

XIV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXIX Jornadas de Investigación. XVIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. IV Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. IV Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2022.

Una experiencia residencial.

Sacristan, Aldana.

Cita:

Sacristan, Aldana (2022). *Una experiencia residencial*. XIV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXIX Jornadas de Investigación. XVIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. IV Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. IV Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-084/665>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eoq6/5Y4>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

UNA EXPERIENCIA RESIDENCIAL

Sacristan, Aldana
Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

En el presente escrito, se pretende realizar un recorrido de la experiencia singular que supuso para la autora el tránsito por una residencia interdisciplinaria de salud mental en un hospital general de agudos de CABA. Se expone una reflexión acerca del rol del psicoanalista dentro del sistema público de salud, y a la vez, lo que se considera que dicho tránsito aporta a la formación profesional como psicólogos clínicos. Se advierte que por ser el mismo un escrito que parte de una experiencia personal, se escribirá principalmente en primera persona y los comentarios corresponden a una lectura singular de la autora.

Palabras clave

Psicoanálisis - Hospital - Residencia - Grupalidad

ABSTRACT

A RESIDENTIAL EXPERIENCE

In this writing, it is intended to make a tour around the singular experience that the transit through an interdisciplinary mental health residence in a general care hospital in CABA meant for the author. A reflection is exposed about the role of the psychoanalyst within the public health system, and at the same time, what is considered that said transition contributes to the professional training as clinical psychologists. It is noted that since it is a writing that starts from a personal experience, it will be written mainly in the first person and the comments correspond to a singular reading of the author.

Keywords

Psychoanalysis - Hospital - Residence - Group

En el último año de la carrera de psicología comienzan las prácticas clínicas y el paso por distintas instituciones hospitalarias me conectó con la idea de poder realizar una residencia como forma de dar mis primeros pasos en la atención de pacientes. No tenía mucha idea de qué hacía un psicólogo en el hospital, cuál era el rol específico. Sabía que me gustaba el psicoanálisis y mi formación corría por ese lado, por lo tanto, tenía alguna noción de cuál era la labor de un analista, pero no mucha idea de si era posible compatibilizar eso con los tiempos y dinámicas de un hospital. Creía que me gustaba la clínica, pero ¿sabía realmente lo que era la atención clínica? ¿Era lo mismo la clínica que describían en la facultad que la que atendería en el hospital?

Diversos autores intentan dar respuesta a estas preguntas, es un

debate que aún continúa vigente en el ámbito del psicoanálisis en intersección con la salud pública. Ya en 1918, Freud planteaba la posibilidad, un tanto fantasiosa en ese momento, de que el psicoanálisis pudiera alcanzar a una mayor cantidad de gente, que se brindara de forma gratuita en instituciones que sean solventadas por la garantía del Estado, reconociendo que “las neurasis amenazan tan gravemente la salud del pueblo como la tuberculosis, no pudiendo ser tampoco abandonada su terapia a la iniciativa individual” (Freud, 1918 [1919], pág. 2462). Asimismo, plantea el desafío que supondrá para los psicoanalistas cuando ese momento llegue de adaptar la técnica a tales condiciones, y sólo da una pauta: que cualquiera sea la estructura de este tipo de psicoterapia deberá conservar los elementos básicos del psicoanálisis “propiamente dicho”. Cuáles son dichos elementos y de qué forma se articulan con las condiciones presentes en la práctica institucional es algo que nos corresponde pensar a quienes estamos transitando esa experiencia, a quienes ya nos encontramos en ese futuro anticipado por Freud y practicamos el psicoanálisis en contextos institucionales y hospitalarios.

Adriana Rubistein es una psicoanalista argentina que trabaja en distintos artículos la tensión existente entre el psicoanálisis y las instituciones, y señala algunas de las condiciones anticipadas por Freud que se presentan en la práctica hospitalaria, dice:

“La coexistencia de discursos, la incidencia de las exigencias de la salud pública, la presión y la variabilidad de las demandas, así como las condiciones de tiempo y de dinero constituyen condiciones que dan ciertas peculiaridades a la práctica del psicoanálisis en ellos y que requieren ser estudiadas con detenimiento” (Rubistein, 2000).

