre por un desfiladero distinto que antes, donde lo que se jugaba era un papel imaginario al respecto de la madre (Lacan, 1999). Aquí de lo que se trata es de otro que le procure el conocimiento de los fundamentos del ser y de la letra. Un Otro que le procure la emancipación en tanto reconocimiento de la propia demanda, pero que le permita hacer lazo amoroso.

Lo que está en juego en esta figura del otro es la Verdad (Maestro) y Amor (Pederasta), relación doble que instituirá una afirmación de su ser en tanto cuerpo y sexualidad. El sujeto al que se dirige esta demanda no es niño pero tampoco adulto, es sobre todo, referente.

De esta manera se configuran tres modalidades esenciales en la demanda del adolescente: reciprocidad, reconocimiento (respeto) y apuntalamiento (guía). Estos conceptos serán fundamentales a la hora de comprender los derroteros de la demanda adolescente y su tratamiento en la clínica.

A este respecto es importante destacar que el analista

“será llevado a oscilar entre dos posiciones contradictorias:

-la del sujeto que supuestamente sabe, en la que el adolescente reclama su parte de saber y la facultad de suponer apenas perciba que no hay otra cosa más allá de esa posición;

-la del sujeto que no sabe nada, lo que habla del acceso parental y que rápidamente puede girar a la persecución.” (Lauru, 2005, p. 164)

Coincidentemente con lo ya trabajado el analista será llevado a la posición de sabiduría donde lo que en último caso estaría remitido a la capacidad de responder frente a las inquietudes existenciales del adolescente. Esta posición de guía serviría como lugar desde donde extraer identificaciones que le fueran favorables al sujeto implicado en la transferencia. Por otro lado, la transferencia puede tener su envés en la demanda de un adulto que como sus padres solamente acuse recibo de lo que dice, a sabiendas de que ese otro no sabe nada de aquello de lo que se habla.

El adolescente en ese sentido, y como es necesario para instalar la transferencia, se enfrenta a un silencio que le permite asumir una palabra, levantar un discurso (Lauru, 2005), en compañía del analista que solo puede autorizar el análisis en la medida en que reconoce que *“esta crisis (la del pasaje adolescente) es esencial y sin respuesta”* (Rassial, 1999, p. 17).

Metodología

Para efectos de la presentación del objeto de estudio, que en este caso será una serie de casos atendidos en el contexto de práctica del hospital San Juan de Dios, se utilizó la metodología de sistematización de experiencias.

Esta metodología, encuentra su inicio en el contexto de la educación popular y en el área del Trabajo Social, a propósito de la búsqueda de un método que permitiera integrar la experiencia profesional de los implicados, en la producción de conocimiento útil para sus respectivas áreas (Jara, 2010).

De esta manera la sistematización de experiencias se define como:

“(…) aquella interpretación crítica de una o varias experiencias, que, a partir de su ordenamiento y reconstrucción, descubre o explicita la lógica del proceso vivido, los factores que han intervenido en dicho proceso, cómo se han relacionado entre sí, y por qué lo han hecho de ese modo”. (Jara, 1994)

Esta definición implica que la sistematización de experiencias genera conocimiento situado en su contexto, y que quienes sistematizan están o estuvieron debidamente involucrados en el proceso que se sistematizará.

Así, esta es una metodología que es aplicada generalmente en contextos acotados, locales, donde se quiere hacer revisión de la ejecución de un cierto proyecto del cuál sería provechoso evaluar su proceso, problemáticas y consecuencias, haciendo uso principalmente de la información que se puede recabar en dicho proceso, posibilitando una mejor implementación en experiencias posteriores (Tapella y Rodríguez-Bilella, 2014; García y Tirado, 2010).

Jara (1994) además propone que esta metodología fomentaría al interior de las instituciones un proceso de acumulación y aprovechamiento de las experiencias de distintos procedimientos al interior de la misma. Procesos que muchas veces quedan silenciados debido a la falta de una metodología que pueda darles relevancia (PESA Centroamérica, 2004)

Entonces, se propone que, en base a la experiencia acumulada respecto a su aplicación, esta metodología constaría de algunos pasos definidos para llevarse a cabo: recabar la serie de documentos y experiencias que se generaron en la ejecución del proyecto, la delimitación de la experiencia que se sistematizará, la reconstrucción de la experiencia a partir del material recabado, el análisis e interpretación y por último la comunicación de los aprendizajes generados a quienes corresponda (Jara, 1994; PESA Centroamérica, 2004).

Esta metodología entonces fue aplicada en esta investigación dada sus características: integra la experiencia del autor, en el contexto acotado de la práctica clínica en el Hospital y utilizando documentos y experiencias generados durante en ese tiempo.

El material escogido para sistematizar, como ya se ha adelantado, fue el generado en las sesiones de atención a pacientes adolescentes en el hospital. Dicho historial presentado se basa en anotaciones hechas durante sesión y también en material escrito a posteriori para fines de control en el espacio de supervisión clínica ofrecido por la Universidad, como también por parte de la Unidad de Adolescencia.

Particularmente, las narraciones fueron elaboradas y reescritas bajo la modalidad de 'presentación de caso', es decir, que al tratarse de una investigación en psicoanálisis, fue pertinente utilizar ciertas lecturas psicoanalíticas respecto a la escritura y transmisión de una experiencia clínica.

En ese sentido, para Nasio (2001) un caso representará la singularidad misma de quien sufre. Así, el relato debe dar cuenta constantemente de esa singularidad, resaltándola y utilizando ese enfoque para extraer conceptos teóricos atinentes a la experiencia. Esto marcaría una distinción respecto a la presentación de caso en medicina u en otros campos relacionados, donde de lo que se trata es más bien de la enfermedad misma, y no de quien la padece.

En dicho contexto, el autor desarrolla que la escritura de un caso tiene tres funciones en psicoanálisis. Por un lado es didáctica ya que se pretende como una puesta en imágenes de aquello que en otro momento fue teoría o abstracción. Por otro, es metafórica, dado que muchas veces el caso rememora espontáneamente cierta conceptualización o un cierto momento teórico del psicoanálisis propiamente tal (esta función pone de relieve el importante valor de intercambio del conocimiento en la comunidad). Y por último, tendría una función heurística, es decir, el caso representa un cierto campo de generación de conceptos.

Así, desde Berenguer (2018) la experiencia analítica al estar basada en la transferencia entre analista y analizante, requiere de una cierta construcción. Esta noción, evidentemente, niega el papel de objetividad que puede tener quien redacta el caso. Esto quiere decir que, en vez de considerar la posición cercana (transferencial) del investigador como una distorsión que sortear para elaborar conceptos, la utiliza como su principal riqueza.

Puntualiza este último autor, que en ese sentido, la exposición de un caso debe rehuir a la noción de que éste demuestre cierta teoría o concepto, lo que cerraría su comprensión, sino más bien que el caso debe abrir sentidos posibles, que sirvan para reflexionar y discutir. Por eso sería poco útil que las construcciones de caso fueran demasiado detalladas y extensas. Por lo demás, esto daría cuenta de que el caso estaría construido bajo la lógica de que lo real puede ser absorbido por lo simbólico, cuestión ampliamente refutada por la enseñanza de Lacan.

Por último, según Laurent (2002) se puede dar cuenta que una presentación de caso debiera cumplir con el requisito de mostrar algo de “un problema real, de un problema libidinal, de un problema del goce” (p. 4). Y además, no solamente su estado, sino que su devenir. Por lo que es relevante destacar los movimientos ocurridos en los casos a propósito de dichos conceptos.

Entonces, con ese horizonte propuesto en la elaboración de los casos, estos se presentan de forma más o menos breve, pero fiel en lo posible al caso en su extensión. Además, se velan los detalles que pudieran servir para reconocer a los implicados o implicadas.

En ese sentido, estos casos se presentan como material para ejemplificar y analizar el concepto de demanda, pero también como espacio para levantar hipótesis y preguntas posibles, considerando además el quehacer del analista dentro de la institución y del papel de la institución, propiamente tal.

Los primeros dos historiales se presentan como una serie de casos de los que solamente se documenta una sesión. El análisis de esos casos se centra entonces en pensar en el encuentro con el analista y las demandas puestas en juego.

Los siguientes tres casos presentados son más extensos, por lo tanto, el relato da cuenta de algo más de esa primera sesión de encuentro. En consonancia con lo anteriormente expuesto, el criterio de elección de dichas viñetas considera los movimientos más notables ocurridos en el transcurso del caso. Así, se aborda dicho historial de manera de integrar no solo el encuentro con el analista, sino que también las transformaciones que tiene la demanda a lo largo del tratamiento.

Posterior al análisis individual y situado de cada caso, se presenta un capítulo de discusión general, donde el objetivo es proponer problemáticas generales extraídas de la experiencia que dejan dichos casos presentados, ofreciendo reflexiones clínicas atingentes, con el objetivo de proponer ciertos elementos para su manejo técnico.

Viñetas clínicas, análisis y reflexiones

En orden de presentar la situación en la que se inscriben los siguientes casos clínicos, se hace necesario en primera instancia, presentar una caracterización general del hospital en cuestión, donde se describen más detalladamente aspectos que permiten situar la posición de la institución y su trama burocrática interna. Posteriormente se presenta el historial clínico de cinco pacientes.

Sobre el Hospital San Juan de Dios

Historia.

El Hospital San Juan de Dios es el primer hospital de Santiago de Chile. Su fundación data de la época de la conquista española y nace con el nombre de Hospital de Socorro, nombre que en 1617 cambia al actual (Cruz-Coke, 1995). Pese a las investigaciones, aún no se tiene clara la fecha exacta del inicio de sus funciones como tal. De ahí a la actualidad ha tenido dos emplazamientos: cercano al cerro Huelén (conocido también como Santa Lucía), y el edificio actual, al frente del parque Quinta Normal.

Hitos importantes, más recientes, han sido la inauguración del edificio Helen Lee Lassen, en 1965 para la atención de pacientes diabéticos, y del Centro Diagnóstico y Tratamiento en el 2002 “año que marca el cambio de modelo de atención centrado en el paciente hospitalizado, hacia una atención de salud con acción predominantemente ambulatoria, favoreciendo el arraigo familiar, laboral y social de las personas.” (Biblioteca Minsal, s/f), cuestión importante ya que aquí se emplazan mayormente las labores que competen a salud mental.

Rol actual en la red de salud en Santiago.

El Hospital forma parte de la red de salud occidente “por lo cual recibe y deriva pacientes pertenecientes a las comunas de Pudahuel, Renca, Cerro Navia, Quinta Normal y Lo Prado. También corresponden a su área las Provincias de Melipilla, con las comunas de Melipilla, Alhué, Curacaví, María Pinto y San Pedro; y la Provincia de Talagante, con las comunas de Isla de Maipo, El Monte, Padre Hurtado, Peñaflores y Talagante.” (Hospital San Juan de Dios, 2013)

Enfoque clínico de la Unidad de Adolescencia.

La Unidad de Adolescencia atiende a pacientes de entre 12 y 19 años, desde una perspectiva integral, es decir, ocupándose no solo de la salud física, sino también problemáticas de salud mental. La atención de salud física se caracteriza por intentar pesquisar tempranamente enfermedades relacionadas al desarrollo puberal y a la adolescencia propiamente tal, sumado a consejería sobre sexualidad (anticoncepción y Enfermedades de Transmisión Sexual)

Por otro lado se reciben pacientes provenientes de Pediatría, que presentan enfermedades crónicas, con el fin de aplicar protocolos de transición (como por ejemplo el protocolo GOT Transition, 2014) para realizar con menor riesgo de recaídas el traspaso de dichos pacientes a la medicina de adultos.

Las consultas de salud mental son recibidas por el equipo de psicólogos, disponiendo de horas tanto para pacientes adolescentes como para sus padres y/o adultos responsables.

Características de las derivaciones a atención psicológica.

Una vez hecho el control integral de salud físico, el médico a cargo realiza una entrevista donde son indagadas problemáticas propias de la adolescencia como abuso de sustancias, problemas con los padres, problemas con la institución escolar, etc., o motivos de consulta personales que pudiesen ser susceptibles de atención psicológica.

Los pacientes son derivados directamente con el o la profesional/practicante con horas disponibles, quien evaluará la demanda, y de ser posible, iniciará el proceso terapéutico.

En el caso de los pacientes con patologías crónicas, son derivados directamente desde los profesionales del área tratante, tanto para trabajar problemáticas de salud mental asociadas a la patología, o para realizar el protocolo de transición a medicina de adultos.

Por protocolo interno no se trabajan en la Unidad problemáticas asociadas a psicosis y a adicciones, siendo estos casos derivados a otros hospitales de la red occidente.

Casos clínicos

Camilo.

Camilo es un adolescente de 17 años. Es referido a mí por la doctora infectóloga para iniciar el programa de transición hacia la medicina de adultos, cuestión que yo debía evaluar.

El paciente se presenta con su madre, quien me cuenta que Camilo tiene VIH, por lo que está siendo atendido mediante el programa de atención para pacientes crónicos adolescentes.

De esta situación se enteran hace 14 años, cuando el padre muere en condiciones inexplicables. La autopsia arroja la presencia de los antígenos del VIH, por lo que la familia debe someterse a los exámenes correspondientes. El resultado indicó que madre e hijo eran portadores del virus.

Ambos se hacen pacientes del hospital para iniciar el tratamiento paliativo del cual se dispone para disminuir la carga vírica, por lo que frecuentemente visitan el hospital.

Este relato aparece con visible dolor, los rostros de ambos se ven afectados por la narración.

Así, la infectóloga, después de ver a Camilo por años, y dada su proximidad a la mayoría de edad, debe derivarlo permanentemente al servicio de adultos. Este proceso debe ser gradual, y apoyado por profesionales de salud mental, entre los que me encuentro.

