

Universidad Nacional de Rosario

Facultad de Psicología



TRABAJO INTEGRADOR FINAL

*La salud mental de niños y niñas en los
apremiantes tiempos del hospital*

Autora: Di Stefano, Ana Clara

Legajo: D-5108/1

Docente responsable: Waisman, Olga G.

Agradecimientos

Agradezco, particularmente, al Servicio de Salud Mental del Hospital “Víctor J. Vilela”, no solo por haberme permitido el ingreso a la institución, sino, también, por la cálida bienvenida y la formación que nos brindaron al ingresar.

Quiero expresar mi agradecimiento a Olga Waisman —mi tutora del TIF—, por su predisposición y dedicación a la hora de hacer cada una de las correcciones que llevaron a moldear el presente ensayo. Además, Olga fue la docente con quien supervisé mis prácticas en el Hospital, repensé las mismas y saqué todas mis dudas.

No podría haber llegado hasta esta instancia sin el apoyo y cariño incondicional que mi familia me brindó durante toda la carrera. A ellos, mi más sincero agradecimiento.

Gracias a Lalo, por acompañarme en este recorrido tan importante de mi vida y estar siempre presente, en los logros, en las frustraciones y en el día a día.

Por último, mi agradecimiento a mis amigos y amigas —a los y las de siempre, y a las que me dejó el tránsito por la carrera— que me dieron, durante todo este proceso, sus palabras de aliento y su apoyo, siempre con tanta alegría.

Índice:

Resumen.....	3
Introducción.....	4
Sobre la institución.....	5
Acerca del dispositivo.....	7
Las infancias.....	11
Conceptualizando a la salud mental.....	17
Reflexiones sobre la práctica institucional.....	24
La interconsulta.....	29
La angustia y lo traumático.....	32
Para pensar la urgencia y el tiempo en el Hospital.....	40
Reflexiones finales.....	42
Referencias bibliográficas.....	47

Resumen

En el presente ensayo parte de distintas experiencias en un dispositivo de admisión de Salud Mental de pacientes de reciente internación en el Hospital de niños “Víctor J. Vilela”. La principal población del Hospital, niños y niñas, se encuentran en constitución subjetiva. A sabiendas de esta vulnerabilidad en la que se encuentran con relación al adulto, es fundamental el rol que juega la sociedad para cuidarlos y proteger integralmente sus derechos. Particularmente en el Hospital se analizan problemáticas relacionadas con la temporalidad —la urgencia— de esta institución y con los distintos saberes que la atraviesan. Es de central importancia, para el desenlace de estas problemáticas, conocer con claridad la función propia del psicoanalista, para así responder debidamente a la interconsulta, lugar que se recorta conceptualmente según se piensa la práctica. Es, finalmente, la calidad de urgencia la que da al dispositivo su importancia. Es esa temporalidad que obstaculiza la que también le da valor y hace necesario el dispositivo, al permitir simbolizar algo de su angustia al sujeto y evitar que las situaciones vividas se constituyan en sucesos traumáticos.

Palabras claves

Hospital – Salud mental – Niños y Niñas – Urgencia – Angustia – Trauma.

Introducción

En este Trabajo Integrador Final, pretendo articular las distintas perspectivas teóricas que fui adquiriendo a lo largo de diversas materias atravesadas en la carrera con la posibilidad de práctica que esta me brindó.

El siguiente ensayo parte de un interrogante que me acompañó en los últimos años de mi formación, la pregunta por la salud mental en los tiempos de una institución pública como el Hospital; sobre todo, en momentos de urgencia, como son habituales en un Hospital de alta complejidad, donde el tiempo es escaso.

Creo que este interrogante surge en gran parte debido al tipo de formación que prima en nuestra casa de estudios. Nos preparan, principalmente, para la clínica individual, brindándonos claras herramientas para desenvolvernos en largos tratamientos de uno a uno. Cuando, en el contexto de la Práctica Profesional Supervisada “B”, se me dio la oportunidad de ingresar al Hospital de niños “Víctor J. Vilela”, aquella pregunta me acompañó y guió a lo largo de la realización de la práctica. Ello me permitió reflexionar más profundamente sobre el tema y ampliar aquel interrogante inicial.

Para comenzar, me parece necesario situar a *la institución pública* en la que me inserté como practicante y explicar en qué consistía el *dispositivo* del que participé, junto con las consecuencias clínicas, institucionales, sanitarias y epidemiológicas que a mi entender involucra.

En este caso, además, hay que hacer una apreciación particular acerca de la categoría *infancia*, que esta institución interroga todo el tiempo. Aquel interrogante inicial del que partí, por otra parte, no puede desplegarse sin conceptualizar la *Salud Mental*. Es

necesario analizar cómo la entiendo y qué otras formas de entenderla se pueden encontrar en una institución como la abordada. Asimismo, considerar la problemática de la temporalidad en una institución pública pensada desde la *práctica clínica* no es posible sin incorporar *la interconsulta*. A fin de pensar en aquella práctica, me serví de nociones centrales para el psicoanálisis, como las de la *angustia* y *lo traumático*. En un último punto, y en relación con la práctica clínica psicoanalítica en la institución, me propuse enfocarme en el papel que juega aquí la *urgencia* como una temporalidad propia del Hospital.

Sobre la institución

El Hospital de Niños “Víctor J. Vilela” se fundó el 14 de junio de 1930, en un predio donado por la provincia de Santa Fe a la municipalidad de Rosario, durante la intendencia de Víctor J. Vilela. Dicho Hospital se encuentra ubicado en Gral. Benjamín Virasoro Nº 1855, en la jurisdicción perteneciente al distrito Centro de la ciudad de Rosario. Los distritos más cercanos al Hospital son, además, los Distritos Sur y Sudoeste.

Se trata de un Hospital general pediátrico polivalente, de referencia zonal y regional, y de mediana y alta complejidad —tercer nivel de complejidad—. Constituye el principal Hospital de la región en condiciones de resolver la consulta general y la emergencia pediátrica, ya que cuenta con todas las especialidades, tanto en las áreas clínicas como quirúrgicas. Se atiende a niños y adolescentes con patología aguda hasta los 15 años y con patología crónica hasta los 18 años de edad.

La institución ofrece un sector de internación con una capacidad de 120 camas y 7 salas, integrado por: Sala 1, con perfil clínico-quirúrgico, pre y post operatorio; Sala 2, con

predominio de patologías agudas respiratorias, gastrointestinales y nefrológicas; Sala 3, con predominio de enfermedades infecciosas e infecto-contagiosas; Sala 4, con predominio de internación de patologías crónicas y evolutivas; Sala de Hemato-Oncología; Sala de atención a pacientes quemados; Unidad de terapia intensiva y Sala de cuidados intermedios. Los niños pasan por estas salas por diferentes motivos; entre ellos, situaciones de urgencia, cirugías programadas, patologías que necesitan un seguimiento puntual.

El Servicio de Salud Mental dentro del Hospital tiene doble pertenencia; por un lado, corresponde a la Dirección de Salud Mental del Hospital Vilela; y por el otro, se subordina a la Dirección General de Salud Mental, de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario. La planta fija de dicho Servicio se encuentra conformada por seis psicólogos en funciones asistenciales; dos psiquiatras infantojuveniles; un concurrente del último año de paidopsiquiatría; y un profesional de estimulación temprana.

En la actualidad, por política sanitaria, se pide al Servicio que preste atención a la demanda típica del tercer nivel de complejidad. El proyecto sanitario que se ejecuta en la ciudad de Rosario, a cargo de su municipio —por lo cual el Hospital debe responder a este—, se centra en la importancia de la atención primaria; se apuesta a que la atención sea más cercana en el primer nivel. En este nivel, se encuentran los cincuenta y dos Centros de Salud de la ciudad.

Los Centros de Salud en la ciudad de Rosario, regidos bajo la lógica de la APS, se encuentran ubicados estratégicamente y repartidos en los diferentes distritos con la intención de garantizar accesibilidad, universalidad y equidad en la atención a la salud.