A pesar de ubicar estas particularidades, tanto la autora mencionada como otros pensadores defienden la idea de que el psicoanálisis en las instituciones de salud es posible. Mario Pujó (1992) plantea que la relación del psicoanalista con la institución hospitalaria no se trata de una relación “natural”, como sí pudiéramos considerar evidente la relación del médico con el hospital. Destaca que el psicoanálisis surge de otro tipo de vínculo, en el seno de una relación privada, no pública, donde el diálogo es confidencial, no objetivable, no institucionalizado. Los intentos de emprender un tratamiento analítico en una institución pública aparecen en relación a la especificidad de la cura analítica como una suerte de ampliación, lo que se conoce como “el psicoanálisis en extensión”. El autor plantea que la función social del hospital lo predispone a ocupar el lugar de un destinatario privilegiado de las demandas de quienes sufren y es en la medida en que la demanda se dirige a un psicoanalista,

que éste puede escuchar y hacer escuchar un deseo que no se reduce simplemente al pedido de supresión de una enfermedad. Eric Laurent en “Psicoanálisis y Salud Mental” (2000) habla de los usos del psicoanálisis y dice que esto depende de la existencia de los psicoanalistas. Retoma el enunciado que realiza Lacan en los años ‘50: “el psicoanálisis es el tratamiento que se puede esperar de un analista” y postula como uno de los usos fundamentales en el encuentro con un analista que se produzca la instalación de un paréntesis en la cual el sujeto transforme el sentido de su identificación y pueda experimentar la falta en ser (pág. 50). Concluye: “hay que formar analistas que puedan dedicarse a este objetivo; precisamente, no ofrecer la cura analítica para todos, sino poder instalarse en un lugar de ‘uso posible’ para todos” (Laurent, 2000, pág. 59). De esos *usos posibles* voy a intentar dar cuenta a partir de mi experiencia.

Dejarse sorprender: de lo conocido seguro al impacto de lo diferente

A continuación, se realiza un recorte de tres experiencias en distintas rotaciones dentro del marco de la residencia, las cuales se utilizan para ejemplificar procesos de reflexión acerca de la práctica profesional.

Primero en casa: el desafío en externos

“El paciente inesperado debe interpelarnos en nuestras prácticas, a pensar nuevas estrategias y dispositivos, evitando hacerlo encajar a tal o cual categoría. Apelan a nuestra parte más arte-sana, a la inventiva para otro acercamiento” (Kiss Rouan, 2017)

En una de mis primeras admisiones como residente de primer año, recibo a LM. Desde un inicio, representó un desafío por su presentación y su motivo de consulta: asistía para saber si tenía diagnóstico de autismo, casi no realizaba contacto visual y su discurso era muy acotado. Fue muy difícil rastrear antecedentes ya que casi no refería recuerdos de infancia ni había un relato de sus años previos, así es que a pesar de tratarse de un paciente adulto convoqué a ambos padres en distintos momentos para realizar una entrevista evolutiva de LM. Primer preconcepto desbloqueado: citar a familiares en un paciente adulto sin riesgo para realizar entrevista de historia vital como se realiza en la clínica con niños. A partir de ahí, casi cada encuentro con LM supone un desafío a mi capacidad creativa, la palabra, recurso tanpreciado por los psicoanalistas, no es la que mejor le sienta a mi paciente. No aparecen formaciones del inconsciente que disparen la asociación libre, tampoco me coloca en posición de saber respecto de lo que a él le pasa, pero sí presenta sufrimiento por lo que su síntoma le genera en su vida cotidiana, no logra relacionarse con otros por “no entender la comunicación humana” (sic) y eso lo mantiene recluido hace años. LM concurre al hospital porque sufre de algo, y en algún momento de la terapia menciona que el hospital es como su casa. No sé si hay

una pregunta dirigida a un analista, pero sí hay un sufrimiento que lo orienta hacia el hospital, ¿cuál es el tratamiento que una psicóloga, profesional de la salud, trabajadora del hospital y psicoanalista puede ofrecerle a LM que se presenta con su padecimiento a cuestas?