La madre me comenta que la razón de derivación es que Camilo sea más independiente, es decir, que sea capaz de pedir sus horas médicas, además de obtener la medicación y administrársela a sí mismo. Esto es fundamental para su tratamiento, dado que será de por vida. Pero, además ella como madre quiere que su hijo sea más independiente en lo cotidiano, desde despertar en la mañana, hasta aprender a prepararse su comida.

Posterior a esta presentación, le comento a la madre que necesito entrevistar a Camilo a solas para hacerle algunas preguntas. Ella accede con expresión de reparo.

Una vez a solas con Camilo le pregunto qué piensa de lo que su madre me acaba de contar, qué siente, qué opina. Camilo parece ser un adolescente frágil corporalmente, muy delgado, de expresiones tímidas. Me cuenta sobre su enfermedad y su devenir, llegando al tema de la dependencia hacia su madre. Esto estaría relacionado a lo mucho que ella lo ha apoyado en

este proceso, sobre todo en aceptar la enfermedad y poder construir una nueva identidad a partir de esta. Me comenta que dicha construcción ha sido compleja dado que muy pocas personas saben de su condición de portador, por ejemplo, nadie en el curso sabe de su enfermedad, solamente los adultos del establecimiento. Por otro lado, destaca también lo importante que sería para el tratamiento que él se volviera más independiente, repitiendo las palabras de su madre, y las de su médico.

Yo le pregunto sobre lo que significa eso de ser más independiente para él y si está dispuesto a independizarse. Sorprendentemente su discurso da un vuelco, y me dice que él no quiere nada de eso, que él no está dispuesto, con una expresión algo alterada, como si el hecho de que ese ánimo de independencia viniese realmente de él fuera un insulto.

Le digo que me sorprende su actitud frente a una pregunta sobre un tema que él mismo había propuesto como horizonte de la entrevista. Él me comenta que todo lo que está ocurriendo sobre su mayoría de edad y cambio de médicos le inquieta mucho, le da mucho miedo. Teme a la muerte de su madre, no quiere separarse de ella. Sufrió mucho cuando su padre murió tan repentinamente, y esta vez, que sabe que ambos tienen la misma enfermedad, teme más aún por esa muerte. Muerte que para él es inminente.

La entrevista continuó unos minutos más e hice pasar nuevamente a la madre al box. Le comenté que la terapia podría ser útil en su caso, y que los esperaba para la próxima semana.

No volvieron más.

En primer lugar, en este caso se puede visualizar claramente la incidencia que tiene la demanda de la infectóloga. Esto se traduce en el lugar que el protocolo de transición entre la medicina infantil y de adultos le da al significativo 'independencia'.

Para la infectóloga, independencia tiene que ver con la utilización de las prestaciones del servicio de salud de manera autónoma, extendiéndose esto también a la auto-administración de los fármacos de los que depende el tratamiento y la comunicación con el equipo médico.

Este tipo de pacientes crónicos son propios de la Unidad de Adolescencia. Esto debido a que una de las funciones que son dispuestas para la Unidad es el traspaso de pacientes infantiles a los servicios de adultos.

Dicha situación encuentra su causa, por un lado, en la cercanía que deben mantener estos sujetos con el servicio de salud, por lo que necesitan ser pacientes de alguna Unidad.

Y, por otro lado, debido al “terreno de nadie” en el que quedan por sus entradas respectivas en la pubertad. En mi experiencia, escuchaba a los médicos argumentar que, para los pediatras, los adolescentes quedaban en una posición muy infantilizada, tanto en el trato como en detalles, como por ejemplo la decoración del box, y que, para los médicos de adultos, los adolescentes eran muy ‘niñitos’ como para hacerse cargo de sí mismos y ser tratados de forma horizontal.

Así, habitual también se convierte la petición de los médicos de iniciar un proceso gradual que permita autonomizar la función de usuario del hospital, lo cual en la literatura se documenta con mejores índices predictivos de eficacia en el tratamiento a largo plazo.

De esta manera, el psicólogo adquiere un papel de psico-educación, normado por una serie de elementos del tipo cuestionarios, que aplicados con cierta periodicidad además de las intervenciones correspondientes, lleven al adolescente a la meta de su primera hora médica pedida por ellos mismos, como hito fundante. Esta serie de cuestiones está ampliamente desarrollada en la literatura científica. Ejemplo de ello es el protocolo “Got Transition” (2014), que busca operacionalizar y homogeneizar esta serie de procedimientos que llevarían al adolescente a dicha meta. Cabe destacar que dicho protocolo es el utilizado en el contexto del Hospital San Juan de Dios.

Así, el vuelco de la demanda, en el momento en el que Camilo debe volver a explicar a solas por qué pide independencia es fundamental en esta dinámica demanda del paciente\demanda del hospital. Se logra desdoblar el sentido del significante de la demanda ‘independencia’.

Ahondando en esta situación, mi respuesta a su petición no fue inmediatamente aplicar los protocolos de tratamiento para adolescentes que se quieren independizar, sino que, por el contrario, pareció importante indagar sobre lo que él entendía por independencia y como se podría explicar eso dado su contexto, su historia.

Sorpresa para ambos cuando él me confiesa que no le interesa la independencia por ningún motivo. Para él, porque asumir esa realidad de sí era conmovedor, y esas

palabras surgían como palabras prohibidas. Para mí porque me parecía sorprendente el demandar como objetivo de terapia algo que era insoportable para el paciente.

Esta situación parece ser bastante común en la atención con adolescentes cuando el resto de sujetos implicados en la atención superponen sus demandas en miras a buscar el mejor tratamiento posible para el paciente. Esta superposición, que eclipsa la demanda que el paciente podría traer a análisis en una búsqueda más genuina y personal sobre su malestar, produce muchas veces confusión y es compatible con lo que algunos analistas han llamado 'clínica sin demanda' (Aveggio, 2016). Es importante recalcar esto, debido a que precisamente lo que enseña este caso es que esas demandas al quedar en segundo plano por las exigencias institucionales (y por consiguiente parentales), producen extrañeza al momento de ser emitidas.

El paciente en esta primera entrevista logra hablar algo de su demanda: su vivencia de malestar frente a su posición de portador de VIH, cuestión por la que decide mantenerlo en secreto.

Pero aún así vuelve sobre la demanda de la madre, esta vez para precisar lo insoportable de ésta. Esto puede abrir dos reflexiones. Se puede deber a que, por un lado, dicha demanda se pretende como más acuciante que su propio sentir, y por otro, porque el objetivo de esa demanda es cortar ciertos lazos y espacios que en este momento de su devenir son importantes para pensarse a sí mismo.

A este respecto, es relevante reflexionar sobre lo que para la medicina, en estos casos crónicos de adolescentes, representa el significante 'adulto'. Como se pudo ver, para el saber médico la adultez representa la capacidad para administrar de forma eficaz e independiente el malestar causado por la enfermedad, propiciando así la búsqueda de los mecanismos burocráticos que dispone la institución para dicha administración. Esta propuesta, avalada científicamente, impide visualizar el malestar fuera de la institución, mermando de esta manera las posibles soluciones personales que el sujeto puede encontrar (o ensayar) para el manejo de su malestar.

En suma, la independencia tiene así distintos enfoques al momento de llegar a la consulta. Para la infectóloga era un deber justificado en el saber científico, para la madre una necesidad y para el paciente lo insoportable, cuestiones todas que en esta primera (y última) sesión se entremezclaron. Así, se debe considerar que si bien el paciente logra

enunciar un motivo de inicio de tratamiento personal sustentado en el miedo a la independencia y a la muerte de la madre, no logra decantar y el paciente no vuelve.

Esto podría encontrar una lectura posible, en que lo que la madre intenta hacer audible como demanda (de ella y del hospital), es dejada entre paréntesis, atendiendo más bien a indagar en lo que el paciente busca hacer audible, sus propios significantes ligados a la demanda. Esto muchas veces puede ser entendido como una transgresión al otro materno, lo cual sería entendible en la adolescencia, donde se juega la posición de autoridad del otro parental: consistente, hacedor de la ley o derruido. Dado ese motivo es conveniente pensar ese acto analítico también como una negociación, donde lo esencial sería la palabra del adolescente.

Así, este caso abre otras líneas reflexivas sobre el cuerpo en la adolescencia y su relación con los padres. Aquí ambos padres son portadores de una enfermedad que cambia radicalmente la materialidad de sus cuerpos. La muerte del padre adelanta este movimiento que aparecería en la adolescencia, y que pondría a los cuerpos de padres e hijos en equivalente posición ante la fragilidad de la que da cuenta la muerte.

Entonces, podría pensarse que aquí la herencia no solamente tiene que ver con el significante (con una cierta historia familiar), sino que además con el cuerpo respecto a la transmisión del VIH.

Otra reflexión podría levantarse en torno al goce familiar. Este parece ser aprisionante en el sentido de que no permite al sujeto acceder a la modalidad de demanda adolescente de autorización y respeto antes enunciados como fórmula de salida de dicho goce, sino que, por el contrario, la formulación de una demanda personal tiene como consecuencia la sensación de que se ha transgredido un acuerdo tácito de aceptar lo que el otro quiere de sí mismo, como cuerpo subyugado. De la enfermedad se habla solo lo que debe hablarse.

Asociado a esto último, este caso permite pensar el trabajo con los padres en el box. Así, es pertinente señalar que probablemente optar por un tratamiento a madre e hijo en primera instancia, para posteriormente virar hacia una separación progresiva, hubiese ayudado a poder simbolizar de mejor manera esa separación, de premeditarla, trabajarla y ver las inconsistencias entre ambas demandas.

Es complejo evaluar si esta sesión es una sesión fallida o no. Esto porque si bien el paciente no vuelve a sesión, notablemente es capaz de referir algo de su interés propio, además de aceptar algo de su sentir respecto a lo que está ocurriendo a nivel familiar.

Danay.

Danay tiene 10 años. Llega derivada a atención psicológica producto del diagnóstico de pubertad precoz, pesquisado en el control integral de salud en el adolescente.

La paciente llega al box con su madre y su hermano menor. El relato lo comienza la madre, dado que Danay se notaba bastante impaciente y cohibida. Entonces, la madre me comenta que la menarquia de su hija ocurrió hace algunos meses, en el contexto escolar y que había causado conmoción en sus compañeros de curso al ser la primera niña que vivía eso entre sus pares, fomentando una serie de preguntas incómodas y burlas por parte de los mismos.

Mientras la madre relataba este suceso, veo a Danay profundamente incómoda, mirando al suelo fijamente, sin ánimo de participar de la narración.

Entonces, siguiendo con su relato, acude al centro asistencial donde hechas las pruebas físicas de rigor, se le es diagnosticada una pubertad precoz, momento en el que se le es propuesta un tratamiento en el cual se incluye venir a un profesional de la salud mental.

A partir de su relato, le pregunto qué le parece todo esto a ella como madre, a lo que me responde que para ella no es tan extraño dado que, y en sus palabras, todas las mujeres de su familia pasaron por lo mismo. A todas les llegó la regla siendo niñas. La visita al médico fue para descartar otro tipo de incidencias en la situación. Danay escucha la palabra regla y se sobresalta.

Me comenta que venir al psicólogo puede ayudarle a sobrellevar todo lo que produjo emocionalmente en ella la situación, sobre todo las burlas y el mal rato, además de poder hacer preguntas a un profesional pertinente.

Le comunico a la madre que me parecería prudente continuar con la entrevista con Danay a solas para indagar más en su percepción personal del problema. Esto también estaba sustentado en su visible incomodidad respecto al discurso de la madre.

Una vez con Danay en el box, le pregunto que qué le pasaba a ella con lo que había contado la madre. Silencio. Danay sostenía la mirada en el piso. Por algunos minutos esperé a su respuesta pero no hubo muestras de que fuera a suceder. Cambié la pregunta por algunas más sencillas y menos directas, pero el resultado fue el mismo.

Finalmente después de algunos intentos le pregunto si no quiere hablar de eso a lo que me responde que no. En pocas palabras le explico que es una posibilidad no querer hablar de la situación y que en cualquier caso, si le surgieran ganas de hablar del tema, las puertas estarían abiertas para volver.

Invito a pasar a la madre con el hermano de Danay. Le comento la situación y le reitero que las puertas estarían abiertas para Danay en otro momento, pero que en el presente noto que la incomodidad impide tratar el tema, y que tampoco es necesario forzarlo.

Luego de esta primera sesión, no volvieron.

Este caso es un tanto distinto en cuanto a la derivación médica: aquí de lo que se trata es de un acompañamiento que corra en paralelo al tratamiento médico. Esta demanda es conveniente aclararla debido a que los objetivos no están prefijados con claridad para el paciente, ni tampoco para el analista que la recibe. Es mucho más una petición de ayuda que un motivo de iniciación de tratamiento.

Entonces, ¿Qué es lo que para la medicina torna problemático?. En este caso, el hecho de que un fenómeno biológico propio de una edad tardía se presentifique: se juega algo del orden del adelantamiento.

El desparpajo de la madre al tratar el tema es notorio. Parece muy notable la reacción de su hija a sus palabras. De esta manera se descubre que el tratamiento de la demanda de la paciente no sólo tiene que ver con aquello que ha ocurrido en el colegio a propósito de su menarquia, sino que también con el tratamiento que hace la madre del tema.

En efecto, el motivo por el que la madre trae a su hija es algo que ella también vivió y surge en su discurso avivando la sorpresa de esta última, más que calmando o clarificando, que es uno de los motivos por los cuales acuden al hospital. Este rasgo torna identificadorio para las generaciones de mujeres de su familia, por lo que es importante considerar sobre este punto que se llega ahí por y con todas, y no exclusivamente por el caso particular de Danay.