Las derivaciones que recibe el Hospital son efectuadas, en su mayoría, por médicos pediatras y provienen de los Centros de Salud. Generalmente, se deriva hacia una especialidad médica, como nefrología, neurología, etc. También se reciben muchos ingresos por consultas espontáneas a través de la guardia.

En un segundo nivel, encontramos una complejidad media; son los hospitales de referencia, donde se encuentran los especialistas interconsultados por los médicos. En ese segundo nivel, sí se sostienen los servicios de Salud Mental con cupos de turnos abiertos a la comunidad. Pero el Hospital Vilela, como mencionaba antes, responde a un tercer nivel de complejidad, por lo que la adaptación a esta política implicó cerrar, en el 2009, la demanda de turnos al psicólogo por consultorio externo. Hoy se atiende a la demanda interna del Hospital específica de un tercer nivel, es decir, relacionada con la internación compleja y con las urgencias que llegan por guardia.

Sobre las derivaciones que surgen de los Centros de Salud, cuando la derivación es entendida como un motivo de Salud “más complejo”, se recibe al paciente, se reevalúa el motivo de consulta y se valora si es propicio ingresarlo en el Hospital —en acuerdo con la Ley de Salud Mental no se deriva a un monovalente—.

Acerca del dispositivo

Los practicantes de psicología nos incorporamos a un dispositivo que interviene en las Salas 1 y 2, que, por sus características, suponen un recambio constante de camas, ya que se producen muchos ingresos y egresos por semana. Es un *dispositivo de admisión de Salud Mental de pacientes de reciente internación*.

El objetivo prioritario del dispositivo en el que nos insertamos consiste en considerar la internación de un niño como una oportunidad para la detección de problemáticas sociosubjetivas que, por el perfil predominantemente médico de la institución, pudiesen pasar inadvertidas en el proceso de atención. De esta manera, sería posible generar la ocasión para su abordaje, si resultase necesario.

Inicialmente, se diseñó, como instrumento orientador, una entrevista semiestructurada que pretendía recuperar las referencias más significativas de la historia familiar, social, institucional y cultural del niño y su grupo familiar. Esa entrevista facilitaba, asimismo, conocer la experiencia con que contaban respecto del proceso salud-enfermedad y de la propia atención.

En el tiempo inicial de la implementación del dispositivo, surgieron interrogantes éticos en cuanto a la aplicación del instrumento a partir del deslizamiento que se podía producir de la entrevista al interrogatorio y de la oferta de un servicio que nadie había demandado a que se percibiese como una práctica intrusiva o de control social.

La propia experiencia permitió despejar los prejuicios y temores que operaban como resistencia, y discernir que esos riesgos no eran propios del dispositivo, sino de la posición de quien allí se disponía a sostener un encuentro que diera la ocasión de un decir. La entrevista adquirió un estatuto más clínico, y el instrumento fue un orientador de las cuestiones que privilegiaba desplegar.

Durante el segundo año de la experiencia, se pudo constatar que la entrevista era una intervención en sí misma, más allá de las acciones futuras que pudiesen resolverse. El

propio despliegue discursivo de lo que estaba aconteciendo ponía en funcionamiento un modo de tratamiento de la situación propio del dispositivo.

Ubicar la enfermedad del niño y su internación como acontecimiento en el devenir de la cotidianidad familiar daba ocasión para que los cuidadores y el propio niño desplegaran las representaciones que tenían de los procesos de salud-enfermedad, de la vida y de la muerte, a la vez que hacía factible abordar las nociones de cuidado y riesgo que cada familia tenía.

Por otro lado, el dispositivo proporcionaba una visualización del funcionamiento de la red de salud, con lo cual, desde esta perspectiva, se incrementaban las posibilidades de intervención no solamente clínica sino, también, sanitaria.

La experiencia se inició en una de las salas de internación clínica para ampliarse luego a las demás —excepto por la sala de Oncohematología y la Sala 4—.

Si bien el dispositivo da ocasión a la emergencia de la singularidad de cada caso, las características distintivas de las salas —respecto del perfil de las problemáticas prevalentes y de la dinámica de trabajo de cada equipo— imprimen particularidades propias al dispositivo, que inciden en la dirección de su alcance y de las intervenciones que de allí resultan.

El equipo de Salud Mental del Hospital entiende el dispositivo según Deleuze, es decir, como “una máquina para hacer ver y hacer hablar”, por lo que sus dos dimensiones fundamentales son las curvas de visibilidad y enunciabilidad que produce. Es en este sentido que, a partir de la experiencia realizada, planteo que el dispositivo de admisión tiene consecuencias clínicas, institucionales, sanitarias y epidemiológicas.

Desde la perspectiva clínica, propicia el tratamiento discursivo de lo que está aconteciendo en la vida de ese niño y su grupo familiar. Ello permitirá el despliegue de los diversos sentidos que habitan la escena del sujeto, el enlace significativo de los afectos y la elaboración de nuevas significaciones cuando estas hayan estado detenidas o hayan tenido un efecto mortificante.

Desde la perspectiva institucional, el trabajo cotidiano con el equipo de salud a cargo de la atención médica del paciente en la sala hace posible ir profundizando y afianzando, en el proceso de atención, la dimensión de la clínica ampliada. No como modelo ideal a importar ni como obediencia a mandatos superiores, sino a partir del encuentro con lo que la inclusión de la dimensión psicosocial aporta a la comprensión del proceso de salud-enfermedad de los sujetos. Por lo tanto, se favorece la renovación de los modos de resolver el padecimiento de los pacientes por parte de los equipos, como apropiación de alternativas superadoras en sus prácticas.

Desde la perspectiva sanitaria, brinda ocasión para un monitoreo cotidiano del funcionamiento de la red desde la perspectiva de la población; así, en cada experiencia, se verifica qué producen los efectos de las prácticas: adscripción, referenciación, contención, expulsión, rechazo, sometimiento, control, persecución, etc. De este modo, es un insumo importantísimo para la clínica, pues contribuye a la detección de los potenciales efectos expulsivos/segregativos institucionalizados y facilita orientar sus desmontajes respectivos.

Por último, el otro aspecto fundamental es el valor epidemiológico que adquiere el saber producido mediante la aplicación del dispositivo, dado que el diseño de registros adecuados de los datos y la sistematización clínica de la información aporta a la elaboración

de perfiles epidemiológicos como herramientas claves para el diseño de políticas específicas. Con ese fin, se implementó el Registro Continuo del Proceso de Atención (ReCPA); se trata de una ficha con datos filiatorios, civiles, que incorpora cuestiones familiares y cuestiones vinculadas a la repercusión subjetiva de la internación, entre otras. A cada paciente se le abre un ReCPA, con el nombre y un número que sirve en la búsqueda de antecedentes clínicos.

Tras el análisis de la experiencia realizada durante tres años, el Servicio de Salud Mental propuso, según se consigna en una ficha de circulación interna: “su implementación como práctica de salud mental en el marco de la internación hospitalaria para todos los pacientes, de manera simultánea en las salas referidas”.

Las infancias

Al observar la población que recibe el Hospital, me parece fundamental pensar en qué decimos cuando decimos infancia, niñez, niño o niña.

La noción de infancia obedece a una representación de época que tenemos de los niños y las niñas actuales; representación que, a su vez, resulta determinante para la conformación de las subjetividades que interpela. Dicho de otro modo, podría enunciarse como el dispositivo histórico y cambiante que construye la sociedad para alojar a los distintos niños y niñas, y que permite pensarlos y caracterizarlos. Por ende, las políticas públicas dirigidas a unos y otras mantienen una estrecha relación con esta construcción. Siguiendo a Lajonquiere (2011), la infancia es “aquello que va más allá del registro habitual

de la vida o de la humanidad preformada, pasible de padecer representaciones sociales diversas, según la época y la geografía” (p. 211).