Una cosa entendí rápidamente a partir de escuchar a LM, con él no todo puede pasar por la palabra así es que me vi en las sesiones escribiendo, leyendo, actuando e interpretando juego de roles que intentaban un ensayo de comunicación entre dos personas en un ambiente diferente a la terapia. No tenía formación para eso, no sé si sabía bien qué estaba haciendo, pero de alguna forma LM sostiene su tratamiento hace más de tres años y además de su padre y hermana soy casi la única persona con la que habla durante una hora seguida sin abrumarse.

Este caso me representó un desafío desde primer año de mis propias ideas previas de lo que se hace en un tratamiento, de la posición neutral del analista, del recurso de la palabra como única herramienta de trabajo. Aprendí que también el cuerpo y las emociones del analista cobran algún rol en los tratamientos y no se trata de negar que existen sino de percibirlos y ser conscientes de la forma en que se están jugando en el tratamiento para poder operar con eso y no que eso opere en nosotros.

La potencialidad de lo grupal: derribando prejuicios propios

Creo que éste fue uno de los aprendizajes que más me sorprendió, me dejó pensando y me llevó a leer cosas que hasta el momento no me habían interesado. La función de los otros en la vida de una persona, la influencia positiva de la puesta en palabras y la escucha mutua entre personas a las que les está pasando algo parecido, o diferente, pero que por alguna razón se encuentran habitando un espacio compartido en el que conversan y reflexionan sobre lo que les pasa. Hay mucho escrito acerca del lugar del coordinador del grupo, la tarea, las intervenciones grupales, etc.; tema muy interesante, del cual no me voy a ocupar en esta oportunidad. Me tocó en distintos momentos atravesar esas experiencias de rol como psicóloga en grupos y me gustó, pero lo que más me llevó a reflexionar fue ver el efecto que los grupos tienen para las personas. Voy a poner algunos ejemplos clínicos.

Experiencias en Atención Primaria

En segundo año de la residencia, me tocó rotar por un CESAC en el barrio de Flores. Algo totalmente nuevo, otro paradigma de atención en salud, la propuesta era co-coordinar talleres, entre los que se encontraban el de “límites” destinado a padres de niños que consultaban por alguna posible cuestión de salud mental, derivados del colegio. Ya el nombre “taller de límites” me sonaba raro y fui con muchos prejuicios acerca del tipo de abordaje que se podría dar allí. “Taller de crianza”, lo mismo, ¿serían consejos a padres acerca de cómo tienen que criar a sus hijos según un ideal de “la buena crianza”? “Taller de cesación tabáquica”, ni idea.

Fueron talleres con objetivos diferentes, con temas diversos, destinados a distintas poblaciones, pero en todos me sorprendía observar de qué forma circulaba la identificación entre los usuarios, cierta ilusión de que les pasaba lo mismo o que no eran a los únicos a quienes les pasaba el que sus hijos les revolveran con cosas, o pegaran a otros, o las múltiples recaídas en el consumo de cigarrillo, detonantes en común, compartían recetas para las primeras comidas de sus bebés. Y me pasó de ver que de esos intercambios las personas también obtenían una ganancia, que yo como psicóloga presente podía escuchar algunas otras cosas y había ciertas intervenciones psi que apuntaban a señalar lo particular de cada quien, pero que ese mismo fenómeno grupal les servía, aliviaba el malestar, se iban mejor, permitía el lazo, la ampliación de redes en la comunidad, descubrían que sus hijos iban al mismo colegio, se compartían recursos. Fue una experiencia realmente de Atención Primaria de la Salud, en la cual hasta no estar inmersa en la residencia no tenía mucha noción de su existencia ni conocía cuál era el rol posible para un psicólogo en ese ámbito. Me llevé de ahí que la clínica puede ser mucho más amplia que el consultorio individual, que lo social también es un modo de tratamiento del malestar; y que las instituciones pueden funcionar como posibilitadoras de eso o, por el contrario, como obstáculo.