Por este motivo es que podría llegar a pensarse que dicha sorpresa es también motivo de silencio. Es una demanda ante la cual no hay mucho que decir. La vergüenza juega un papel clave frente a los significantes de la demanda, ¿es 'regla' que las mujeres de dicha familia actúen así frente a la problemática? O, ¿qué tipo de 'regla' se juega en este caso?

En suma, la sorpresa muestra la consecuencia de un rasgo identificatorio que se presentifica a posteriori de ocurrido el hecho. A este respecto queda la duda sobre lo que hubiera pasado con Danay si hubiese sabido algo de esta historia familiar.

Entonces, se podría pensar que lo que aquí opera es una demanda de un otro analista que sirva como soporte de un espacio de escucha y transmisión de las historias de estas distintas mujeres que ha vivido la misma situación.

De esta manera, es notorio el hecho de que ante mis preguntas, Danay responda mirando al piso y conteste solamente un 'no' conclusivo. No se quiere saber observada por el Otro en la medida en que es la marca de una vergüenza algo enigmática.

Esto evidentemente marca erráticamente el acogimiento de la demanda por mi parte, formulando preguntas sobre el discurso de la madre y no sobre su vivencia personal de los hechos o dándole una cabida a su reacción subjetiva ante el hecho, validándola.

Este caso ilustra de manera concreta una demanda que en su poca claridad, como ya se ha dicho, encubre una formulación más del otro que del paciente. Y, que en tanto busca su justificación en el paciente, se relaciona con una problemática que rebasa los significantes particulares del caso, atingiendo a una cadena de demandas que es necesario desglosar, precisamente para no perderse en la larga lista de historias que componen el sufrimiento particular de la paciente. Historias que por lo demás, y especialmente en este caso, han quedado reprimidas por 'regla'. La identificación con el resto de las mujeres de su familia impiden el surgimiento de su historia particular.

¿La madre venía por su hija o por ella?, habría sido una pregunta útil a este respecto, lo cual habría podido facilitar el diálogo entre la sorpresa que la madre generaba en su hija, y la genuina sorpresa ante un cuerpo que se adelanta, en el caso de Danay.

Como sirve de ilustración, el tratamiento de la demanda en este caso precisamente falla en la medida en que se le pide a la paciente que hable de algo de lo cual no puede hablar.

Esto coincide directamente con su situación de adelantamiento de la menarquia, ya que se le es convocada a que hable de aquello que no puede hablar, incluso antes de haber pasado por el proceso que se lo permitiría.

También, y poniendo en primer plano el carácter traumático que tiene la aparición de la regla en la paciente, se podría pensar que Danay es llamada a hablar desde una posición adulta e incluso médica sobre sí misma, describiendo claramente lo que le ocurre y su sentir a partir de la situación. En otras palabras, nuevamente se actúa adelantándola.

Así, las preguntas hechas a la paciente al momento de la entrevista individual, restringen el hablar, solamente a hablar de la demanda, no dejando posibilidad de asociar libremente a partir de lo que es demandado.

Este es un claro ejemplo que muchas veces el acogimiento de la demanda puede quedar obturada por una demanda del analista hacia el paciente. Podría leerse también como un ejemplo en el que la demanda del otro institucional/materno se re-sitúa como una demanda del analista hacia el paciente.

David.

David es un niño de 10 de años. En la primera entrevista llega con su madre quién me cuenta que su hijo fue referido a terapia por su doctora, quién está a cargo de sus controles periódicos a propósito de su diabetes tipo I, insulino dependiente. El paciente debutó con un coma diabético, dos años atrás de esta primera consulta, cuestión que lo tuvo al borde de la muerte.

Así, su condición de paciente crónico lo ha mantenido ligado al hospital desde su debut a la actualidad, teniendo que pasar por la atención de distintos especialistas: nutriólogos que chequean el estado de su dieta, médicos que ven el estado de sus glicemias para evitar recaídas y psicólogos y psiquiatras que se han encargado de los problemas de comportamiento asociados a los nuevos hábitos de vida. Esto hace que madre e hijo viajen (viven en una comuna periférica a Santiago) al menos una vez por semana al hospital.

La madre, sobrepasada en lo personal por la situación de su hijo, también ha tenido que consultar a dichos profesionales de la salud mental.

David llega a mí después de una primera terapia de un año. Me comenta la madre que su terapeuta fue desvinculado del hospital por motivos administrativos de la Unidad de Diabetes, por lo cual no pudieron continuar. En consecuencia, fue necesaria una derivación a la unidad donde me desempeño. David agrega que lo trabajado durante el año de terapia consistió en diversos juegos en sesión que estimulaban la memoria. Estas dinámicas, me explican, ayudarían a la auto-administración de los medicamentos.

De esta manera, ella me aclara que el principal problema con el que ella tiene que lidiar en lo cotidiano es con la insistencia del hijo por comer alimentos prohibidos por la dieta que los médicos han sugerido para David. Así, la madre enuncia lo que sería la demanda de tratamiento en este caso: “vengo por su genio” (temperamento).

Esto se traduce en que David el último tiempo ha estado muy irritable y de mal humor, por distintas situaciones referidas a su alimentación: a las 6 de la tarde tiene hambre y tiene que esperar una hora aún para la siguiente comida, no puede comer pan, no puede comer torta en los cumpleaños de los amigos, los dulces están prohibidos, y así un largo etcétera.

Además, a eso se suma el malestar corporal respecto a la administración de la insulina. La rutina diaria incluye 5 inyecciones repartidas a lo largo del día, por lo que en ocasiones el paciente se rehúsa a dichas inoculaciones. Estas dosis son administradas por la madre en todo momento, incluso ella teniendo que asistir al colegio para dicho fin.

Pronto se descubre la ambigüedad del significante “genio”.

La madre me cuenta que ella no sabe leer ni escribir, y que todo este proceso ha tenido que aprenderlo muy bien el paciente también, a su corta edad. Por ejemplo el control del libro de las glicemias debe llevarlo él. De esta manera, la madre le pide que le lea dichas cifras y ella las interpreta respecto a lo que recuerda que la doctora le ha dicho. Por otra parte, también le es necesario que cada vez que salen, David le lea los carteles de las calles, de las micros, los bonos médicos, las recetas y en general todo lo necesario en el cotidiano vivir. “Él es mis ojos”, me dice, “él sabe todo sobre la diabetes, pregúntele lo que quiera”. Ella viene por su “genio”.

Continúa con la narración y me cuenta que la enfermedad también ha traído problemas de convivencia con el padre. El padre no acepta la enfermedad del hijo, la vive como un castigo divino. Piensa además, que se podría haber evitado llevando al paciente antes al médico, al modo de una enfermedad aguda. Si bien esto ha intentado ser aclarado por el personal médico en las jornadas educativas para padres de pacientes diabéticos, el padre no logra convencerse,

produciendo diversos conflictos con la madre y con el hijo. En el caso de la madre, él le reclama por el hecho de que David no puede tener una alimentación balanceada como lo exige su edad, haciendo caso omiso de la dieta sugerida por el equipo médico. En el caso de David, no puede verlo pincharse, no le gusta que lo haga. Si bien entiende la necesidad de la insulina, prefiere salir de la casa a fumar, por ejemplo, mientras es aplicado el tratamiento.

Ambas situaciones se diagnostican como las más importantes dentro de lo que ha estado ocurriendo a propósito del debut de la enfermedad, y son cuestiones en las que la terapia podría enfocarse según la madre. Por un lado cómo David se “acostumbra” a la enfermedad, y cómo la familia logra integrar a este nuevo David.

Una vez terminadas las sesiones de ingreso con la madre, me centro en encontrar un motivo de interés en venir a terapia a partir de la asociación libre del paciente. Al principio fue complejo para él poder abrirse a la idea de relatar su mundo interno, por lo que se concentraba en darme datos médicos e historias en el contexto del hospital asociadas a su padecer. David llegaba con su carpeta y cuaderno de glicemias para contarme cómo iba con la administración de la insulina.

Pero bien pasó el tiempo, comenzó a relatarme sobre su gran pasión, los videojuegos. Sus narraciones eran largas descripciones bastante detalladas de todos los movimientos que realizaba en el videojuego, además de la trama. Así, cada sesión nos sumergíamos en el videojuego mediante su relato.

A mí esto me agotaba y aburría enormemente, a veces hasta la exasperación, debido a mi deseo de obtener un diálogo analítico genuino, de manual (evidentemente esto se debía a mi inexpertis e ideales de practicante).

Pero con el tiempo comencé a tomar atención sobre lo que me contaba. El título del juego contenía la palabra “Survival”, y precisamente el argumento trataba sobre construir diversas estructuras que permitieran sobrevivir en un mundo dominado por animales salvajes, dinosaurios y otros usuarios que también podían atacar en búsqueda de recursos.

Este juego, sumado a las vivencias cotidianas del paciente, fueron poco a poco poniéndose en relación. Así, se trabajó la forma en la que él estaba asimilando su enfermedad y los cambios de su cuerpo durante la pubertad. De este modo, las primeras intervenciones analíticas permitieron un trabajo de tejido de lazos entre lo que el paciente jugaba y aquello que se volcaba a nivel existencial en este ejercicio lúdico.

Se pudo dar cuenta de esta manera que el jugar ocupaba un lugar sintomático de aquello que David había estado viviendo, y las sesiones, lejos de criticar su exacerbado interés por los

videojuegos, como lo hacía su madre, tornaron en brindarles a estos un horizonte de sentido que no habían sido develados hasta ese momento.

En este caso lo que está en juego en la demanda es acentuar las prohibiciones asociadas al tratamiento de la diabetes. Esto en los equipos técnicos se trabaja sobre un horizonte de producir “conciencia de enfermedad” cuestión que está centrada, entre otros tópicos, en hacer entender racionalmente al paciente las consecuencias de aquello que pasaría si no cumple con el tratamiento. Además de trabajar sobre aspectos identitarios asociados al devenir de la enfermedad, es decir, se reduce la posibilidad del trabajo terapéutico al mero ejercicio de la psicoeducación.

Así, cuando David es consultado, refiere que su terapeuta anterior le hacía trabajar cuestiones que reforzaran su memoria. Supuestamente, mientras él agudizara su memoria podría llevar a cabo de mejor manera el tratamiento farmacológico, ayudándolo a su auto-administración. Al respecto narra una serie de sesiones donde era sometido a ciertos procedimientos ligados a la psicología positivista. A dicho tratamiento fue derivado meses después de haberse recuperado del coma diabético, por lo que éste sienta un precedente en la forma de entender la atención psicológica asociada a su condición.

De esta manera llega la madre a la consulta demandando mejorar el genio de David. Esta demanda se traducía en que él pudiera ser más dócil ante las exigencias médicas de la estricta dieta a la que era sometido. Esto porque ella evaluaba que era uno de los motivos por los cuales se hacía compleja y tensionante la implementación de las medidas médicas respecto a David.

A esto se le suma por un lado, que la madre ante el tratamiento, se mostraba extremadamente preocupada de cumplirlo al pie de la letra. La palabra de los médicos para ella era muy importante, debido a su sensación de temor de fallar en la implementación de éste a propósito de su analfabetismo.

Y por otro, la madre argumenta que su marido no era precisamente aliado: muchas veces sabotaba estas prohibiciones, contrariando la dieta recomendada en el hospital.

De esta manera ella aparecía como la representante de la institución y de su aparataje, siendo además la encargada de llevar a su hijo a los controles médicos en su totalidad.

Así, y en la medida en que esta narración iba avanzando, se podía dar cuenta que esta demanda contenía una segunda demanda: la de mejorar el desempeño de David al momento de la auto-administración de la insulina y las dietas. De manera tal que la madre, a la vez dejase de ocupar un lugar tan problemático dentro de la familia.

Así, mejorar el genio tenía que ver también con mejorar las capacidades cognitivas del hijo, al modo de la terapia anterior que había recibido. Es decir, era también una cuestión de inteligencia. Esto es consistente con la serie de escenas que la madre narra al respecto de la ayuda que le presta el hijo para leer.

En ese sentido, cuestiones externas que parecían no aportar nada a nivel de aprendizaje, como los videojuegos, amenazaban a 'su genio'. La madre en las primeras sesiones se queja de la gran afición de su hijo por ellos, generando constantes preguntas sobre la nocividad del uso prolongado del celular o las consolas.

Entonces, lo que la madre demanda tiene que ver con mejorar las capacidades emocionales y cognitivas del hijo a la hora de medicarse, como parte de las estrategias médicas para afrontar la diabetes de David.

Pero al desglosar la demanda materna ("vengo por su genio"), también se puede hacer hincapié en el "su", en la indicación de posesión. Ella viene por "su" genio. El discurso materno enunciado en las primeras sesiones hace hipotetizar cierto grado de alienación: "él es mis ojos". ¿Sería esta la razón por la cual en las primeras sesiones fue tan complejo para el paciente hablar de otra cosa que no fueran datos médicos? Sin duda, David muestra cierto alineamiento respecto al discurso materno (influenciado por el discurso médico) sobre lo que implica sobrellevar la enfermedad, por lo que desde ahí se podría explicar algo de esa dificultad.

Esta línea hipotética implica pensar que la demanda además tiene relación con la separación de ambos ¿Estaba dispuesta la madre a perder esa relación de dependencia con su genio?, debido a que lo que se exige, también es una mayor auto regulación, es decir, cierta internalización de la norma e independencia de quien la dicta.

Algo de eso se pone en juego si se considera que, David decide hablar de la prohibición, pero de un modo distinto: no de la dieta y la insulina, sino de los videojuegos.

Como quedó expuesto, fue complejo recibir en primera instancia los largos relatos sobre lo que iba sucediendo en el videojuego que frecuentaba, pero en lo sucesivo, se fue descubriendo el valor de este, y pudo ser comprendido como una respuesta sintomática del sujeto a aquello que le estaba ocurriendo.