Para Carli (1999), mirar la infancia significa pensar acerca de las mutaciones que se produjeron en la experiencia infantil desde mediados del siglo XX hasta la fecha y, en lo posible, dar cuenta de ellas. Según advierte la autora, abordar esta cuestión también implica leer las formas en que la infancia ha sido pensada, interpretada y representada a medida que los niños despertaron un creciente interés para la sociedad adulta. Los pensamientos, las creencias y preocupaciones que, a través del tiempo, fueron modulando la relación de los adultos con los niños sin duda han ido cambiando. Debido a ello, Carli (1999) concluye que no existe *la infancia*, sino que lo adecuado sería hablar de *las infancias*, ya que estas refieren siempre a tránsitos múltiples, diferentes y cada vez más afectados por la desigualdad.

Infancia, entonces, es un término polisémico que Minnicelli (2009) propone considerar como un significante, en tanto “opera en el hablante y se hace presente en *dichos y decires*, gracias a los que tanto se habla, como también se calla” (p. 180). La “polisemia” del término nos convoca, por lo tanto, a abrir el abanico de significaciones que pueden desprenderse de las distintas disciplinas que toman la infancia como objeto de estudio y de los diferentes sentidos que el término puede. Es posible hablar, según la autora, de infancia abandonada, infancia perdida, infancia pobre, infancia rica, infancia instituida, infancia destituida, infancia judicializada, infancia pública, infancia burguesa, infancia proletaria, infancia moderna y de infancias.

Entonces, historizando brevemente estas infancias de las que hablan Carli (1999) y Minnicelli (2009), se vislumbran las distintas mutaciones y los diferentes determinantes que ha sufrido el concepto a lo largo del tiempo. Ariès (1987) inicia su obra *El niño y la vida familiar en el antiguo régimen* con un recorrido dedicado a la historia de la infancia. Allí expone que, en la sociedad medieval, la idea de infancia no existía como tal, es decir, en referencia a un grupo social específico con características propias que lo distinguieran de la adultez; esta sociedad no podía representarse a los niños sino como “pequeños adultos”.

El autor sostiene que el cambio se produjo en la sociedad moderna al configurarse un nuevo espacio para el niño dentro de la familia y dentro de la sociedad en general. La infancia comenzó a ser vista como una etapa de larga duración que requería de una preparación especial; a todo ello, se agregó la preocupación por la higiene y la salud de los más pequeños. En la modernidad, entonces, esta categoría adquirió un carácter fuertemente homogeneizador. Las instituciones pertinentes se crearon bajo un paradigma tutelar, respaldado en la Ley de Patronato de Menores (N° 10.903), dictada en el año 1919. De este modo, quedó instalado el Paradigma de la Minoridad, en el cual el menor es tomado como objeto jurídico de protección (tutelaje), mientras se hace hincapié en su incapacidad e inmadurez.

Ya con la declaración de la Convención de los Derechos del Niño en el año 1989, y con la posterior adhesión de nuestro país a ella, asistimos a la emergencia de un nuevo paradigma, el cual se vio reflejado en la sanción de la Ley de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes (N° 26.061), promulgada en el año 2005. Allí niños y niñas son considerados sujetos de derechos; es decir que el discurso jurídico se redirige a

la protección de los derechos de aquellos sujetos denominados niños y niñas, y se privilegia el principio de interés superior.

Es necesario aclarar, no obstante, que a pesar de la promulgación de la ley de Protección Integral, y a pesar de que haya derogado a la de Patronato, ambos paradigmas coexisten en la actualidad, con lo cual la efectiva implementación de la nueva ley requiere de un especial acompañamiento así como de recursos suficientes. Dicho de otro modo, en la actualidad, continúan vigentes prácticas que responden a un paradigma tutelar y que, amparadas en la nueva ley, pretenden utilizarla para sostener prácticas que no atienden al interés superior de niños y niñas. Por el contrario, los objetalizan, deciden por ellos, los consideran en “peligro moral” por encontrarse en situación de pobreza, los criminalizan, o intentan homogeneizarlos bajo una lógica de poder que considera saber qué es mejor para todos los niños y niñas.

El psicoanálisis, por su parte, se encuentra en clara consonancia con el Paradigma de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes. En su historia, y principal e inicialmente desde los trabajos de Sophie Morgestein en Francia, y de Ana Freud y Melanie Klein en Viena, se le dio un lugar de escucha a los niños y niñas, al considerar que adquieren la capacidad de simbolizar muy tempranamente, que también padecen y que algo tienen para decir de su sufrimiento.

Estos trabajos se basaron en el descubrimiento de Freud, quien, al observar y analizar el juego de un niño de 18 meses, “comprendió que el niño no jugaba solamente a lo que era placentero sino que también repetía al jugar situaciones dolorosas, elaborando así lo que había sido excesivo para su yo” (Aberastury, A., 1962, p. 13). Ello significó un

aporte fundamental para la posterior creación de nuevas técnicas de acercamiento al inconsciente de niños y niñas en el tratamiento y diagnóstico de las neurosis infantiles.

Aberastury (1962) nos relata cómo se sistematizó un método de análisis de niños y niñas con los libros técnicos de Ana Freud y Melanie Klein. Estos tenían en cuenta la falta de un instrumento fundamental del análisis de adultos, a saber: las asociaciones libres. Así, para analizar un niño o una niña, fueron otros los elementos que cobraron importancia: la interpretación de los sueños, los sueños diurnos, los dibujos y el juego. Este último constituyó una técnica especialmente destacada por Melanie Klein, para quien niños y niñas, al jugar, vencen realidades dolorosas y dominan miedos instintivos proyectándolos al exterior en los juguetes.

El juego en la infancia es, para el psicoanálisis, estructurante de lo simbólico. Minnicelli (2008) explica que la importancia vital que el psicoanálisis le otorga se funda en que la *lógica del juego* resulta instituyente de la relación del sujeto a la ley, lo cual permite un saber hacer —legislado por la castración— ante el desencuentro estructural y estructurante del sujeto y el objeto, en el interjuego presencia-absencia. En la infancia que dicho desencuentro produce, la ausencia no es vacío, sino intervalo topológico habilitante de otra escena, la imaginaria. Esta posibilidad requiere de diversos alimentos a fin de proveer recursos simbólicos que permitan dar marco a la escena. Ante aquellos niños y niñas que son presa de un punto de partida vital desventurado, no será la escucha que los deja en el lugar de objeto de la desgracia la que habilite la posibilidad de hacer algo diferente ante lo real de la experiencia, sino una posición diferente. Esa posición requiere contemplar y reconocer que es posible dar lugar a que otras vías se habiliten ante lo que se

presenta como siniestro destino. Sin más, se trata de abrir el juego allí mismo donde parece que está todo dicho, dando lugar a otros decires cuando la “compulsión a la repetición” se presenta al sujeto como obligación que impulsa al yo a actuar a pesar del sujeto.

Este niño y esta niña que, para el psicoanálisis, se encuentran en constitución subjetiva, son aquellos a quienes la sociedad debe cuidar primordialmente, protegiendo sus derechos de manera integral, a sabiendas de la vulnerabilidad que su estructura presenta y en la disparidad en la que se encuentran con respecto a un adulto. Las políticas públicas deben ir dirigidas a detectar posibles abusos o vulneraciones de sus derechos y a obrar acorde a la Ley 26.061. Como expliqué en el apartado anterior, una de las finalidades del dispositivo en el que realicé las prácticas consiste, justamente, en detectar estas situaciones. Se presenta, así, como “una oportunidad para la detección de problemáticas sociosubjetivas” —posibles situaciones de maltrato, abuso, vulneraciones en cuanto a derechos como salud, educación, etc.—. Además de dar lugar a una historización de la internación en la historia de ese niño o niña, les hace posible simbolizar de alguna manera el momento con el afán de evitar que se constituya en un hecho traumático en sus vidas y la de su entorno.

Pero sobre todo, a lo largo de la experiencia en este dispositivo, tuve la oportunidad de observar las distintas infancias a las que podemos enfrentarnos. Minnicelli (2009) plantea que “decir infancia genera efectos diferenciales a partir de su ingreso en una cadena significativa biográfica y colectiva” (p. 180). Es decir, el término infancia es significado de modo diferente por cada uno, al disparar el juego de la lógica del significante y la puesta en movimiento de la cadena en la remisión a lo reprimido de la propia infancia.