Grupo de apoyo a personal de enfermería

Muchas cosas se sacudieron a partir del impacto de la pandemia de COVID-19, la atención hospitalaria y en salud mental no quedó exenta de esto. La distancia entre personas se acentuó, ya los tratamientos no se hacían de forma presencial sino mediados por la lejanía de una pantalla, en el mejor de los casos. Circuló mucha información respecto de los efectos negativos que podía generar en la salud mental de las personas el aislamiento de sus seres queridos. Así también empezaron a surgir espacios de encuentro grupal virtual. Tuve la oportunidad de participar en un grupo de atención dirigido a profesionales de la salud para apoyo emocional durante la pandemia, en el cual participaron principalmente mujeres enfermeras. También mucho se habló del personal de salud como aquellos que estuvieron en “la trinchera” y quienes se encontraban en mayor riesgo ante el encuentro directo con la atención de pacientes afectados por el COVID-19.

Me sumé a ese equipo con algunos reparos, en principio el temor a que esa situación nos “toque” a los profesionales de salud mental muy de cerca por estar inmersos en el mismo contexto y ser parte también del colectivo de los profesionales de la salud. Por no poder mantener una distancia afectiva que nos resulte operativa, por no poder brindarles herramientas para afrontar la situación que estaban viviendo, por sentirnos demasiado “identificadas” a su malestar y no poder allí operar desde nuestra posición. Además, tenía otro prejuicio: la grupalidad, el juntar gente que está viviendo por algo parecido presuponiendo que todas lo vivirían de la misma manera y entonces, que se arme un

discurso común, compartido, en donde se pierdan las distintas subjetividades.

Creo que ambos prejuicios están muy ligados a mi formación psicoanalítica. El primero donde se ve la “amenaza” a sostener la neutralidad y abstinencia cuando el mismo contexto nos atravesaba, y el segundo, el pensar la identificación con el semejante como algo secundario, algo en lo que los analistas no nos debemos quedar “pegados”. Nuevamente, una sorpresa. Fue algo inédito para quienes coordinábamos ese espacio y se dieron variedad de situaciones a las que no sabíamos bien cómo responder. Durante algunos momentos creímos que no estábamos siendo de ayuda porque no sabíamos qué decir frente al horror con el que estaban conviviendo, nosotros quedábamos sin palabras, pero sí la palabra circulaba entre todos los participantes, y entiendo que eso en sí mismo resultó aliviador. Se conocieron personas que trabajaban en distintos servicios y turnos, que en lugares diferentes del hospital atravesaban situaciones similares, y cada una contaba su vivencia, cómo había sido esa semana, cómo lo iba llevando. Al finalizar los encuentros, todas resaltaron que les había hecho bien saber que no estaban solas, que no eran a las únicas a las que les pasaba de sentirse de tal o cual manera, y que compartir con otros les había resultado aliviador.

Esta experiencia me llevó a reflexionar sobre la potencialidad de lo grupal, pero también sobre cómo el estar con otros compartiendo la tarea resulta un alivio para nosotros mismos. Tomo, para finalizar mi reflexión sobre la potencialidad de lo grupal, un artículo del año 2012 publicado en la revista *Clepios* (realizada por residentes de distintos hospitales del país):

“...para estar con otros, para compartir, hay que dejarse tocar y afectar por otros. Y cuando decimos *compartir*, no nos referimos solamente a la pretendida interdisciplina. Pensamos más bien en ese trabajo colectivo que hace más soportable el trabajo. Queremos decir que, con otros, se soporta mejor la angustia, el miedo, el no saber qué hacer” (Bonora, Gelly Cantilo, Fernández, 2012).