El juego revelaba ser un sustituto de lo que antes se era, por lo cual servía como soporte fantasmático: en ocasiones lo esencial era alimentar lo más posible a los personajes. En otras lo esencial era sobrevivir. Por esto, las primeras interpretaciones tuvieron que ver con su quehacer y posición en el juego, y la relación que se iba estableciendo con su vivencia de la enfermedad. De ahí que lo lúdico fue esencial para analizar la demanda hecha por la institución y por los padres, produciendo una movilización del deseo.

Así, esta movilización, indica una primera separación del discurso materno. Lo que la madre pedía que se hablara en el espacio, es contrariado una vez hecha la oferta de asociación libre. Esta produjo la posibilidad de hablar no de la prohibición respecto a la dieta, sino de la prohibición de la madre respecto a su espacio personal de juego.

De esta manera, lo que pone de manifiesto este caso es una modalidad de la demanda de los padres que se ciñe demasiado estrechamente a lo solicitado por la institución, debido a sus ideales de bienestar.

Sin embargo, un tratamiento de dicha demanda que brinde un espacio para escuchar al paciente adolescente, de lo que él quiera hablar produce efectos notables en la posibilidad de generar transferencia. Esto fue especialmente importante en este caso, debido a la fuerte institucionalización del paciente, donde su síntoma era tratado como si fuese algo reeducable, lo que eclipsaba al sujeto.

Si bien no debe obviarse el hecho de que el adolescente de todas maneras demandará algo con su palabra, una actitud de reticencia de atender lo que pidieron padres y médicos a cargo del adolescente produjo efectos notables en la palabra del paciente.

Por otro lado es importante destacar el papel del ideal que se tiene en la posición de practicante en las primeras sesiones. Debido a esto, en primera instancia se menospreció el discurso del paciente y se dejó de lado ciertos contenidos por no considerarlos analíticos. Datos, vivencias, detalles sobre todo, pueden incluirse en la lista de estas cuestiones, y el movimiento acertado fue poner atención a ellas dado que representó una posibilidad de pensar el caso más allá de las coordenadas enunciadas por la madre o la médico derivante. El detalle entonces adquirió una posición fundamental en el trabajo con este paciente.

Nelson.

Nelson es un adolescente de 14 años. Llega al área de atención psicológica referido por la nutrióloga infanto-juvenil debido al inicio de una dieta que apunta a bajar su considerable sobrepeso (notorio a la vista).

El paciente llega con su padre, un hombre de unos 50 años, quien cuenta la historia de su llegada al hospital. El padre el año pasado sufrió un infarto que lo tuvo al borde de la muerte, razón por la cual fue operado cuatro veces en el hospital, pasando ahí su período de post operatorio y recuperación. Los controles continuaron después de que el padre de Nelson fue dado de alta. Dichos controles periódicos son realizados hasta la actualidad por su médico cardiólogo.

Es en dichas visitas, en la que, acompañado por Nelson, el cardiólogo le sugiere que su hijo vea a una especialista en alimentación, para reducir factores de riesgo asociados a la obesidad a temprana edad. La derivación es hecha a dicha especialista y a Nelson le es recetada una dieta que cambia radicalmente sus hábitos alimenticios. En dicho contexto es que los padres le expresan a dicha profesional su preocupación sobre el comportamiento de Nelson en el colegio. La nutrióloga entonces, deriva hacia mi consulta.

Nelson tiene el aspecto de un adolescente “despierto”, con mucha facilidad para los chistes y la risa, bordeando lo burlesco ante las personas que lo rodean. Contradictoriamente, de una estatura y contextura más grande del resto de los adolescentes, su forma de expresarse pareciera ser de la de un niño menor a su edad, más infantil.

En la primera sesión que nos vemos, le pido a Nelson que me cuente como va con la dieta y el se ríe. Su risa es contagiosa y el padre también se ríe. Insisto en la pregunta cuando su risa declina, pero vuelve a reír mirando al padre. El padre al ver que la risa era incontenible para su hijo, me responde que la dieta empezó ayer.

El progenitor me cuenta sobre el comportamiento de Nelson que le preocupa. En el colegio suele ser muy desordenado, es un alumno problema. Es muy conversador y deambula por la sala molestando a sus compañeros e incitándolos también a comportarse del mismo modo. En innumerables ocasiones ha ido a parar a la inspección del establecimiento, donde a modo de castigo ha permanecido ahí por horas mientras terminan las clases, cuestión que también sirve para alejarlo del grupo de pares. Hace un par de años atrás, me cuenta, producto de este actuar constante del paciente, empujó a una compañera, pegándose ésta en una baranda. Ella terminó en el centro asistencial, y él expulsado por comportamiento violento.

Todo indica para los padres que es un trastorno del comportamiento, esto debido a que fue llevado a otra institución de salud mental, hace algunos meses, donde fue diagnosticado con TDAH (como es habitual en estos casos) y medicado correspondientemente. Asistió a terapia durante 3 sesiones, pero tuvo que retirarse por el alto costo asociado a esta.

El padre pide que el tratamiento psicológico se centre en que Nelson acate órdenes.

Una vez escuchada su exposición, el padre sale del box y me quedo con Nelson. Le pregunto qué le pasa con lo que el padre ha dicho, y él responde que nada. Le cuesta hablar. Le pregunto que qué podría hacer yo respecto a la problemática, y me responde que le podría ayudar a acatar órdenes.

Le pido que me cuente sobre su comportamiento en el colegio. Me dice que es desordenado, que le gusta llamar la atención de todos mediante diferentes actos, y también me cuenta las consecuencias que esto tiene, por ejemplo, que la profesora le ha dicho “todo estaba bien hasta que tú llegaste”. Esta frase en particular la destaca como un elemento que le hace sufrir, como un castigo penoso frente a sus acciones, que no justificarían tal grado de crueldad de la docente.

Agrega además que cuando hace desorden no piensa, solamente lo hace. Así, las acciones no están premeditadas, sino que aparecen en la contingencia de las situaciones y que en ese sentido, es difícil frenarlas porque no se tiene consciencia de ellas.

Le pido que dejemos hasta ahí la narración, pero que es importante retener que él me ha contado lo desagradable del hacer desorden, pero que pensemos sobre lo agradable del desorden en la sala de clase.

Con el correr de las primeras sesiones Nelson es aceptado en tratamiento, primero en una fase exploratoria de entrevistas preliminares.

Las sesiones se centran en poder soltar la palabra de Nelson, y que me pudiera ir relatando las distintas situaciones que le ocurren en el cotidiano, para situarlo en su trama de significantes, tanto en lo familiar, como en lo institucional.

Es en dicho contexto que la madre comienza a traer a Nelson, por lo cual la hago pasar al box para conocerla. Me narra algunas situaciones de Nelson en el colegio, aportando a mi conocimiento de lo que le está ocurriendo. Pero además, me comenta que ella quisiera hablar a solas conmigo sobre algunas cosas que se le han estado viniendo a la cabeza los últimos días sobre ella y su rol de madre. Hecha esta petición, la cito a ella a una entrevista a solas en un día alternativo al del tratamiento de su hijo.

En la entrevista la madre cuenta una serie de hechos que la han estado aquejando. Me comenta que lo pasa mal con el comportamiento de Nelson, que siente que falla como madre, se define como una mala madre, aunque lo intenta. A Nelson suelen consentirlo mucho, pero materialmente: es el segundo hermano de tres, situándose entre su hermano mayor, y su hermana apenas recién nacida. Relata que le cuesta tomarle atención con toda esa carga, de tener un recién nacido, un niño problema y un marido que le demanda también atención.

Luego de la narración de este malestar, me comenta que hay algo que ha querido decirme y que por eso asistió a la entrevista. A modo de confesión, cuenta que cuándo Nelson aún era pequeño, alrededor de los cuatro años, el padre fue encarcelado por un delito que no me cuenta. Durante ese período de condena, que duró cuatro años, ella se vio forzada a llevar el sustento al hogar, manteniendo a sus dos hijos. La madre le esconde esto a Nelson, llevándolo a las visitas, contándole historias falsas del porqué el padre estaba ahí, y tratando de en todo momento de esconderle a gendarmes y carabineros. Me comenta que él no se debe acordar, que su hijo nunca se dio cuenta, y que todo ese período de dolor lo vivieron con su hijo mayor: “el niño no tenía por qué saber”.

Durante este período y dadas las largas jornadas laborales a las que tuvo que someterse, además de cuidar a sus hijos y visitar a su marido, comenzó a probar distintas drogas con el fin apartarse de su realidad. Para cuando su marido salió de la cárcel, la madre estaba sumida en un consumo problemático, que se vio agravado en el momento en el que él cumplió su condena producto que se vio con mayor libertad de acción.

Me relata una escena actual. En ella va pasando en la camioneta familiar el padre con Nelson por fuera de un barrio peligroso. Nelson le dice que se acordaba de estar ahí, que los dos habían ido a buscar ahí a la madre un día. Ella me comenta que en ciertas ocasiones fue necesario que el marido la fuera a buscar a los lugares que frecuentaba al ir a comprar droga, ya que quedaba literalmente botada por el consumo, y que en una ocasión fue con el hijo para llevarla a

casa. Me dice que le da miedo que él sepa, y más aún que recuerde y que pregunte. Pero tiene una fuerte intuición de que esta situación puede estar relacionada con lo de Nelson, que no sabe de qué forma, pero que le era necesario decírmelo.

Ambas situaciones (la condena del padre y el consumo de la madre) se viven como profundamente vergonzosas y operan como secreto entre el padre, la madre y el hermano mayor. Mi intervención en ese sentido se centró en analizar el sentido que tenía el haber guardado estas historias en forma de secreto y que posiblemente, podría trabajarse el cómo revelar ese secreto que angustia tanto mantenerlo.

El análisis con Nelson continuó. Se destacan tres viñetas de las siguientes sesiones con el paciente.

Primera. El paciente llega relatando la compra de un nuevo teléfono celular. El padre enojado había lanzado su celular contra la pared, por lo cual decidieron que el padre, se quedaría con el teléfono de Nelson y a él le comprarían uno nuevo. Me lo muestra, me muestra sus características y funcionalidades, para luego empezar a escribir en el aparato letras al azar. Escribe muchas letras al azar separadas por espacios, emulando la escritura de palabras. Me dice que estas palabras representan lo que mi mente está pensando en ese momento, que eso es lo que pienso sobre él. Le pregunto qué dice, y me responde que yo tengo que explicarle que dice ahí, que son mis pensamientos. Acto seguido me pregunta de dónde soy, a lo que yo le respondo que por qué esa pregunta. Él me dice que cree que yo soy de otro país, que vuelo todos los días a la consulta y luego vuelo de vuelta a mi país de origen, él cree que soy de África. Me dice que recuerda un chiste: “En una guerra habían unos soldados tratando de tirar una bomba a África, pero no pudieron porque ahí no habían blancos”. Se ríe estrepitosamente. Termina la sesión confesándome que él creía que yo leía mentes, que lo que anotaba en mi libreta eran sus pensamientos. Me pregunta: “¿qué estoy pensando ahora?”. Le digo que creo que estaba pensando en el final de la sesión. La sesión termina.

Segunda. A la sesión siguiente, luego de terminar, como era habitual, yo abro la puerta y lo hago pasar. Él se detiene y me hace pasar a mí. Yo lo miro, y doy un paso afuera del box, a lo que él responde cerrando la puerta, quedando yo afuera y el dentro. Cuando abre la puerta se está riendo. Yo le interpreto: “parece que quieres ser tú el psicólogo”.

Tercera. Algunas sesiones después, luego de haber iniciado, Nelson se queda en silencio. Yo sostengo el silencio para ver si está elaborando algo. El silencio demora más de lo habitual y me acomodo en la silla. Él me mira y se acomoda de la misma forma que yo lo hago. Nos quedamos mirando. Yo muevo el lápiz. Él toma un lápiz de la mesa y lo mueve de la misma forma, yo me río, y él se ríe. Dado un tiempo un tanto incómodo de imitaciones, yo decido cerrar los ojos.

Él también los cierra. Acto seguido yo abro los ojos, y él no. Luego de un rato él los abre y se impresiona de que yo ya los tuviera abiertos. Le digo: “no pudiste seguir imitándome”.

Finalmente durante el transcurso del tratamiento, faltan sin avisar. Cuando llegan, a la semana siguiente, la madre me comenta que durante ese tiempo de ausencia estuvieron complicados para traerlo, debido a que Nelson había sido expulsado del establecimiento educacional por reiterada mala conducta. En su relato se oye desesperación, debido a que no tenían dónde dejar a Nelson –padre y madre son dueños de una panadería familiar- mientras buscaban un nuevo colegio, al que sería difícil postular debido al historial de conducta de Nelson. Además les preocupaba el hecho de que su comportamiento no había cambiado a propósito de la terapia, como ellos esperaban. En esa sesión es trabajado con Nelson el tema de la expulsión, con mucha reticencia por parte de él, contándome por otro lado, que actualmente está trabajando en la panadería con sus padres elaborando pasteles de diverso tipo.

Faltan a las dos sesiones siguientes, y como es protocolo del hospital, son contactados vía telefónica por mí para saber si iban a seguir asistiendo a terapia. No contestaron el teléfono por lo que sus horas fueron canceladas y la terapia se dio por concluida.

Este caso es intrincado en tanto involucra una serie de demandas superpuestas que lo configuran.

Así, es necesario considerar que el médico hace una interconsulta con nutrióloga y psicólogo a propósito de la patología cardíaca del padre, pidiendo trabajar aspectos psicoeducativos sobre hábitos alimenticios. En ese contexto, al consultar, aprovechan de contarme lo que está ocurriendo con Nelson en el colegio. Es importante situar entonces que es a propósito de la demanda médica que llega la demanda de los padres.