Los efectos que el término genera en mí, contruidos no solo por distintas experiencias sino también por mi formación, tienen que ver con pensar a los niños y las niñas jugando, corriendo, saltando, inquietos; son esos que muestran las publicidades, los que escuchamos en las canciones —el conocido “Niño, deja ya de joder con la pelota...” de la canción de Serrat—. La infancia con la que me encontré en estas Salas de internación entró en conflicto con la idea de infancia mencionada, la que traía, la de la infancia concebida como desestructurada, despreocupada, espontánea y abocada a jugar. En una sala de internación, los niños y las niñas no siempre pueden jugar, no siempre tienen el ánimo para hacerlo. A veces, hace falta el permiso médico; otras veces se encuentran doloridos; otras, callados, con miedo; muchas veces, adormecidos. En la internación es “otro cantar”.

Conceptualizando a la Salud Mental

Me parece pertinente para el trabajo introducir ahora algunas reflexiones acerca de ciertas formas de concebir la Salud Mental. En consonancia con este planteo, me interesa, primero, proponer algunas definiciones del proceso de salud-enfermedad.

Según Ferrara (1985), la salud se puede pensar como “un continuo accionar de la sociedad y sus componentes para modificar, transformar, aquello que deba ser cambiado y permita crear las condiciones donde a su vez se cree el ámbito preciso para el óptimo vital de la sociedad”, o bien como una “búsqueda incesante de la sociedad, como apelación constante a la solución de los conflictos que plantea la existencia” (p. 10).

Este autor, a su vez, desmitifica el hecho de que una adaptación completa, en cuanto equivale a la renuncia de creación individual y social y a la renuncia al enfrentamiento de nuevos conflictos —tanto físicos como mentales o sociales— sea saludable. En su lugar, considera que es, por ello mismo, una forma clara de enfermedad. Por lo tanto, puede decirse que la salud nada tendría que ver con la ausencia de conflicto; no es por esto que se define lo patológico, sino que es el bloqueo de dichos conflictos y la imposibilidad de resolverlos lo que certifica la idea de enfermedad. En virtud de ello, el proceso de salud-enfermedad es considerado por el autor como incesante y dinámico, ya que hace a la idea de acción frente al conflicto, de transformación ante la realidad, sin perder de vista su carácter histórico y social. Ferrara continúa:

Para definir este concepto, es necesario basarlo en la realidad compleja que domina su determinación, la cual constituye una formación social que está dictada por el modo de producción de esa sociedad, en donde el contenido de la salud está señalado por esa realidad, por la totalidad social considerada en conjunto. (1985, p. 11)

Posicionados desde esa idea de salud-enfermedad, podemos dar lugar a la definición de salud mental.

Para ello es indispensable, a mi entender, el paso por el marco legal que regula nuestra práctica, el cual resulta indispensable, asimismo, para entender la función del Servicio de Salud Mental en el Hospital. De acuerdo a la Ley Nacional de Salud Mental, esta consiste en “un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una

dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de una persona” (Ley Nacional de Salud Mental 26657, cap. II, art. 3°, 2011).

La mencionada Ley, siguiendo al psicólogo Gorbacz (2011) “apunta a desarrollar una política en salud mental sobre un piso mínimo: el cumplimiento de los compromisos en materia de derechos humanos que nuestro país ha asumido frente a los demás países del mundo” (p. 54).

De este modo, implica todo un cambio de paradigma en la manera de entender la Salud Mental, al prohibir el arrasamiento de los Derechos humanos de la persona con un padecimiento subjetivo o psicosocial. Genera, en consecuencia, una reestructuración de la atención en Salud Mental, ya que pasa a incluir el abordaje de esta en efectores generales de Salud y pone al usuario del servicio en una posición totalmente activa.

En este marco legal, el Hospital de Niños “Víctor J. Vilela” ha incorporado profesionales del campo de la Salud Mental —el equipo conformado por los distintos profesionales anteriormente mencionados— que trabajan de forma interdisciplinaria. En virtud de esta modalidad de trabajo, se los suma a los demás equipos de salud para producir diferentes prácticas: brindar asistencia individual por consultorio, entrevistar a familiares o referentes del paciente, realizar interconsultas entre diferentes disciplinas, visitas domiciliarias, guardia, etc. Así, cada intervención corre en la línea de no sectorizar la atención de los pacientes como “pacientes de Salud Mental” y de permitir dar lugar a algo de lo subjetivo, brindando un espacio de escucha en las internaciones o consultas generadas en su mayoría por motivos más ligados al saber médico. Se plantea, de tal modo, la

transversalidad de este servicio, del cual se espera que trabaje de manera articulada con los demás aportando su mirada en el diagnóstico y abordaje.

El cambio de paradigma mencionado anteriormente puede ser entendido como lo explica Stolkiner en “Distintos paradigmas de salud, sus instituciones y el psicólogo en ellas” (1988), es decir, como un cambio respecto de la concepción liberal de la Salud —que responde al modelo médico hegemónico— y de la concepción tecnocrática normativa en dirección hacia una modalidad participativa integral.

Desde la perspectiva del primer paradigma señalado, que presupone la existencia de igualdad de oportunidades y apunta a la normalidad, las prácticas de atención en salud son consideradas parte del libre juego de la oferta y la demanda, y vistas como respuesta a una demanda explícita. En este marco, en el cual la salud es considerada como ausencia de enfermedad, el sujeto tiene una función totalmente pasiva en el proceso de cura, ya que el poder le es asignado al profesional, a quien se busca asegurar el ejercicio liberal de la profesión. El modelo psicológico clásico coherente con esta propuesta es el de auxiliar del médico, mientras que, en el moderno, el rol que se le otorga es el de un profesional más, implicado en acciones puntuales y centrado en el abordaje de la patología.

La concepción tecnocrática normativa, por su parte, ha surgido de las fisuras del modelo anterior. Si bien en este modelo el Estado pasa a tener una participación más activa en el ordenamiento de las líneas a seguir por la sociedad y aun cuando la salud es reconocida en su dimensión social, el concepto positivista de salud en cuanto normalidad se mantiene, aunque velado. Asimismo, se pasa de la demanda explícita al diagnóstico de las necesidades de la población, las cuales son evaluadas por los técnicos, según un esquema de prevención

“normativa”. Bajo este paradigma, el psicólogo puede desprenderse del sometimiento al poder médico, pero difícilmente pueda hacerlo del mandato social normativo.

Por último, la concepción participativa integral es el modelo en gestación. Esta propuesta —que se halla centrada en la participación— produce rupturas radicales con el positivismo y es congruente con el abordaje interdisciplinario. Plantea una concepción de salud relacionada con la de Ferrara, de constante búsqueda, en la que el sujeto tiene un rol protagónico, dado que es quien reprocesará las propuestas de los técnicos y profesionales para construirlas conjuntamente. Es sobre este último modelo que se posiciona la actual Ley de Salud Mental, la cual considera la multideterminación de dicho campo, y es por ello que ni una disciplina ni un sector de la salud exclusivamente pueden dar cuenta de la totalidad del objeto. La ley, al partir de las capacidades de las personas, posiciona al sujeto en un papel activo; principalmente, destaca sus derechos, el privilegio del trabajo interdisciplinario y la necesidad de la creación de órganos de revisión. En tal sentido, además de apoyar el movimiento desmanicomnializante, refrenda la obligación de revisar las sentencias, pues entiende que los diagnósticos no son inamovibles, ya que el proceso de salud-enfermedad no se representa como estanco. La ley apunta, entonces, a esta última concepción en el intento de ser superadora de los anteriores modelos.

En el Hospital los tres paradigmas son puestos en juego continuamente. Si bien hay un intento y un trabajo permanentes por parte de los profesionales que conforman el servicio de Salud Mental para provocar un abordaje conjunto de las situaciones problemáticas que aparecen —ya que hay reiterados pedidos de reuniones con los demás sectores y el cuerpo médico para trabajar de manera conjunta—, la tensión es constante.

Aun así, hay una clara intención, por parte del servicio de Salud Mental, de darle un lugar activo al que está padeciendo en su proceso de salud-enfermedad; pero esta propuesta, que apuesta por el sujeto, entra muchas veces en pugna con el modelo médico hegemónico, que es el reinante.