Limites propios y apertura a la danza disciplinar

Por último, presento una experiencia de rotación por internación, donde considero que nuevamente volví a comprobar lo importante que es poder contar con otros en los momentos de angustia.

Realizar dicha rotación en un hospital infantojuvenil fue todo un cambio, internación, de adolescentes, con un equipo diferente, pediatras, otra formación, otros modos de abordaje, otras presentaciones clínicas. En el verano llegó Azul presentando un cuadro “raro” de Trastorno de la conducta alimentaria (TCA), una chica de 15 años muy callada, con unos ojos enormes que asentía a toda propuesta, pero a la que hablar de lo que le pasaba le costaba mucho, solo repetía “no quiero cargar el estómago” y enumeraba sus síntomas ansiosos al momento de la comida. Azul pasó poco más de tres meses internada y durante ese tiempo hizo un avance enorme, pero con ella a poco de

conocerla entendí que tampoco iba a ir todo por el lado de la palabra hablada, que a Azul le vendría bien otra forma de poder expresarse. A partir de ahí, empecé a interiorizarme más sobre cómo trabajaba la musicoterapeuta, disciplina nueva para mí, de la cual no tenía idea. No podía creer las producciones de Azul y lo mucho que expresaba a través de la selección y el uso de los instrumentos musicales. Para mí fue un aprendizaje enorme el ver trabajar a otras disciplinas con las que no contamos en nuestro hospital. Fue un caso en el que trabajamos interdisciplinariamente en distintos espacios: psiquiatría, psicología, musicoterapia, terapia familiar, y aprendimos mutuamente de las miradas y lecturas diferentes para “bailar” mejor con ese caso.

Reflexiones finales

A lo largo de los años y del paso por distintas rotaciones y situaciones en el marco de la residencia seguí, y sigo, haciéndome muchas preguntas. Salí de la facultad y llegué al hospital con algunas ideas previas, por suerte nunca vividas como certezas, que pude ir poniendo en tensión durante la práctica. Partí de pensar la clínica casi exclusivamente como individual y en soledad, a pensarla como una clínica más ampliada, donde confluyen e intervienen muchos actores, y no solo en la fantasía del paciente que consulta. De la soledad a una clínica compartida con otros, en la cual salía de ver a un paciente y compartía con mis compañeras (psicólogas y médicas) lo escuchado, pensando juntas, conversando en una guardia con otros profesionales, en una sala de internación con otras disciplinas.

Hay algo que siempre permaneció: mi interés y pasión por la clínica, mi ética psicoanalítica de apostar siempre a la escucha y a la producción de un sujeto; después de eso, puedo decir que fue todo cambio y transformación. Escuché los modos de intervenir de otras corrientes teóricas, y otras disciplinas, intercambié con compañeros de mi residencia, de mi hospital, y de otros. Me vi abrazando, actuando, leyendo y estudiando con un paciente, dándole medialunas, café y pastillas a otra, entregando leche en un CESAC, haciendo carteles y collage, jugando sentada en el piso; y mil escenas más en las que nunca me hubiera imaginado trabajando como psicóloga. En ese sentido, creo que todo esto que el hospital y el encuentro con otros-colegas, compañeros, pacientes-me permitió experimentar, me contribuyó a poder pensar y re plantearme cosas, expandir mis ideas previas. Lo principal que me deja el paso por el hospital creo que es la apertura, la flexibilidad, la adaptación, el pensamiento constante, el movimiento.

Como expuse, escuchar tantas historias diferentes, encontrarme con lo no conocido me presentó, y sigue presentando, un desafío permanente que me lleva continuamente a pensar posibilidades nuevas. Malena Kiss Rouan presenta en 2017 un artículo en Clepios que denomina “La ética de la Hospitalidad” y allí toma una diferencia que establece Derrida (2006) entre la tolerancia y la hospitalidad, ambas formas de posicionarse frente al otro extraño y ajeno. Sitúa que la primera se vincula con tolerar al otro,

aunque sea diferente a mí por el hecho de que es un prójimo, pero con el trasfondo de volverlo próximo, es decir que el otro termina por perder su otredad. En cambio, la hospitalidad implica un recibimiento al extranjero, pero no condicionado, conlleva ser hospitalario con lo hostil, “abrir las puertas no al que va a responder como espero; sino al que en su radicalidad me permite transformarme a mí mismo” (pág. 107).