También es de recalcar que la demanda de la madre respecto al secreto familiar ocurre ya iniciadas las entrevistas individuales con Nelson al modo de “algo que se me vino a la cabeza”, durante las semanas que duraron dichas entrevistas. Sin embargo es posible escuchar en su relato que es algo que está constantemente en sus pensamientos y que intuye que es un factor que podría estar causando el mal comportamiento de su hijo.

Así, el cuadro de demandas de las primeras entrevistas quedan resumidas como: peso, orden y secreto.

Por un lado, la demanda de peso pone en relación a padre e hijo a partir de la patología del padre, lo que da cuenta de un posible rasgo identificatorio entre ambos. Esto evidentemente sirve también para hipotetizar una relación entre el comportamiento del hijo con la historia delictiva del padre. ¿Será esta primera demanda de tratamiento, donde padre e hijo llegan juntos, la primera escena desde donde pensar el lugar del síntoma en la historia del paciente? Esto sustentado también en el hecho de que ambos han sido castigados por mal comportamiento, puede dar las primeras luces de la dirección del tratamiento.

En el caso del orden, al estar aparejada al tema de la relación con la comida, podría pensarse como dos manifestaciones de un mismo goce. Esto dado que se demanda orden en la sala de clases, pero también en la ingesta del alimento. Evidentemente tomar en cuenta el hecho de que finalmente la panadería familiar es la fuente laboral para los tres integrantes de la familia implicados en la consulta, hace que esta hipótesis adquiera sentido.

Por último, en el caso del secreto, es relevante ver que esta fue enunciada por la madre después de haber recibido la primera demanda de tratamiento. Esto da cuenta de la posición secundaria que ocupa el secreto y además, que es la madre quien administra ese sufrimiento familiar, sobre todo como se podrá notar, en forma de culpa.

De esta manera, es la demanda de orden la que se revela como más apremiante debido a la gran cantidad de problemas que han tenido con la institución y con otros alumnos y apoderados de los distintos establecimientos por los que ha pasado Nelson.

Evidentemente con la hoja de vida que posee Nelson a esa altura es difícil que pueda ser aceptado en más colegios, por lo que se presiente venir una situación compleja en caso de no haber cambio en el mal comportamiento del paciente (este podría considerarse otro rasgo que deja en una posición identificatoria similar a padre e hijo).

Entonces, Nelson en un principio demanda lo mismo que el padre en la primera sesión: ser ayudado para no portarse mal en el colegio. Cuando Nelson es preguntado

sobre su demanda, declara no saber: “no lo pienso, solo lo hago”, quiere seguir viniendo a terapia.

Con el tiempo dicha demanda cede para ser reemplazada por otra. La nueva modalidad exigiría a alguien que pusiera orden bajo la forma de, por un lado querer ocupar mi lugar de analista dejándome detrás de la puerta, y por otro burlarme mediante juegos de competencias del tipo imitación y lectura de mentes.

Entonces, el espacio de terapia pasa a ser un espacio donde reiterar el comportamiento por el que se demanda. El síntoma se traslada a las sesiones y éstas comienzan a tener más contenido verbal. Las tres viñetas finales escogidas sirven también para graficar eso.

Una de las estrategias de intervención adoptadas en este caso fue mostrar el límite de dicha lógica para cercar el goce asociado al síntoma.

Por ejemplo, frente al juego de imitación le muestro que no era posible continuar imitándome con los ojos cerrados. En el caso de la situación donde quedo afuera del box, mi actuar no denotó enojo, lo cual hubiera sido quedar en el lado del otro que reta y prohíbe, sino más bien leer en el hecho de que él quería ocupar mi lugar, reemplazarme, y abrir un espacio para la palabra en esa situación.

Finalmente, Nelson es expulsado de su actual establecimiento educativo, motivo por el cual no vuelve más. La madre se muestra preocupada por la calidad del trabajo hecho en sesión y sus consecuencias, por lo que se puede dar a entender que es debido a esto que no vuelve. Pero aun cuando no se pudo proseguir se puede dar cuenta de un nuevo movimiento: Nelson ahora trabaja junto a sus padres en la panadería familiar. Más allá de lo ético del trabajo infantil/adolescente, es posible dar cuenta de la búsqueda de un nuevo lugar para aquello que se había demandado como problemático al comienzo, la comida, y posteriormente, la inclusión de Nelson en el grupo familiar.

Sin duda una de las dificultades que representa el caso se relaciona con la participación en sesión de la madre. En este caso, la madre interesada en el espacio con el objetivo de aportar datos para el tratamiento del hijo, demanda atención para su sufrimiento. Entonces, también se plantea como candidata a tratamiento.

Pero no solamente eso, sino que a la vez pone en juego el secreto como base de sus sospechas sobre el caso del hijo. Es decir, introduce un misterio que interviene a la vez en la posibilidad del analista de hipotetizar sobre el caso.

¿Qué tan importante fue el haber escuchado la hipótesis de la madre en el contexto de las primeras entrevistas? Esta pregunta es relevante debido a que se puede notar un cambio de actitud en el paciente, lo cual abre la interrogante sobre la causalidad que pudo haber tenido la entrevista con la madre y cómo esta imaginariamente pudo haberme dejado como depositario del secreto familiar.

Sobre esta hipótesis no era posible trabajar directamente debido a que por un lado, el hecho de que Nelson supiera el secreto o tuviera alguna noción sobre éste, no era una certeza para los padres. Pero por otro lado porque, trabajar sobre esta hipótesis implica su revelación, cuestión que está en manos de los padres y no del analista. Aun así, el cambio del paciente en sesión fue tan pronunciado que era necesario pensar 'la entrevista del secreto' como su gatillante. El caso contrario implicaría negar un posible trabajo con dicha posición trasferencial.

Por esto es que este secreto queda, no solamente como una demanda de trabajo con la madre, sino que también como alianza de secreto, dado que no se tiene en el horizonte revelarlo.

En consecuencia, la pregunta que también se abre al respecto es sobre el trabajo individual con la madre. Este tópico plantea el desafío de decidir quién era el paciente, o la madre o el hijo. Haciendo clínica-ficción un camino de trabajo podría haber sido tratar más a fondo la posible o imposible revelación del secreto con la madre.

Por último, es necesario aclarar que finalmente todas esas reflexiones quedaron únicamente en hipótesis dado el abrupto final del tratamiento, no pudiendo concretarse ninguna estrategia de intervención a propósito de alguna de ellas.

Maite.

Maite es una adolescente de 16 años. Ella acude al centro asistencial en primera instancia para hacer un chequeo médico general. Debido a su edad es ingresada a la unidad de adolescencia.

En dicho control, ella refiere una serie de motivos personales por los cuales necesitaría asistir a terapia psicológica, motivos sobre todo referidos a su bajo rendimiento académico y problemas de asistencia al establecimiento. Dado el enfoque bio-psico-social de la unidad es hecha una interconsulta con el área de salud mental donde efectuó la primera entrevista.

Al llegar al box me comenta que su principal problema es la inasistencia a clases. Sufre de insomnios en los que muchas veces logra conciliar el sueño cercano a la hora que debería levantarse para el colegio, por lo que muchas veces se queda en la cama o pide retirarse antes de completar la jornada escolar, cuestión que ha repercutido seriamente en sus notas y en las relaciones que ha podido entablar con sus compañeros. Esto sin contar las innumerables disputas con la madre a propósito de esta situación.

Maite ha repetido dos años, el último de éstos producto de esta problemática. Ella y su madre temen que este año vuelva a pasar lo mismo el presente año.

Las causas que ella identifica para este comportamiento son falta de ánimo, desgano, tristeza, todo esto producto de una serie de hechos que la vienen aquejando desde el año pasado.

Maite relata que el año pasado terminó una relación de forma abrupta, con consecuencias emocionales que arrastra hasta el día de hoy. Esa fue su primera relación amorosa, en la cual además tuvo su primera relación sexual.

Enamorada ella de un joven mayor que ella por más de 5 años, tuvo una relación tormentosa donde lo que se jugaba todo el tiempo eran los celos por parte de ella hacia él por sus amistades femeninas. Ella sospechaba que él la engañaba. Aun así, y después de algunos meses de relación, ella recibe un llamado de él, dónde le dice que su casa está sola. Al llegar, él la convence de tener relaciones sexuales. Ella cuenta que todo sale mal, no se sintió cómoda en ningún momento. Además, el preservativo se rompió, cuestión que más adelante trajo consecuencias. Agrega que al rato después llega un amigo de su pareja, con quien consumen alcohol hasta tarde. En un momento, y casi inexplicablemente, estando Maite y el amigo de la pareja afuera de la casa, solos en el patio, la puerta se cierra quedando los dos afuera, mientras la pareja de Maite dormía totalmente ebrio adentro de la casa. Este detalle final cobrará sentido con el correr de las sesiones.

Posterior a ese día, ella llega a su casa, y le es enviada por medio de una amistad cercana una foto donde se entera que él le estaba siendo infiel con su ex pareja hace ya un tiempo. Ella

termina su relación con él inmediatamente. Semanas después la tensión entre ambos continuó debido a la posibilidad de embarazo de la paciente.

Maite además me comenta que, durante un tiempo hasta ahora, ha investigado a su padre por redes sociales, y que ha descubierto una infidelidad entre él y una mujer que frecuenta en viajes al norte, justificados por el hecho de que su familia reside en dicho lugar del país. Ante esta situación no sabe cómo actuar. Teme la desintegración de su familia, pero a la vez quisiera revelar esta situación a su madre en un acto de justicia.

Todas estas situaciones han configurado un estado mental que le impiden desenvolverse como ella quisiera en sus deberes y vida cotidiana, por lo cual le gustaría iniciar una terapia.

De esta manera, se configura el panorama para recibir a Maite en una fase de entrevistas preliminares.

Mediante va pasando el tiempo salen algunos hitos claves en su historia. La madre, en su juventud fue violada, producto de lo cual nace su primera hija, Paola, hermanastra mayor de Maite. Es justamente a partir de este dato que la paciente va relatando una serie de hechos donde su madre es abusada (sexualmente, económicamente, emocionalmente) por distintos hombres. Por ejemplo, relata el caso de un hermano de la madre que le pide constantemente dinero prestado, el que nunca devuelve. A dichos ejemplos se suma el comportamiento del padre.

Estas situaciones se identifican como cuestiones que también le pasan a ella. Por ejemplo, el caso de su pareja infiel, quien durante meses le esconde su relación paralela, chantajeándola además para tener una relación sexual con ella.

Esto constituye una dinámica constante a tal punto, que en una escena de asociación libre la paciente se pregunta sobre si el padre alguna vez la tocó. Cuestión con la que posteriormente soñó repetidas veces. Esos sueños la conmovían profundamente, despertando angustiada cada vez que esto ocurría.

De esta manera uno de los primeros efectos de la terapia fue poder trabajar, y en consecuencia, poner en serie el temor y sufrimiento respecto a la propia sexualidad, y la experiencia materna de la violencia sexual. Lo masculino quedaba, de esa manera, en la serie de lo nocivo, siendo esto representado sobre todo por su ex-pareja y su padre.

Así, algunas sesiones después soy contactado telefónicamente por la hermana de Maite, Paola.

Me llama tarde en la noche desde un número desconocido para mí, lo que me produce sorpresa. Me dice muy agitada que su hermana ha hecho algo muy grave y que necesita una hora

para hablar acompañada de su madre, a solas conmigo. Al preguntarle yo por la causa del llamado me dice que no puede contarme nada, porque prefiere que sea en persona. Me pide que por favor haga un espacio en la agenda para recibirlas. Quedo de confirmarle de tener algo disponible. Fin del llamado.

Días después de haber meditado la situación, la contacto para recibirla la semana entrante.

Llegan ambas. La madre evidentemente afectada. Paola relata. Maite en un ataque de furia producto de una desavenencia con la madre, amenaza a esta con un cuchillo, rompe su celular y se encierra en su pieza a llorar. La madre sorprendida por el actuar de su hija, llama a Paola para que la ayude con la situación. Ella acude, y la convence de abrir la puerta. Llorando, Maite abre la puerta y le confiesa que la habían tocado. Paola buscando explicaciones le pregunta que quién la había tocado, y ella responde que el amigo de su pareja, al momento de iniciarse sexualmente. Maite le relata la situación a su hermana, pero esta vez incluyendo el relato de abuso sexual que vivió: al momento de quedarse encerrados afuera de la casa, y luego de varios tragos de más, el amigo de su pareja la toca a la fuerza.

Entonces Paola y su madre me encaran, argumentando que yo no había denunciado la situación, siguiendo el protocolo para este tipo de situaciones en menores de edad. Yo le comento que yo tampoco sabía del hecho, que me sorprende igual que a ellas.

Días después, me cuenta Maite con más calma, que ella no lo había dicho por temor a que no la dejaran salir por un tiempo prolongado de la casa, que la culparan por lo sucedido o que yo denunciara ante la justicia, con lo que se enteraría todo el mundo.

Para Maite aún esa escena de abuso aparece como confusa, pero valora el haber logrado decir eso que había estado tanto tiempo sin palabras.

Con el correr de las sesiones fue trabajado este episodio con la paciente.

Finalmente, tiempo después fue derivada con otra psicóloga de la unidad dada la finalización de la práctica.

Para iniciar la reflexión de este caso es necesario destacar que la derivación proviene desde el equipo médico a cargo de los controles de salud integral de la Unidad de Adolescencia, y la paciente es atendida a propósito de un interés personal de asistir a tratamiento con un psicólogo.

Este tipo de demandas que buscan directamente ser atendidas por un profesional de la salud mental son inusuales en la Unidad de Adolescencia del Hospital. La mayoría de derivaciones proviene de profesionales médicos que buscan acompañar y respaldar los respectivos tratamientos que son prescritos, por cierto tratamiento de apoyo en el área psicológica.