En tal sentido, las demandas dirigidas a Salud Mental suelen tener como principal punto de interés normalizar una situación —por ejemplo, atender un estado de crisis subjetiva de modo que sea posible continuar con las prácticas médicas sobre el cuerpo—. También surgen situaciones con pacientes a quienes no se les ha explicado qué tenían o qué intervenciones se iban a realizar sobre ellos, o que no han recibido esa explicación en términos adecuados para su entendimiento. Se trata de circunstancias en las que lograr un trabajo conjunto con algunos médicos presenta serios obstáculos. Estos y otros episodios dejan a la vista lo mucho que queda aún por recorrer para lograr producir un cambio de paradigma e implementar de forma definitiva la Ley de Salud Mental, una Ley “de orden público” que constituye un marco de referencia obligatorio para todo el país.

Como puede verse, el lugar del psicólogo en un Hospital —institución que históricamente fue sinónimo de la práctica médica— es difícil de construir y conservar. Se presenta, así, como un campo de disputa constante, en el que —para evitar reproducir aquellos modelos a los que muchas veces se nos llamará a sostener— hay que tener en claro cuáles son nuestros objetivos como profesionales de la Salud Mental; qué lugar le damos al sujeto en su proceso de salud-enfermedad; qué lugar le damos al contexto socio-histórico; y a qué tipo de demanda vamos a responder.

Retomando a Galende (2008), proponemos definir la Salud Mental

a partir de una ética que considera al sujeto del sufrimiento mental, su historia, su sensibilidad, su experiencia, su memoria, la dimensión conflictiva de toda experiencia humana y [que] propone al sujeto la comprensión conjunta del malestar psíquico, es decir, su participación en el proceso de atención (p. 9).

Este autor, a su vez, considera que la Salud Mental requiere la comprensión de los procesos subjetivos en el terreno de la vida social y cultural de las personas, en lo que tiene como principales herramientas a la palabra y al diálogo, propicios para recuperar las capacidades de pensamiento y reflexión (Galende, 2008).

En este sentido, la dirección en la que se orienta el dispositivo de Salud Mental en el que nos insertarnos como practicantes intenta visibilizar las condiciones reales de la vida social actual y los malestares subjetivos, así como los modos de vivir, desear, sentir y construir los significados y valores que tienen las personas, a fin de darles una participación activa en el proceso de atención para que no queden capturadas como meros objetos de una práctica. Se trata, por lo tanto, de dar lugar a la construcción de discursos alternativos por medio del lazo social.

En el caso de los niños y niñas, la principal herramienta para la salud mental no es el diálogo —al que hacía mención Galende (2008)— sino el juego. Su importancia vital, como se explicó en el apartado anterior, proviene de que brinda a los niños y niñas la capacidad de simbolizar lo traumático del conflicto, erigiéndose como estructurante de lo simbólico y salvándolos de un siniestro destino.

Para autoras como Melanie Klein, el juego consistía en una técnica mediante la cual resultaba posible analizar a niños y niñas prescindiendo de la verbalización del discurso

propia del paciente adulto. Para Winnicott, en cambio, el juego es un fin en sí mismo, porque remite a la capacidad creadora propia de la subjetividad. Esta capacidad no presenta distinciones entre las distintas etapas vitales: en lo que a ella respecta, da lo mismo ser niño o adulto. Si bien la capacidad de jugar –o no– se hace más evidente en el primer caso, en el segundo, el de los adultos, se manifiesta en “la elección de las palabras, en las inflexiones de la voz y, por cierto, en el sentido del humor” (Winnicott, 1971, p. 63).

Reflexiones sobre la práctica institucional

La relación de la clínica con la institución, como plantea Silvia Grande (s.f.) en “Clínica e institución”, será diferente según el modo en que nos representemos nuestra práctica; en tal sentido, me parece fundamental reflexionar sobre mi modo de concebirla.

Considero que la práctica clínica parte de un posicionamiento ético, teórico y político, por el cual se generan distintas construcciones de las problemáticas. Posicionada desde un marco psicoanalítico, creo que es imprescindible tener una actitud de escucha constante, ligada a permitir que se abran interrogantes y que se generen espacios de subjetivación.

Podría decirse, en términos de Ulloa (1995, p. 13), que se trata de un “estar psicoanalista”, es decir, de una posición sensible y representativa de lo que acontece en el campo, el cual, por su inclusión, se torna clínico y propicio a las producciones de la historia, los relatos y las narrativas de cada sujeto.

En relación con ello, el autor plantea la importancia de “no morir en la demanda” (p. 16), en el sentido de poder identificar el tipo de demanda que se ajusta a una expectativa

más afín a la clínica de linaje médico. Sucede que, con frecuencia, el psicoanalista es convocado, o incluso solamente tolerado, por la institución, pero sin que se le demande en las funciones que le son propias. Se hace necesario, entonces, detectar estas demandas para no forzar arbitrariamente el campo ni su metodología y poder encontrar, a su tiempo, una demanda afín a su cometido.

Lo anterior implicaría intentar, en un primer momento de la práctica, no responder a todo tipo de demandas; en particular, cuando el contexto institucional es el del Hospital, donde el saber hegemónico continúa siendo el del médico. En este marco, puede ocurrir que los pedidos se dirijan en la dirección contraria a la que queremos encaminar nuestra práctica; puede ocurrir, por ejemplo, que estén cargados de intenciones normativizadoras, o que tengan la pretensión de acallar los síntomas y cerrar cuestiones, objetalizando al sujeto, volviéndolo pasivo, en lugar de abrir interrogantes, dirigirnos hacia el sujeto en su singularidad o impulsarnos a permanecer dispuestos a la escucha.

Cuando me refiero al posicionamiento ético que considero fundamental para llevar a cabo una práctica clínica, pienso en la ética del psicoanálisis. Retomando a Alejandra Landoni (2013), se puede establecer que esta implica “abstenerse de emitir juicios de valor, no emparentarla con la moral, ni apegarla a los ideales” (p. 358). Por lo tanto, no solo debemos conocernos a nosotros mismos —con todas las enseñanzas y mandatos que nos han impartido para no reproducirlos—, sino conocer y dar cuenta también de la función del analista, a fin de sostenerla contra la tentativa de refugiarnos en un lugar de conocimiento o de saber desde el cual adoctrinar e impartir enseñanzas u opiniones. En este sentido, la ética del psicoanálisis no se deduce de los ideales contemporáneos, ni se cimenta en el

soberano bien, ya que precisa de una puesta en suspenso de objetivos de dominio, del saber constituido. Landoni (2013) se refiere a ella como una

ética relativa al discurso del analista, que no se apoya en la retórica sino en una operación frente a la verdad, ética no basada en un saber referencial sino en aquello que surja bajo transferencia, un saber que no se sabe, cuyo texto lo ofrece el inconsciente (pág. 361).

El psicoanálisis no solo se aparta de los modos de tratamiento de índole moral que han existido a lo largo de la historia, sino que también evita tomar la transferencia como ejercicio de un poder. Si bien la ética del psicoanálisis se sustenta en su aparato teórico, puede, a su vez, relacionarse con un aspecto político.

En cuanto a la relación entre la teoría y la ética, Galende (1997) considera que, en el sector de la Salud Mental, se hace patente que toda teoría incluye una ética, en tanto cada teoría ha sustentado una forma de ejercicio de poder de unos hombres —técnicos, médicos, psicólogos, etc.— sobre otros —enfermos mentales—. Se trata, para el autor, de cuestiones suficientemente mostradas por los teóricos de la antipsiquiatría.

En relación con la política, Galende (1997) observa que, en Salud Mental, las teorías no solo están destinadas a expresar valores morales, ideales, etc., sino que, además, legitiman un poder —el de los técnicos sobre los sujetos considerados enfermos— que proviene, esencialmente, de las formas sociales de organización y ejercicio del poder —del Estado, del sistema político— y no de la propia teoría. Toda teoría en este campo es expresión de una política; de una manera de concebir el papel del Estado en el abordaje de la salud mental; de una manera de articular saber y poder; de una manera de concebir las relaciones sociales, los modos de producción, los derechos humanos, etc. Entonces, no

debemos desconocer qué expresamos políticamente con nuestra práctica, para poder saber qué poderes estamos legitimando.