Además de lo que considero que el hospital me aportó en mi formación profesional, creo que pude comprobar que sostener una posición psicoanalítica en el contexto hospitalario es posible, no sin dificultades y reparos dependiendo de los ámbitos, las demandas, pero hay formas, no reglas estandarizadas, pero sí como dice Laurent, hay *usos posibles*. Me interesa destacar antes de finalizar una entrevista realizada a Fernando Ulloa en 1996 en la que propone que, así como no retrocede ante la psicosis, el psicoanálisis tampoco puede pretender retroceder “frente al escándalo de la miseria dentro y fuera del hospital y su región de sujetos con riesgo de coartación subjetiva” (pág. 178); y agrega que es fundamental pretender “*estar psicoanalista*” en aquellas situaciones clínicas no definidas desde el psicoanálisis teniendo presente que en muchos momentos el psicoanálisis solo puede pasar atravesando al propio operador, es decir en la existencia de *cada* analista.

Es una decisión insertarse en el ámbito institucional y hospitalario orientándose por el psicoanálisis, sostener dicha posición y a la vez, entender que *no todo es psicoanálisis* (2004) responder también al rol de psicólogo clínico que se nos pide, y que, además, sabemos que se necesita. Personalmente, a mí me gusta mucho y me parece un desafío articular estas dos posiciones, poner en tensión las distintas demandas en mi práctica. Valoro enormemente la formación como psicóloga clínica que me deja el paso por la residencia, y sin dudas, considero que mi visión de la clínica como psicóloga y psicoanalista es otra a partir del paso por el hospital y mi posición como tal continúa en permanente transformación.

Nuevamente me hago eco de voces de ex residentes para cerrar el escrito:

“La residencia se atraviesa y nos atraviesa...uno camina, corre, salta y saltea, levanta la cabeza, la agacha, se sumerge, tropieza, se hunde, se apura, queda fascinado o cautivo, traga sin masticar.

Y no queda otra que atravesarla. Porque resulta que en la residencia no se reside. Uno no se puede quedar a residir en la residencia.

Al final se dibuja una salida...y hay muchas maneras de salir, pero no da igual la forma en que se atraviesa y se sale. No da lo mismo si se está solo o acompañado” (Clepios, 2012).

BIBLIOGRAFÍA

- Bonora, A., Gelly Cantilo, F., Fernández, V. (2012) *Una escritura conjunta*. En Clepios, Vol. XVIII- N° 1 (pág. 5-8).
- Freud, S. (1919) *Nuevos Caminos de la Terapia Psicoanalítica*. Obras Completas, Tomo XVII, Bs. As., Amorrortu Editores, 1978.
- Kiss Rouan, M. (2017) *La Ética de la Hospitalidad*, En Clepios, Vol. XXIII- N°3 (pág. 105-110).
- Laurent, E. (2000) *Psicoanálisis y Salud Mental*. Tres Haches. Bs. As. 2014.
- Pujó, M. (1992) *El psicoanalista y la práctica hospitalaria*". En Psicoanálisis y el Hospital. Link: <http://www.edupsi.com/psa-hatl.htm>
- Rubistein, A. (2000) *Algunas consideraciones sobre la terminación de los tratamientos con orientación psicoanalítica en las instituciones públicas*. Anuario de Investigaciones Vol. X, UBA. Facultad de Psicología. Bs. As.
- Rubistein, A. (2004) *La práctica del psicoanálisis en el hospital*. En Un acercamiento a la experiencia. Grama Ediciones. Buenos Aires.
- Ulloa, F. (1996) *La articulación del psicoanálisis con los hospitales y especialmente con las residencias*. En Clepios, Vol. II- N°4 (pág. 175-178).