Entonces, este aspecto adquiere relevancia.

En el caso de los adolescentes derivados para coadyuvar los tratamientos médicos, fue necesario un periodo de exploración de las demandas que están en juego para saber quién pregunta, qué pregunta y por qué pregunta al momento del encuentro con el analista. También este período podría ser necesario para analizar el encuentro cuando no hay demanda genuina del sujeto implicado (cuando es “mandado” al analista en la institución, por ejemplo, muy común en el área jurídica).

Si bien dicho proceso no debe ser descartado del todo en este tipo de demandas donde el interés es directamente de tratamiento, considero que se hace más expedito el trabajo de discernir la demanda que se le dirige al analista. Esto porque se puede trabajar en contacto directo con la pregunta a la que se llega a la primera sesión.

Aquí el interés proviene de la adolescente en relación con la institución educativa, que se traduce en una demanda de apremio, dadas las consecuencias inmediatas que podría tener dicho sufrimiento invalidante: la repitencia. Este significante es importante no solamente porque ha sido y podría ser la consecuencia a nivel educacional de su manifestación sintomática, sino que, además marca la primera elaboración de la demanda de Maite.

Así, esta demanda enunciada al principio pronto deconsiste para pasar a hablar sobre su primera relación amorosa y su padre.

En suma, la queja a propósito del fallo de la pareja, se traslada a la queja por el padre. Éste también le falla a la madre, por lo que en la medida en la que se narran las situaciones, la “repitencia” adquiere sentido respecto a cómo se repite la actuación de los hombres al interior de una relación amorosa.

Con el correr de las sesiones, y en consonancia con lo anterior, el significante “abuso” también irá adquiriendo cierto peso en la narración de la paciente. Este

significante es el que marcaría la forma en que los hombres se relacionan con las mujeres. Así este rasgo primero se presenta en la propia historia, pero hará vínculo con la madre y su historia de violación.

Estos dos significantes serán importantes por dos motivos. Como se podrá ver, son el producto de la metonimia asociado al trabajo de la primera demanda. Será el acompañante a la frase inicial: “tengo miedo de repetir...”. Pero por otro lado sitúa la primera división subjetiva: “parece que escojo hombres como mi padre”

Entonces, el primer trabajo sobre esta demanda se efectuó sobre la posición de la paciente en la historia de infidelidad del padre. Dicha posición subjetiva acarrea gran parte del malestar sentido y dadas las asociaciones se vinculaba con el insomnio, por lo que ocupó gran parte de las primeras sesiones. Esta posición se relacionaba con el secreto y en consecuencia con la posibilidad de revelación que se poseía sobre este. ¿Cómo revelar el secreto sin que esto originara un caos a nivel familiar?, ¿Creería la madre el relato? Y en definitiva, ¿Era necesario denunciar la situación o era mejor intentar olvidarse de ello? Todas estas preguntas daban cuenta de la relación fantasmática con la madre, y de la vinculación sintomática que parecía tener con ella.

Así, el insomnio pronto mutó en pesadillas. En estas el padre aparecía abusándola o violándola, cuestión que angustiaba a Maite. Evidentemente esto la convocaba a reflexionar cómo su temor estaba en directa consonancia con lo que le había ocurrido a la madre, pareciendo ella estar ocupando su lugar como mujer violada. Esto daba cuenta de que el encuentro con los hombres había despertado tales contradicciones históricas que éstas exigían una elaboración.

En el correr de las sesiones, entonces, se fue elaborando esa posición respecto a lo masculino y lo femenino. En el lado de lo masculino quedaba el fallo, el abuso y la violación, y del lado femenino quedaba lo pasivo, el silencio ante los secretos y la figura de la víctima (cabe destacar que la madre nunca denunció a su agresor).

De esta manera, el trabajo fue historizar estas conceptualizaciones y cómo se habían ido anclando y repitiendo a lo largo del tiempo.

Notable es, entonces, que cuando este ejercicio fue generando más apertura del inconsciente y por ende las primeras interpretaciones a propósito de su posición subjetiva, la paciente hace acting-out.

La escena de amenaza con el cuchillo fue decidora a este respecto, porque operó como respuesta al trabajo sobre la identificación con la madre que se vinculaba con su síntoma. Así el cuchillo podría pensarse como una forma de corte con aquella historia familiar traspasada de generación en generación que traía ese exceso de goce al síntoma.

Pero también cobra relevancia respecto a esta escena el cómo ella logra hablar de su propio abuso. Cuando ella logra narrar su propia historia, destaca la dificultad de decirlo porque por un lado, en la casa creía que la iban a retar, y en sesión, que la iban a obligar a denunciar a su agresor, cuestión que ella no quería por lo engorroso y vergonzoso de pasar por esa situación legal.

Este es un claro ejemplo del peso imaginario de la institución (y sus protocolos) sobre la percepción de cuál es el quehacer del analista al interior de una institución y cómo esto puede interferir en la confianza que puede producir el analista en el contexto de la instalación de la transferencia.

Evidentemente esta cuestión toca temáticas que van más allá de la ética profesional que anclada a la legalidad, haría necesario este actuar. Pero aquí la cuestión se trataría más bien de pensar como poder encontrar una solución de compromiso entre lo que el paciente quiere o necesita y lo que la institución demanda que se haga en caso de ciertas situaciones de riesgo.

En este caso, esto tendría una especial resonancia dada la relación de la paciente respecto a la posición de denunciante, por ejemplo, frente a la infidelidad del padre.

Finalmente y en resumen, lo que puede leerse en líneas generales en este caso, es que lo que se demanda desde un principio es poder estar en un espacio de reconocimiento de la historia personal, es decir, un espacio de rememoración de las historias de otros pero que en ese mismo ejercicio, asegurara un distanciamiento de la generación anterior.

Discusión general: cinco reflexiones teórico-clínicas.

Entonces, este apartado se pretende como un nexo entre lo trabajado en el marco teórico y los casos expuestos anteriormente.

Así, el objetivo es reflexionar sobre las problemáticas extraídas del análisis de los casos, ligándolos con los aspectos teóricos que pudieran hacerles encontrar un lugar para ser pensados desde el espacio del acogimiento de las demandas de tratamiento en el contexto del hospital.

Se presentan así diversas problemáticas y tensiones que son analizadas bajo algunos ejes de análisis, con el fin de presentar recomendaciones técnicas extraídas del ejercicio práctico, como también de la teoría revisada.

Sobre los filtros institucionales para acceder a tratamiento.

Es necesario considerar que en el Hospital hay filtros para que las peticiones de tratamiento sean canalizadas en las tramas burocráticas de atención en salud mental. En este caso concreto esos filtros son hechos por la médica a cargo de la Unidad de Adolescencia a la hora de hacer el control integral de salud para adolescentes, como también por médicos especialistas que hacen derivaciones directas a los psicólogos de la Unidad en caso de cumplir con los requisitos etarios correspondientes.

Esta situación de filtro se justifica, en general, en las largas listas de espera de los servicios de salud que poseen atención en salud mental. Por ejemplo, la guía del Ministerio de Salud (2017), respecto a su Plan Nacional de Salud Mental refiere que *“el tiempo de espera para la primera consulta psiquiátrica aumentó en el período 2004-2012 (de 24 a 35 días en el caso de los COSAM y de 38 a 55 días en el caso de Unidades de Psiquiatría Ambulatorias- CRS, CDT, CAE)”*. Siendo este el primer encuentro con un profesional de la salud mental la mayor cantidad de veces en este tipo de instituciones.

Este contexto configura una cierta forma de acogimiento de las demandas iniciales de tratamiento ya que es otro, y no el analista, quien sanciona la llegada del paciente al

box. Evidentemente como se trata de un filtro, en ciertos casos es necesario negar esa llegada.

En ese sentido, Miller (1997) conceptualiza que al momento de llegar el paciente al box:

“Él llega al analista en la posición de hacer una demanda basada en una autoevaluación de sus síntomas, y pide un aval del analista sobre esa autoevaluación. Decimos que el acto analítico ya está presente en esa demanda de avalar, en el acto de autorizar la autoevaluación de alguien que quiere ser un paciente.” (p.17)

Miller en este párrafo introduce el concepto de evaluación en el sentido de ‘evaluación’ y de ‘aval’. Es decir que por un lado el paciente ha construido un cierto discurso respecto a su síntoma, que busca respaldar en el analista. Por lo que, ese respaldo que hace el analista, ya es un acto analítico de entrada al dispositivo.

Entonces, en relación a lo que ocurre en el hospital, es necesario pensar que esa sanción respecto al síntoma presentado por el paciente, es hecha por el médico derivante y contadas veces por quién atenderá al paciente.

Consecuencia de todo lo anterior es que, por un lado, quien presenta su síntoma en el hospital no solamente debe levantar un cierto discurso para presentarlo, sino que además podría incluir en su retórica el convencimiento para que la derivación sea hecha al profesional correspondiente.

Es necesario reflexionar al respecto que esto puede dejar al paciente en cierta posición de merecer el espacio, lo que no podría considerarse como una demanda propiamente tal en caso de llegar con la misma fórmula a las primeras sesiones de tratamiento analítico.

Por otro lado, es relevante considerar que, al ser presentado el síntoma en primera instancia a un otro médico, el analista pierde la posibilidad de trabajar con esa primera formulación de la demanda. Esto quiere decir que el analista, en dichos casos, recibe siempre una reformulación de la demanda inicial.

Ahora bien, en el caso de que el filtro hecho por los médicos sea hecho para quienes son derivados por orden médica el caso es distinto.

Como se ha podido leer en los casos propuestos estas demandas médicas representan la mayoría en el caso de la Unidad de Adolescencia. Comúnmente esto ocurre porque los tratamientos psicológicos se consideran un coadyuvante de terapias en curso de corte médico. La pesquisa de estos casos son efectuados mediante el control de salud integral y también por medio de los médicos a cargo de casos crónicos pediátricos que necesiten apoyo en el traspaso a la medicina de adultos.

En este tipo de casos la evaluación del síntoma la realiza el médico, lo que limita la elaboración del sujeto respecto a lo que le sucede, y su búsqueda personal de un otro analista que haga escucha de ese padecer subjetivo.

Poner de relevancia la existencia de este filtro de entrada para poder acceder al tratamiento psicológico, propone un horizonte de reflexiones sobre el ejercicio de acoger las demandas.

Así, en el desarrollo del ejercicio personal de esta práctica clínica, se hizo necesario incluir en las primeras entrevistas preguntas sobre la forma de llegada del paciente a la instancia del box. Este tipo de preguntas, tuvo como objetivo averiguar principalmente la forma en la que fue efectuada la derivación, pero también la relación del paciente con el hospital y sus funcionarios, la evaluación sobre la calidad del servicio ofrecido por la institución y sobre otras terapias psicológicas anteriores.

Esta información permitió conocer la transferencia hecha con la institución propiamente tal, por lo cual se evalúa como una implementación positiva a la hora de considerar la problemática de los filtros institucionales. Conocer la forma en la que el paciente arriba a la consulta, haciendo hincapié en quien o quienes efectuaron dicha demanda, la forma de acoger esa primera demanda y evaluar las posibles transformaciones que sufrió ésta hasta la llegada frente al analista puede ayudar a hacer introducir esas primeras formulaciones al discurso en el box.

Sobre el trabajo con pacientes que no manifiestan una demanda de tratamiento

A propósito del tema anterior, sobre aquellos pacientes que son mandados a tratamiento psicológico, es posible hacer el nexo con la problemática de aquellos pacientes que no manifiestan demanda a la hora de llegar al box.

Esta problemática es un problema ya desde tiempos de Freud (1905a/1976). El autor destaca en *“Sobre Psicoterapia”*, que el método psicoanalítico: *“Tampoco es aplicable a personas que no se sienten llevadas a la terapia por su padecer, sino que sólo se someten a ella por orden de sus parientes.”* (p. 253).

Así, esta recomendación freudiana respecto a la aplicación del psicoanálisis, da cuenta que ya en ese tiempo existían prácticas ligadas a la adherencia del paciente al dispositivo analítico, bajo la orden o recomendación de otro. Esto parecía problemático para el ejercicio analítico, considerando que para el dispositivo freudiano era esencial el uso de la palabra sin restricciones pero tampoco sin imposiciones, todo esto en el marco de la regla fundamental, la asociación libre.

Retomando a Miller, respecto a la autoevaluación, podría argumentarse que del lado del paciente no habría algo así como una elaboración personal sobre su síntoma en el caso de ingresar a tratamiento en estas condiciones.

Aveggio (2016) por su parte ha reflexionado sobre este punto llamándole “clínica sin demanda”, pensando como esta dinámica arraigada en las instituciones inaugura un cierto tipo de clínica, un cierto quehacer en dicho contexto. Esta clínica sin demanda estaría caracterizada por derivaciones que no presentan marcadores psicopatológicos claros, y que más bien buscan atención de apoyo a otras terapias.

En suma, es un campo que causa diversas reflexiones clínicas desde un punto de vista de la aplicación del psicoanálisis en contextos institucionales.

De esta manera, y como ha podido leerse en los historiales de los casos, este tipo de demandas es mayoritario, debido al enfoque de atención de la Unidad. Pero este factor no es el único que participa en esta dinámica, ya que se debe considerar que, la atención de adolescentes al estar supeditada a los padres, quienes facilitan los tratamientos de los mismos, también ocupan esa posición de ‘traer’ al paciente.

Dada esta situación, es mucho más común encontrarse con casos que no manifiestan demanda de tratamiento en las primeras sesiones.

Entonces, en este punto las reflexiones personales a propósito del manejo de este tipo de situaciones dicen relación sobre todo con ofertar el espacio para poder construir una demanda.