La manera coherente en que se articulen estos aspectos determinará el tipo de práctica que llevemos a cabo con un enfoque particular. Es decir, producirá un recorte al construir el problema, habilitando escuchas u obturándolas, posibilitando determinadas intervenciones, y no otras, y lo mismo sucederá con las derivaciones, interconsultas, lecturas, reevaluaciones, modos de establecer un diagnóstico, etc.

Afirmar nuestra visión en un campo tan complejo como el de la Salud Mental hace necesarios —a mi entender y posicionada desde el psicoanálisis— otros dos pilares: el análisis personal y la supervisión. Estos se constituyen en posibilitadores para detectar y poner a trabajar lo que “se nos escapa”. De este modo, no sólo resulta factible revisar aquel campo teórico del que nos valemos, sino también conocer cuáles son los ideales, valores, mandatos con los que nos formamos. Ello nos exige reevaluar a cada paso hasta dónde y cómo podemos intervenir, al igual que nuestra posición ética, los lugares donde opera nuestra resistencia y aquello que no nos deja escuchar.

En un marco de equipo, como el que se da en el Servicio de Salud Mental del Hospital, esta ética sólo puede ser lograda y sostenida mediante una continua construcción conjunta entre los miembros y en un diálogo constante con el marco institucional.

Con respecto a este proceso que parte de la ética del psicoanálisis, de interrogarnos a nosotros mismos y conocernos, apenas ingresé en el Hospital me vi precisada de hacer el ejercicio. Desde un primer momento transferí positivamente con la institución; yo no la conocía y tenía el prejuicio, la idea, de que, como ocurre con muchos hospitales, sería un

lugar abandonado, “tétrico”, “venido abajo”. Para mi sorpresa, el lugar se encontraba ediliciamente conservado; pintado, con múltiples dibujos y cuadros en sus paredes, salas de espera con juegos, un patio con una casita de juguete, etc. Esto y otros detalles hicieron que me fuera pareciendo un lugar sumamente agradable, hasta olvidar casi por completo las otras aristas de un hospital de niños. Recién en el primer recorrido se manifestaron las escenas que no imaginaba hasta el momento, aquellas que aparecían veladas por resultarme insoportables, lo que aún no había pensado en referencia al Hospital: la cuestión de la muerte, siempre presente de alguna manera. La sala de espera de terapia intensiva, con padres desahuciados aguardando el parte médico; la sala de espera del tomógrafo, con madres abrazadas a sus hijitos; la sala de espera de oncología; y, por último, la morgue, para terminar de imprimir todo lo real que venía acechando la situación. Recuerdo que, en ese momento del recorrido, la tutora hizo un chiste luego de señalar dónde quedaba y, acto seguido, nos comentó: “Es un chiste que circula acá, quizá es una manera que tenemos de tramitar algo de ese real”.

Poco a poco pude ir procesando parte de la cuestión, es decir, trabajando las resistencias, en supervisiones y en mi análisis personal. Comencé a sentirme preparada para sostener las entrevistas con una escucha psicoanalítica, y el re-trabajo en estos ámbitos me siguió acompañando para su análisis.

El relato que sigue viene a cuento de la muerte que, como adelanté, se halla presente desde el primer momento. Se trataba de la mamá de un bebé de tres meses que había ingresado a terapia intensiva por una afección pulmonar. El bebé había atravesado una situación muy delicada pero ahora se encontraba fuera de peligro, recuperándose en

Sala 1. Al preguntarle a la madre acerca de la situación, respondió: “Uff, ¡fue terrible! Estaba muy asustada, estaba destrozada. Pensaba y le decía a Dios: ¡no otra vez!”. Tras interrogarla sobre esa vez anterior, contó que hacía unos cuatro años había fallecido su hija en terapia intensiva en ese mismo Hospital. La situación con su bebé en la actualidad le había hecho revivir aquella otra y temer lo peor. Mientras nos relataba estos sucesos, mostró signos de angustia; abrazaba fuerte a su bebé y lo hamacó durante toda la entrevista.

Nos interesa destacar dos cuestiones de ese encuentro: por un lado, el fuerte lugar que ocupaba la religión como sostén y, por otro, la relación con los médicos. En cuanto a la religión, esta aparecía como dadora de sentido frente a la muerte de su hija. Ante la inminencia de un real tan terrible, esta madre había encontrado, junto con su pareja, un fuerte consuelo en la religión. Según sus palabras, ella encontraba paz, y la oración le permitía recobrar las fuerzas para poder seguir adelante —a un punto tal que había apostado nuevamente a la maternidad—. Con respecto a la relación con los médicos, la entrevistada nos hizo saber que se acordaban de su situación anterior, y que ella los ubicaba también. Cuando nuestra tutora preguntó si los médicos le habían ofrecido el servicio de Salud Mental, la entrevistada respondió que no.

La interconsulta

A partir de la situación anterior, surgió, en el re-trabajo con nuestra tutora, que los médicos sólo pedían interconsulta cuando “las papas quemaban”. Es decir, en general, se recurre al Servicio de Salud Mental únicamente cuando hay una situación de desborde o determinada actitud del paciente o cuidador que impide, interfiere o dificulta el pleno desenvolvimiento de las prácticas médicas. Paralelamente, la práctica del psicólogo ante

circunstancias como la narrada más arriba no se considera pertinente; no se apela a su rol contenedor y, si se quiere, preventivo de alguna situación.

Una experiencia vivida por mis compañeros del dispositivo me permitió observar uno de esos casos en los que se apela a la interconsulta en el Hospital. Una madre había discutido con el kinesiólogo al percibir como violentas las prácticas que éste realizaba sobre el cuerpo de su bebé. El kinesiólogo, por su parte, se retiró de la escena, y pidió a los médicos que interviniese el servicio de psicología para “calmarla”. Este, como tantos otros pedidos de los que escuchamos hablar a nuestros tutores, evidenciaba el lugar que tiende a darse al saber psicoanalítico en una institución hospitalaria: el de “acallar” la rebelión de un paciente contra el saber médico-hegemónico que domina la situación.

En palabras de Grande (s.f.), la interconsulta constituye una modalidad de trabajo que implica el despliegue de la práctica clínica en instituciones, razón por la cual se recorta conceptualmente según se piensa la práctica misma. Para decirlo de otro modo, la forma en que se aborda la interconsulta refleja y da cuenta de la manera en que se piensa la institución. La autora cita a Luccina, quien define esta herramienta como el medio o instrumento para el logro acabado de “las metas reales para las que fue creada la institución” (p. 1). La intervención psi se convierte entonces en un instrumento de desalienación —en tanto la alienación consiste en el desvío de los fines institucionales—. Volviendo a la escena de la demanda habitual, el rol del psicólogo, interpelado por este tipo de interconsultas, queda reducido al de un agente de control social, ya que se espera que responda a una lógica normalizadora. En este contexto, el conflicto es considerado un desvío de la norma; no hay lugar conceptual para la contradicción como algo inherente a la

relación médico-paciente-institución. Responder a este tipo de pedidos sin analizar cuál es el verdadero sentido de la intervención conduciría a lo que Ulloa (1995) nombra como “morir en la demanda”.

En el caso de la discusión entre la madre y el kinesiólogo, sin embargo, no sería adecuado simplemente rechazar el pedido de intervención con el argumento de no haber sido demandados en las funciones propias; pero tampoco correspondería responder desde el psicoanálisis de forma tal que se termine acallando ese saber materno que entró en conflicto con el médico. Lo pertinente sería, quizás, permitir a esta madre desplegar su saber, darle un espacio para que lo haga, y pueda así, también, interrogar aquel otro saber. Luego podría impulsarse una intervención conjunta, con la madre y el cuerpo médico, para reivindicar su saber no escuchado, no considerado, y conciliarlo, en lo posible, con aquel otro, que, generalmente, toma el poder en el campo de manera intrusiva y sin otorgar explicación alguna.

Retomando a Silvia Grande (s.f.), puede pensarse que hay un pedido del médico de ser tenido en posición de aquel que quiere el bien de su paciente, un “bien” que consiste en cierto saber sobre el paciente. El pedido podría traducirse, según la autora, en una expresión como la siguiente: “sostenme en ese lugar de querer el bien para ti”. Es el saber, o la ilusión compartida sobre su poder, lo que le da existencia al paciente y consistencia al médico.

Cuando el sujeto no se ubica en la posición ideal de paciente que espera el saber médico —ya que no supone la “bondad” de la práctica médica y pone así en cuestión la estructura médico-paciente—, esta relación, de por sí vulnerable, tambalea. Se torna,

entonces, en un paciente “complicado”, de esos de los que se debe ocupar salud mental, y la interconsulta toma tintes de derivación más que de interconsulta.

Ahora bien, ¿cómo hacer interconsulta cuando no hay registro del paciente? Sobre todo, cuando el paciente es un niño o una niña y hay un adulto que lo cuida y que defiende sus derechos al buen trato. Queda aquí del lado del psicólogo volver a darle ese estatuto, el de paciente, para luego implicar al cuerpo médico y demás actores involucrados y convertir la situación en una verdadera interconsulta. Es decir, convertirla en una práctica compartida en la institución, que implica el trabajo con otros, y la construcción conjunta de una pregunta que comprometa, responsabilice, con lo que “simplemente ocurre”. En este sentido, considero que nuestro lugar como analistas dentro de esta institución es dar lugar a la palabra del paciente, un espacio en donde pueda desplegarse y abrir también otros interrogantes.

La angustia y lo traumático

A lo largo de todo el año, durante las diferentes entrevistas, fue común que, a partir de preguntas centradas en el sujeto, sobre su sentir o pesar con respecto al momento vivido, apareciera la angustia en las entrevistadas y los entrevistados.

Cierta vez, al preguntar a una madre sobre cómo había vivido todo el proceso de su hijo —operado de apendicitis—, recibimos la siguiente respuesta: “Y, tranquila. Por suerte era sólo el apéndice, que es una operación que se sabe que es sencilla. Los médicos me decían que es muy común en esta época, hay mucha apendicitis”. Tras asentir, agregamos que “igual, como con toda operación, uno a veces se puede asustar un poco”.

En ese momento, su voz comenzó a entrecortarse, los ojos se le cristalizaron y prosiguió con estas palabras: “Sí, fue duro para mí, tenía miedo. Cuando se lo llevaron fue terrible. Una se intenta hacer la fuerte para no asustarlo. Yo sé que si yo me pongo mal, él se pone mal; somos muy unidos”.

Uno de los primeros interrogantes que me surgió al comenzar a realizar las entrevistas que formaban parte del Dispositivo, fue acerca de su utilidad. Consideraba y observaba —en un primer momento nos iniciamos como observadores de la entrevista— que muchas veces se limitaban a recabar datos sobre lo que había que completar en la planilla. En general, me parecían extremadamente breves, y que cualquier intento de abrir el discurso por parte del sujeto a otros aspectos de su vida era obturado por no tratarse del momento de la internación. Poco a poco, y sobre todo al pasar de observadora a entrevistadora, fui consignando otras maneras de llevar a cabo las entrevistas y fui observando en qué medida lograban dar lugar a la tramitación de situaciones penosas para la familia.

El hecho de que haya un niño o una niña internados implica, tanto en el adulto a su cuidado y en el niño o la niña mismos, y más allá de la singularidad de cada caso, una ruptura aguda, un quiebre del equilibrio con el que la vida se sostenía. Ese quiebre afecta los lazos con los otros, con el trabajo, con los pensamientos o con el propio cuerpo; se trata de la irrupción de lo real, del fuera de sentido que conduce al abismo, al grito sin articulación significativa (Sotelo, 2009, p. 26).

En una situación así, muchas veces extrema, fui tomando noción de que el espacio para hablar sobre lo acontecido ya era de gran utilidad y preventivo de lo que podía

constituirse en un hecho traumático en la vida de ese sujeto o de esa familia. La invitación a construir un relato, a localizar la aparición de la urgencia y su relación con acontecimientos de la vida, como propone Sotelo (2009), posibilita comenzar a armar una trama, ligando significantes; la urgencia comienza a hacerse propia. Y podría agregar que comienza a hacerse propia en un lugar donde lo propio se encuentra muchas veces obturado, ya que el propio cuerpo es objeto de múltiples intervenciones médicas sin que, a veces, se informe siquiera en qué consisten o para qué deben realizarse. Sobre todo, no debe olvidarse que estamos refiriéndonos a un espacio donde hay muchos decires sobre el cuerpo, sobre lo que acontece en él; y esos diagnósticos y pronósticos dejan al sujeto en una posición totalmente pasiva.

En esta vorágine, indagar por el nombre, por cómo se siente, cómo llegó a la guardia, por qué fue a ese Hospital, cómo se sintió en él, entre otras preguntas, posibilita abrir camino a la elaboración a partir de la narración. Es decir, posibilita hablar desde la propia singularidad, tomar una posición activa y empezar a simbolizar de alguna manera lo que está aconteciendo dentro de este lugar de referencia que es el Hospital.

Las instituciones, como también señala Sotelo (2009), están atravesadas por las urgencias, ya que la exigencia de respuestas rápidas y eficaces se impone desde la estructura de Salud Mental, desde la sociedad y desde los pacientes mismos. La urgencia supone que se ha llegado a un límite y ello requiere resolver algo en el aquí y ahora. Tras ese límite lo que se vislumbra es el desastre, el riesgo de agresión o suicidio, la muerte, la desaparición subjetiva, la exclusión social, etc.

En ese marco, esta “breve” invitación a relatar lo sucedido puede aportar una oportunidad. La oportunidad de poner en palabras; de hablar de sus miedos y ansiedades, de su cansancio o confort, de la situación de su hijo o hija; pero, sobre todo, de cómo lo nota o la nota él o ella, más allá de los diagnósticos y términos médicos que invaden la situación. Surge la posibilidad de darle también un lugar a ese pequeño o a esa pequeña para que cuente cómo se siente, cómo vivió el proceso; que hable de sus amiguitos, de la escuela, de si tiene ganas de volver o no; de qué le gusta hacer, fuera o dentro del hospital, de si hace algún deporte; de si le duele algo, o le dolió, o si tuvo miedo o no. Todas esas preguntas y muchas más que afloran en cada entrevista, nos permiten entender a qué nos referimos cuando conceptualizamos un dispositivo como “una máquina para hacer ver y hacer hablar”(Deleuze). Para Sotelo (2009), una vez más, se trata de un instante de ver, [un] tiempo de comprender lo que las entrevistas desplegaron abriendo una hiancia, y que concluye en una precipitación: la subjetivación de la urgencia.

En la entrevista relatada, esta madre, como tantas otras, repetía “como un cassette” todo lo que diagnosticaron, recetaron y pronosticaron los médicos sobre el estado de su hijo, pero recién ante la pregunta “¿y vos cómo lo notas?”, ¿cómo te sentís?” o “¿cómo te sentiste?” es que en el discurso aparece una hiancia, a veces del lado de la conmoción, muchas veces angustia, esperanza o desesperanza, tranquilidad o desesperación, pero algo del sujeto aparece, ya no es la reverberación del discurso médico, y hay otro saber que ése, que puede decir algo de la situación que está aconteciendo.

La angustia se constituye en aquello que no engaña, siendo su particularidad justamente el hecho de no dejarse atrapar por el significante. Con la expresión “que no

engaña” (p. 87) me refiero a lo que Lacan (2006) establece sobre la angustia, entiende la misma como señal de lo real. Pensar en este marco la angustia, me sirvió para entender esa “voz entrecortada” que surgía luego de una pregunta por el sentir particular de esa madre, una pregunta que implicara al sujeto en lo que estaba diciendo, al margen de toda la información médica que poseía el primer relato sobre lo acontecido.

Alejandra Rojas, en un libro compilado por Sotelo (2009), afirma que el psicoanálisis propone trabajar con la angustia, esto es, “hacer una clínica del síntoma que implique alojarla, enmarcarla, para que la palabra tenga lugar” (p. 54).