Esta construcción tiene el sentido de ser un espacio donde propiciar que el sujeto pueda utilizar sus propios significantes para enunciar algo de su síntoma. Pero a esto también se le debe sumar la posibilidad de que el sujeto pueda decidir irse del espacio sin tener que construir nada.

Por ejemplo, en el caso de Danay le es propuesta esta fórmula debido a la intensa inhibición de la palabra que presentó en la primera entrevista. La invitación a volver en ese sentido es fundamental, porque es debido a la presentación del semblante del analista, que puede ocurrir una formulación a posteriori. Al menos debe quedar abierta la puerta para eso.

Como se pudo ver, además, es necesario poner de relieve que los casos relatados demuestran que la demanda de los adolescentes suele estar aparejada a la institución y a los padres en un principio, pero que con el tiempo esta se transforma.

Esta transformación ocurrió, sobre todo, posterior a la instauración de la asociación libre en la forma de “puedes hablar lo que quieras en este espacio”, por lo que a modo de reflexión, es necesario pensar en el papel beneficioso que tiene el paso del tiempo entre la primera entrevista, hecha muchas veces con los padres en el box, y el diálogo posterior más lejano a las imposiciones del otro.

Aveggio (2016) propone una forma de trabajo, para el momento de la acogida de la demanda:

“En consecuencia, un trabajo preliminar del analista será producir del lado del paciente su propia relación a su ideal, su propia demanda y su propia relación con la norma que estos implican, para obtener la división subjetiva. Dicho movimiento inclusive puede pasar por la necesidad de que el paciente tome posición sobre los ideales y demandas de otros profesionales o instituciones implicados en los dichos que motivan, por ejemplo, una derivación. En el caso de un niño derivado por déficit atencional de un colegio es perfecta, y tal vez necesariamente legítimo, poder preguntarle al niño qué le parece a él lo que la profesora dice de su comportamiento y qué opina respecto a considerar que de ello se deduce que un tratamiento es necesario. El analista realiza así una primera operación de separación entre el sujeto y el otro institucional, una separación que permite delimitar el intervalo necesario para que advenga una pregunta sobre el goce distinta al tratamiento que el discurso del amo y el universitario ofrecen al goce, en tanto son los discursos predominantes en las instituciones de salud.” (p.35)

Coincidentemente a lo antes expuesto, aquí el autor pone como relevante producir una distancia respecto a la institución que permita una operación de separación entre lo propuesto por la institución en cuanto tratamiento.

El consejo técnico propuesto, también dice relación con la posibilidad de invitar a cuestionar lo que dice quien trae o deriva a la consulta. Ejemplo de esta pregunta que separa del discurso del otro, es el caso de Camilo, donde su demanda cambia radicalmente cuando es consultado sobre su vivencia personal sobre la dependencia, foco terapéutico propuesto por la madre.

Institución de salud, demandas de salud: el bienestar

Otro tópico importante de abordar al respecto de las demandas que se formulan en el contexto del hospital, es el hecho de que al ser ésta una institución de salud, las derivaciones hechas son realizadas a partir de un ideal de salud y de una cierta forma de cumplir con ese ideal.

Esto sin duda se juega en el encuentro con el paciente, debido a que influye en la percepción que tiene de lo que puede ocurrir en una cierta terapéutica, y por lo tanto de lo que se pedirá.

Lacan trabaja este tema en su conferencia “Psicoanálisis y medicina” (1986), ejemplificando los distintos sentidos que puede tomar una demanda de cura en el contexto médico:

“Pone al médico en la prueba de sacarlo de su condición de enfermo, lo que es totalmente diferente, pues esto puede implicar que él está totalmente aferrado a la idea de conservarla. A veces viene a demandarnos que lo autentifiquemos como enfermo, en muchos otros casos viene, de la manera más manifiesta, a demandarles que lo preserven en su enfermedad, que lo traten de la manera que le conviene a él, la que le permitirá continuar siendo un enfermo bien instalado en su enfermedad.” (p.12)

Esto pone de manera manifiesta y bastante concreta en el contexto de la salud, la diferencia que tiene el concepto de demanda respecto al de deseo. El paciente muchas veces vendrá demandando algo que no es idéntico a lo que desea, dado que el deseo precisamente encuentra su lugar en la hiancia del lenguaje, pertenece a un más allá de lo

declarable, *“escapa al sujeto en su estructura y sus efectos”* (p.16). En ese entendido, Lacan advierte a los médicos que es la demanda uno de los puntos al que hay que poner especial atención a la hora de atender, precisamente porque ahí se juega parte del poder que se tiene y que necesariamente se hace uso a la hora de curar.

En todo caso, su reflexión no termina ahí, sino que destaca además el goce del cuerpo como otra dimensión desde donde pensar qué es el poseer un cuerpo y su relación con la cura del padecer. El goce (concepto límite al de placer), demuestra su relación con el cuerpo en el *“orden de la tensión, del forzamiento, del gasto, incluso de la hazaña”* (p.17).

Esto es fundamental porque responde a la pregunta constante de los equipos médicos sobre la falla en algunos tratamientos de los pacientes, donde pareciera que lo que se juega es la voluntad y la psicoeducación. Ejemplo de esto es el caso de David, donde, ni aun cuando fue sometido a un año de terapia donde se trabajaron aspectos cognitivos que ayudasen a la auto-administración de los medicamentos, pudo ser tratada su negativa a comer menos alimentos dañinos e inocularse insulina.

Evidentemente, desde Lacan, es el deseo y sus manifestaciones aquello que trasciende a la demanda, y puede comunicar algo de la estructura y los efectos del sujeto propiamente tal. Es ir más allá de la demanda, sin responderla sino manteniéndola, aquello que hace al sujeto revelar algo del orden del deseo. Esto sin duda queda como un horizonte técnico extraído del punto anterior.

Entonces yendo al contexto que ocupa esta investigación, con este argumento es importante reflexionar que institución de salud y padres de adolescentes, obedecen a un ideal de salud que se convierte también en la medida de valoración de la terapia. Así no solamente se pide una cura para el otro, sino que además la cura esté dentro de los parámetros de una solución hospitalaria común, en tanto tiempo, eficacia, forma de trabajar los síntomas, ideal de bienestar, etc.

Por ejemplo, esta problemática es clara en el caso de Nelson, ya que es sacado de terapia a propósito de lo que la madre considera un incumplimiento en el tratamiento del hijo, es decir, era preocupante que los síntomas se intensificasen, en vez de aplacarse.

Así, la dimensión de la demanda-deseo y la del goce, complejizan lo que puede entenderse como una cura con objetivos de salud, al estilo de la Organización Mundial de la Salud. Bien dice Lacan en el texto antes citado, que la medicina también inaugura un cierto tipo de sujeto, y por supuesto con ello una relación a ese tipo de sujeto, esto es, por ejemplo, una cierta clínica. No por nada en la conferencia antes citada, Lacan cita el texto de Foucault (1966), "El nacimiento de la clínica", donde se pone de manifiesto el carácter contextual-histórico de la clínica médica.

Entonces, ¿Cómo trabajar desde el psicoanálisis cuando no se comparte el mismo ideal de salud demandado por la institución? Y por consiguiente ¿Cómo trabajar desde el psicoanálisis cuando lo que demanda el sujeto es de dudosa reputación dada su relación estructural a su demanda?

Esta complejización de lo saludable, de la salud, de la cura e incluso de lo que en psicología se conceptualiza como motivo de consulta (Martínez, 2006) exige también ciertos actos que le sitúen un espacio de trabajo al psicoanálisis, dado que, como puede notarse, el psicoanálisis sería imposible al alero de la institución médica en estas condiciones teóricas. Esta pregunta sin duda fue una de las preguntas más importantes en mi estancia en el hospital.

Creo que sobre este punto, es importante pensar en la importancia de las expectativas que trae el paciente a propósito del tratamiento. Esto en el entendido que éstas están siempre ahí, y que es mejor darles respuesta que eludir su valor psíquico para el sujeto. El ejemplo freudiano de dar respuesta a la pregunta ¿cuánto tiempo demorará el tratamiento? es ilustrativo, el autor dice:

Se responde, por así decir, como Esopo en la fábula al peregrino que pregunta cuánto falta para llegar: «¡Camina!», le exhorta Esopo, y lo funda diciéndole que uno tendría que conocer el paso del caminante antes de estimar la duración de su peregrinaje. (p.129)

Aunque más adelante dirá *"En verdad, la pregunta por la duración del tratamiento es de respuesta casi imposible."* (p.130)

Esta respuesta es paradigmática, en tanto lo que hace es buscar un lugar para la pregunta del paciente, responderla dentro de la lógica del psicoanálisis, pero de una forma sencilla y que tenga como horizonte situar la forma de trabajo del analista.

Estas inquietudes además, pueden ser cuestionadas por parte del analista, con el objetivo de re-pensarlas. Por ejemplo, haciendo clínica-ficción y retomando el caso anterior, podría haber sido provechoso preguntarle a la madre por qué ella consideraba que era un fracaso de la terapia que su hijo haya sido expulsado del establecimiento. Digamos, ¿Por qué se le atribuía dicha causalidad a la terapia?, ¿Qué se esperaba de la terapia?, ¿Por qué una terapia exitosa debería evitar la expulsión del paciente?, ¿Cabría alguna posibilidad que, dado el devenir de la terapia, esa fuera una excusa para retirarlo?

Todas estas preguntas formuladas, tienen el objetivo de situar el ideal de salud con el que se llega a formular las primeras entrevistas, como también una cierta relación transferencial con la institución y con el psicoanálisis propiamente tal (Sinatra, 2004).

El espacio en las adolescencias

Probablemente uno de los aspectos relevantes dentro de los límites de esta investigación, sea el hecho de que en la adolescencia hay una puesta a prueba del lugar del Otro.

Como ya se trabajó anteriormente, esta cuestión tiene varios carices. Se puede manifestar en la pérdida de consistencia del Otro, en la petición de permiso, o en la búsqueda de otro que sirva como soporte a la caída de ciertas imágenes ancladas en la niñez.

En los historiales presentados se puede dar cuenta de algo de eso, y sobre todo destaca el importante papel que tiene el brindar un espacio amplio para que eso ocurra a nivel clínico. Si una consecuencia de la adolescencia será levantar un discurso, es necesario brindar herramientas, pero también dejar vacío un terreno íntimo donde erigirlo.

Si la crisis adolescente es esencialmente una puesta a prueba (Rassial, 1999), en consecuencia habrá una futura conquista, una apropiación, una toma de lugar. Se saldrá de la prueba. En otras palabras, se anclará nuevamente algo del sujeto.

Por eso creo importante destacar que en el caso del adolescente, dar un espacio para la palabra, no solamente tiene que ver con la posibilidad de levantar un cierto discurso lejos de la demanda de los padres, sino que también se trata de un espacio creativo, de apropiación de un lugar frente al Otro ya no en una modalidad infantil.

Esto evidentemente no es tan fácil como suena. A veces uno se queda detrás de la puerta haciendo el papel del tonto, como en el caso de Nelson. A veces esa forma de hacer clínica confrontó a un secreto íntimo, como en el caso de Maite, donde la resolución se supo tiempo después de haber dado el primer rodeo por la escena escondida. O a veces eso confrontó a intrincados relatos sobre videojuegos en el caso de David, caso en el que se jugaba una dinámica muy personal respecto a su síntoma. Escucharlo era como, en realidad, verlo jugar solo frente a la pantalla.

Pero quizás de eso se trata precisamente: de aguantar. De aguantar ese lugar vacío íntimo en el que el adolescente podrá experimentar. Porque lo cierto es que en todas esas escenas había un intento de preservación de algo muy propio, que se niega a ponerse en juego en la transferencia.

Proponer un consejo técnico sobre este punto tendría más que ver con tener en cuenta esta situación. Dado que el manejo, al menos en los casos relatados, quedó siempre relegado a la imaginación del momento.

Sobre el trabajo con los adultos responsables

Por último, parece ser importante reflexionar sobre el trabajo de acogimiento de la demanda de los adultos responsables de los adolescentes que acuden a análisis.

Si la demanda es demanda de presentificación del Otro en una modalidad amorosa (Lacan, 1999), la situación de demandar para un hijo es una petición que condensa muchos sentidos.

Por un lado, se demanda por preocupación a propósito de la situación de un niño o adolescente a cargo, por compromiso con la institución (sobre todo médica o escolar), así como también por ideales culturales asociados o por la creencia de que el síntoma del niño o adolescente a cargo le pertenece exclusivamente a este.

En esta serie de casos presentados es precisamente ese carácter de la demanda del adulto responsable lo que marca de forma bastante notable el actuar de los pacientes al interior de la clínica. Por ejemplo, se podría pensar en el caso de David, donde el paciente es convocado a hablar sobre temas específicos, problemáticos para sí mismos, pero situados por el resto como síntoma. Primero los profesionales y luego los padres.

Cabe recordar aquí, la cita de Lacan (1988) en “Dos notas sobre el niño” al respecto del síntoma en el niño: *“El síntoma puede representar la verdad de la pareja familiar. Este es el caso más complejo pero también el más abierto a nuestras intervenciones”* (p.55). Esta posición teórica, en tanto habla de la sujeción sintomática, nos llama a reflexionar como analistas sobre lo necesario de poner atención a las formulaciones que establecen los padres o cuidadores para traer a los adolescentes a terapia.

Así y con los antecedentes teóricos anteriores, es posible establecer que los adultos responsables demandan amor para otro, no para sí mismos. Y además, que esta posición de enunciación es relevante porque habla de las coordenadas en las que éstos sitúan a los adolescentes respecto a la dinámica familiar.

Entonces, al demandar amor para un otro, los cuidadores se distancian de aquello que les concierne en la dinámica sintomática del paciente, pidiendo atención y afecto para quien ocupará el papel de analizante. La situación se complejiza si se considera el hecho de que ese amor, se demanda al analista por el amor que se le tiene al paciente.

Entonces, considerando todos estos puntos, es necesario reflexionar sobre lo complejo de trabajar no respondiendo a la demanda de quien trae al paciente, ya que, al ser el cuidador quien es el principal facilitador de la terapia (quien paga, con su tiempo, sobre todo en los servicios públicos de salud de beneficencia estatal), obviar lo que éste pide, implica muchas veces no responder directamente al ideal de salud y bienestar por el que son traídos (incluso podría llegar a considerarse que esa forma de pensar el devenir de una terapia, nuevamente silencia y merma al paciente niño o adolescente). Esto es problemático ya que obviamente pone en duda la continuación de la terapia.

Esto quiere decir, en resumen, que muchas veces en este tipo de clínica no se trata de analizar una demanda, y trabajar una cierta modalidad de acogimiento de esa demanda, sino que primero, brindar un espacio donde el adolescente pueda asumir una

demanda propia, elaborarla y enunciarla (Laurú, 2005). Es importante reflexionar también que ese ejercicio, no puede ser una imposición, sino se transformaría en una demanda del analista hacia el paciente, al modo de lo ocurrido en el caso de Danay.

Por otro lado también, es importante reflexionar que el trabajo con los padres implica una cierta negociación respecto a lo que piden, es decir, poder dejar entre paréntesis sus preocupaciones para poder abrir el espacio antes descrito. Evidentemente y como se trata de una negociación, es importante también dar un espacio a las preocupaciones de los padres, pero diferenciado. Ejemplo de esto es el caso de Maite, donde la preocupación de la madre y la hermana fueron atendidas en un espacio distinto y alternativo a la de la paciente, que permitió trabajar la interpelación directa que elaboraron contra el analista. Es importante mencionar que el aclarar esa situación permitió continuar con las sesiones.

Esta postura implica también abrir la posibilidad a que no siempre que llegue un niño a la consulta, sea un niño quién se mantenga, quién ocupe esa posición. Hay que considerar la posibilidad de que un padre esté demandando para sí mismo, mediado por la preocupación por un hijo, y que por lo tanto, sea necesario proponer la idea de que el análisis se ocupe de él.

Conclusión

Durante el curso de esta investigación se tomó como objeto de estudio la demanda en su momento de enunciamiento, por parte de los pacientes adolescentes y sus padres, del hospital San Juan de Dios.

Así, el concepto es puesto a prueba en su utilidad a la hora de servir de objeto de estudio para reflexionar sobre la inserción del psicoanálisis en la institución médica y sus problemáticas prácticas.

En el devenir de esta investigación es posible dar cuenta que el concepto es de suma utilidad para pensar el tiempo de las entradas en análisis y también sus desarrollos.

Dichas problemáticas integran aspectos claves como ejes de reflexión: el sujeto que demanda, su relación con el saber médico y con la institución, el psicoanálisis como receptor de dicha demanda de tratamiento, y el acto analítico como un concepto técnico que da cuenta de una cierta forma de acogimiento de lo que el paciente pide.

De esta manera, se procedió desde el análisis individual de la experiencia con cada paciente para arribar a una reflexión general respecto de los tópicos más relevantes.

En ese entendido, se puede reflexionar principalmente sobre cuatro puntos clave: los filtros institucionales a la hora de llegar el paciente al box del psicoanalista, la clínica con sujetos que no manifiestan demanda de tratamiento, la importancia del ideal de salud promovida por la institución y los posibles trabajos con los adultos responsables en el contexto de la clínica con adolescentes.

Como conclusión es posible establecer que la demanda requiere de un cierto manejo. Esto es necesario recalcarlo debido a que ésta varía sus coordenadas en el contexto institucional, respecto a lo que ha podido establecerse en la teoría de una manera más general, incluso metapsicológica.

Un manejo que tenga en cuenta dichas variaciones, tendrá como consecuencia la posibilidad de establecer un vínculo trasferencial distinguible de la sugestión. Pero también la serie de reflexiones que se han presentado ponen como un aspecto relevante el hecho de que la sugestión es un vector más en el grafo del deseo, por lo que no es sorteable a nivel clínico, sino que más bien esto va a dar cuenta de un cierto ritmo de análisis, es decir, que transferencia y sugestión se presentarán en distintos momentos del ejercicio analítico.

La demanda además se sitúa como un campo en el que el sujeto muchas veces pedirá no solamente tratamiento, sino respuestas, una puesta a prueba de la presencia del Otro. Por lo cual se propone no un semblante negador a dicho ejercicio, sino la elaboración de ciertas respuestas que en un marco analítico, logren dar una cabida a la pregunta, sin necesidad de responder a la demanda propiamente tal.

Además, tener en cuenta que existe la demanda, distinto a lo que tradicionalmente se conoce como motivo de consulta puede ser útil no solamente para psicoanalistas, sino

como Lacan decía, para médicos y por supuesto para otros psicólogos al alero de la institución.

En ese sentido, se valora como positivo la elaboración de los casos presentados bajo una metodología de sistematización de experiencia, en al menos dos sentidos.

Por un lado, porque da la posibilidad de repensar el espacio de práctica, sobre todo cuando en instancias no es posible hacerlo en el momento mismo que se lleva a cabo. Se valora como provechoso el poder extraer problemáticas del ejercicio clínico, en miras a reflexionar sobre ellos desde un punto de vista también teórico.

Por otro lado, porque se genera conocimiento situado en el contexto particular, en este caso de una cierta institución hospitalaria, que ha albergado y probablemente albergará a otros practicantes. Este documento, entonces, se propone alentar la producción de conocimiento y la discusión en este tipo de equipos de trabajo, produciendo también un traspaso de experiencia y una cierta continuidad en el trabajo de quienes se van y quienes llegan al espacio.

Se hace evidente además que la relación de psicoanálisis e institución no se agota en el tema abordado.

En el curso de la investigación se encontró diverso material que trataba problemáticas adyacentes que darían un panorama mucho más amplio: la relación del psicoanálisis y la institución psicoanalítica, la relación del psicoanálisis e instituciones de diversa índole, las así llamadas terapias focales, la teoría de los ciclos en psicoanálisis, por nombrar algunos.

Además, cabe mencionar que incluso dentro de este escrito se proponen ideas que podrían tener un desarrollo mayor pero que no estaban dentro de los alcances de esta investigación, por ejemplo, el trabajo posible de quienes ejercen el psicoanálisis sobre la burocracia de la institución, por ejemplo, trabajando las formas de llegada de los pacientes a la consulta.

Se proponen éstos como horizonte para investigaciones posteriores en el campo.

Bibliografía

- Aveggio, R. (2016). *Intervenciones psicoanalíticas en instituciones de salud en Chile*. Santiago, Chile: Ril Editores.
- Barros, M. (2009). *Psicoanálisis en el hospital: El tiempo del tratamiento*. Buenos Aires, Argentina: Grama Ediciones.
- Berenguer, E. (2018). *¿Cómo se construye un caso?. Seminario teórico y clínico*. Barcelona, España: Nuevos Emprendimientos Editoriales.
- Biblioteca Minsal. (s/f). *Historia Hospital San Juan de Dios*. Recuperado de <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2013/08/HISTORIA-HOSPITAL-SAN-JUAN-DE-DIOS.pdf>
- Braunstein, N. (2006). *El goce: un concepto lacaniano*. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI.
- Callahan, D., y Hastings Center. (2004). Los Fines de la Medicina: El establecimiento de unas prioridades nuevas. *Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas. Los fines de la medicina*, (11).
- Chemama, R. (2004). *Diccionario del Psicoanálisis*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Cruz-Coke, R. (1995). *Historia de la medicina chilena*. Santiago, Chile: Andrés Bello.
- Danto, E. A. (2013). *Psicoanálisis y justicia social*. Madrid, España: Gredos.
- De Board, R. (1980). *El psicoanálisis de las organizaciones. Un enfoque psicoanalítico de la conducta en grupos y organizaciones*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Dejours, C. (2009). *El desgaste mental en el trabajo*. Madrid, España: Modus Laborandi.
- Eidelsztein, A. (2007). *El grafo del deseo*. Buenos Aires, Argentina: Letra Viva.
- Eidelsztein, A. (2008). *Las estructuras clínicas a partir de Lacan: intervalo y holofrase, locura, psicosis, psicósomática y debilidad mental. Tomo I*. Buenos Aires, Argentina: Letra Viva.

- Foucault, M. (1966). *El nacimiento de la clínica*. D.F., México: Siglo XXI.
- Freud, S. (1900/1976). La Interpretación de los sueños. En J. Strachey (Ed.), *Obras completas* (J. L. Etcheverry, Trad., Vol. IV). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1905a/1976). Sobre psicoterapia. En J. Strachey (Ed.), *Obras completas* (J. L. Etcheverry, Trad., Vol. VII). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1905b/1976). Tres ensayos sobre teoría sexual. En J. Strachey (Ed.), *Obras completas* (J. L. Etcheverry, Trad., Vol. VII). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1912/1976). Sobre la dinámica de la transferencia. En J. Strachey (Ed.), *Obras completas* (J. L. Etcheverry, Trad., Vol. XII). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1914/1976). Sobre la psicología del colegial. En J. Strachey (Ed.), *Obras completas* (J. L. Etcheverry, Trad., Vol. XIII). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1915/1976). Lo Inconciente. En J. Strachey (Ed.), *Obras completas* (J. L. Etcheverry, Trad., Vol. XIV). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1919/1976). Nuevos caminos de la psicoterapia. En J. Strachey (Ed.), *Obras completas* (J. L. Etcheverry, Trad., Vol. XXIII). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- García, M., y Tirado, M. (2010). La sistematización de experiencias: producción de conocimientos desde y para la práctica. *Revista Tendencias & Retos*, (15), 97-107.
- Got Transition. (2014). *Los seis elementos esenciales para la transición de los cuidados médicos del paciente 2.0*. Recuperado de <https://www.gottransition.org/resourceGet.cfm?id=208&es=1>
- Greiser, I. (2012). *Psicoanálisis sin diván. Los fundamentos de la práctica analítica en los dispositivos jurídico-asistenciales*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Hodgson, G. (2011). ¿Qué son las instituciones?. *Revista CS*, (8), 17-53.
- Hospital San Juan de Dios [HSJD]. (2013). *Reglamento de funcionamiento Interno. Hospital San Juan de Dios – CDT*. Recuperado de <http://www.hsjd.cl/web/wp-content/uploads/2013/12/Reglamento-de-funcionamiento-Interno-HSJD-CDT.pdf>
- Jara, O. (1994). *Para sistematizar experiencias*. San José, Costa Rica: Alforja.

- Jara, O. (2010). *Trayectos y búsquedas de la sistematización de experiencias en América Latina, 1959-2010*. San José, Costa Rica: Centro de Estudios y Publicaciones Alforja.
- Kaës, R. (1989). Realidad psíquica y sufrimiento en las instituciones. En Kaës, R. (Comp.), *La institución y las instituciones: estudios psicoanalíticos*. (pp. 15-31). Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Lacadée, P. (2010). *El despertar y el exilio*. Barcelona, España: Gredos.
- Lacan, J. (1986). Psicoanálisis y medicina. En *Intervenciones y textos 1*. Buenos Aires, Argentina: Manantial.
- Lacan, J. (1988). Dos notas sobre el niño. En *Intervenciones y textos 2*. Buenos Aires, Argentina: Manantial.
- Lacan, J. (1999). *El Seminario de Jacques Lacan, Libro 5: Las Formaciones del Inconsciente 1957-1958*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Lacan, J. (2009a). La dirección de la cura y los principios de su poder. En *Escritos 2*. Buenos Aires, Argentina: Siglo Veintiuno Editores.
- Lacan, J. (2009b). La significación del falo. En *Escritos 2*. Buenos Aires, Argentina: Siglo Veintiuno Editores.
- Laurent, E. (2002). *El caso, de la construcción a la mentira*. Recuperado de http://ea.eol.org.ar/03/es/textos/txt/pdf/el_caso.pdf
- Lauru, D. (2005). La locura adolescente: psicoanálisis de una edad en crisis. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión Argentina.
- Martínez, P. (2006). Del motivo de consulta a la demanda en psicología. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 26(1), 53-69.
- Miller, J.A. (1997). *Introducción al método psicoanalítico*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Miller, J.A. (2001). Psicoanálisis puro, psicoanálisis aplicado y psicoterapia. *Freudiana*, 32, 7-43.

- Ministerio de Salud. (2017). *Plan nacional de salud mental [Borrador]*. Recuperado de <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/06/Borrador-PNSM-Consulta-P%C3%BAblica.pdf>
- Nasio, J.D. (2001). *Los más famosos casos de psicosis*. Madrid, España: Paidós.
- PESA Centroamérica. (2004). *Guía metodológica de sistematización*. Recuperado de <http://www.fao.org/docs/eims/upload/190561/guia-met.pdf>
- Rassial, J.J. (1999). *El pasaje adolescente: de la familia al vínculo social*. Barcelona, España: El Serbal.
- Sinatra, E. (2004). *Las entrevistas preliminares y la entrada en análisis*. Buenos Aires, Argentina: Cuadernos del Instituto Clínico de Buenos Aires.
- Soler, C. (1983) El psicoanálisis frente a la demanda escolar. *Ornicar?*, (26/27), 114-121.
- Sotelo, I. (ed.) (2009). *Perspectivas de la clínica de la urgencia*. Buenos Aires, Argentina: Grama Editores.
- Tapella E. y Rodriguez-Bilella P. (2014) Sistematización de Experiencias: una metodología para evaluar intervenciones de desarrollo. *Revista de Evaluación de Programas y Políticas Públicas*, (3), 80-116.