Viene a mi memoria otra entrevista, en la que también presencié el surgimiento de la angustia. Me tocó entrevistar al cuidador de Melina, una niña de cuatro años, que aparecía en el informe con el diagnóstico “pre-operatorio de cardiología”. Al llegar a la habitación, la niña se encontraba durmiendo, y a su lado estaba el padre quien nos recibe amablemente.

Primero me presenté como parte del Servicio de Salud Mental, expliqué el motivo de la visita —que se contextualiza en un dispositivo en el que entrevistamos a quienes nos aparecen en internaciones recientes, para ver cómo andan— entonces, para comenzar a incluirlos, les pregunté lo que les suelo preguntar: “¿Ustedes hace cuánto que están?”. El papá de Melina me respondió a ello: “Tres años”. Primero quedé perpleja, pero luego consideré haber escuchado mal, volví a preguntar. La respuesta fue la misma. Al continuar la entrevista fui entendiendo qué significaban para este papá los mencionados “tres años”. Comenzó a contarme que la operación de Melina había sido programada, que recién salía

del quirófano, nos relata con muchísimos términos médicos la intervención, el motivo principal de la misma, cómo fue la operación, cómo es la recuperación, etc.

La operación se trataba de una punción en el corazón que venía a sumarse a tantas otras intervenciones y situaciones de internación que se desplegaban en los últimos tres años. Más específicamente desde que habían recibido como diagnóstico de la niña uno de los más temidos, cáncer. Destaco en este punto toda la significación imaginaria social que acarrea esta palabra, todo lo que se desprende de ella. Al entrar en este momento del relato, se le entrecorta la voz y se angustia.

Otra vez la emergencia de la angustia, pero ahora articulada a lo traumático.

Para entender esta situación, me sirvió el acercamiento a la conceptualización Eric Laurent en “Perspectivas de la Clínica de la urgencia” (Sotelo, 2009). Él ubica este fenómeno en el borde del sistema del lenguaje, dando cuenta de la categoría de real. El trauma, nos dice, da cuenta de una topología que no es simplemente de interior y exterior. Lo conceptualiza como un agujero en el interior de lo simbólico, un punto exterior a una representación simbólica o puede incluir al síntoma en su estructura formal. El punto en lo real, que no se puede reabsorber en lo simbólico, es la angustia entendida en un sentido generalizado, que incluye la angustia traumática.

Para desplegar más el concepto recurrí a la obra freudiana. Lo traumático en Freud remite, ante todo, a una concepción económica:

Llamamos así a una vivencia que en un breve lapso provoca en la vida anímica un exceso tal en la intensidad del estímulo, que su tramitación, finiquitación por las vías normales y habituales fracasa, de donde por fuerza resultan trastornos duraderos para la economía

energética (...) Ocurre que ciertos hombres, por obra de un suceso traumático que conmueve los cimientos que hasta entonces se sustentaba la vida, caen en un estado de suspensión que les hace resignar todo interés por el presente y el futuro, y su alma queda atrapada en el pasado, ocupándose de él como petrificada. (1916-17, pág. 252)

En el re-trabajo de esta situación pudimos leer como la temporalidad del padre había quedado ligada a ese momento, a partir del cual la vida de toda la familia, y principalmente la de Melina, cambió. Mi temporalidad iba en otra línea, trataba del presente, el aquí y ahora: hace cuánto que están en esta sala, en este lugar, cuántos días. La de él estaba marcada por un hito extremadamente doloroso en sus vidas, difícil de asimilar.

Colette Soler (1998) dice que cuando definimos trauma hablamos de evento traumático; cuando hay efracción de un real que cae bajo el individuo, un real imposible de anticipar, y a la vez imposible de evitar. Un real, por eso lo llamamos real además, que parece excluir la incidencia del inconciente o del deseo propio del sujeto que padece el trauma. Ese diagnóstico se había constituido en un evento traumático en la vida de esa familia.

Luego del momento de angustia, el padre prosiguió relatando todas las peripecias vividas en los últimos 3 años, a medida que lo hace, la angustia del primer momento empezó a calmarse, fue “abrochando” significantes a aquel momento. Nos contó de manera cronológica las idas y venidas al Hospital; las recaídas, las operaciones que se complicaron, las que no, describió los períodos de meses de internación; los cambios en sus

vidas; la dificultad en la escolarización de Melina por las reiteradas ausencias; las dificultades en volver a su vida normal.

Para ellos, la cotidianidad comenzó a pasar en el Hospital. Se lee en el relato del padre de Melina que este pasó a ser un lugar de alojamiento y de pertenencia importante, en el que siempre los tratan muy bien y se sienten acompañados. Hay una transferencia positiva no sólo con el Hospital, sino también con los médicos, quienes “siempre se ocupan de Melina de la mejor manera”. En ese momento apareció la cuestión de la muerte, al enunciar: “si vas a un Centro de Salud, hasta que te dan un turno y te atienden te puedes morir, yo por eso vengo directamente acá”. El Hospital Vilela, entonces, se constituyó, para este papá, no sólo en un lugar de referencia, sino también en una manera de calmar algo de esa angustia que le genera la enfermedad de su hija, depositando la plena confianza en el Hospital y cuerpo médico.

Colette Soler (1998) explica que se interpone en cada discurso una cobertura, un envoltorio protector, con su semblante, con su orden entre el sujeto, los sujetos y lo que llamamos lo real. Y que es por eso que Lacan habla del sueño generalizado. Quiere decir que gracias a las construcciones simbólicas del discurso, vivimos en una cuna, en una envoltura protectora que nos abriga, ¿de qué?, del encuentro fatal. Entre estos discursos que funcionan a modo de cobertura encontramos el del saber médico, al que este padre estaba tan aferrado, y también el de la religión, que mencionaba al comienzo, la cual sostenía a esa madre que ya había perdido una hija en terapia intensiva. Luego la autora expone: “creo que no hay ningún real, incluso lo más espantoso, que un discurso – un discurso consistente-, no sea capaz de suavizar, de acomodar” (p. 2).

El primer paso, para ayudar a tramitar estas intrusiones de lo real, para “suavizar” ese trauma, es comenzando a dar lugar a la enunciación del mismo, en la cual los primeros momentos son fundamentales, en ellos el poder abrir lugar a una escucha y a una construcción simbólica de lo acontecido, desde y hasta donde se pueda, es vital para la tramitación de esos padres y ese niño o esa niña, que se encuentran en situaciones extremas.

Para pensar el tiempo y la urgencia en el Hospital

Una situación vivida en la que pude advertir los tiempos que apremian a las prácticas en Salud Pública, fue la de un adolescente, Gonzalo. El joven ingresó por tercera vez al Hospital en un año, todas las veces por un accidente que había tenido estando solo, expuesto a una situación de peligro, sin mucho registro del mismo. Al momento de realizar la entrevista se encontraba dormido. Estaba a su cuidado su madre, quien nos hablaba de no tener tiempo —por tener a su cuidado otros siete hijos, menores a Gonzalo—, y encontrarse sola. Nos contó que su hijo internado estaba mucho sólo; que su separación con el marido —padre de Gonzalo— le había afectado mucho; que al preguntarle cualquier cuestión sobre él, más de tinte “personal”, el chico no hablaba, solo lloraba.

Con respecto a los escuetos datos que nos brinda la madre, y por la edad del adolescente, hipotetizamos que pudo haberse sentido en la posición de sostener la ausencia del padre, y salir a trabajar, ejerciendo de cartonero; y que las sucesivas internaciones dan cuenta de esta imposibilidad.

Gonzalo más de una vez se ponía en riesgo, sin registrar lo que le podía provocar a su cuerpo, esto nos llamaba la atención. Fuimos al re-trabajo con intenciones de que se produzca algún tipo de lectura conjunta y que, posteriormente, se ocupara el equipo de Salud Mental de seguir la situación, al menos de poder hablar y darle un espacio a él —que no puedo brindarse en la escueta entrevista por encontrarse dormido— para poder desplegar esa angustia que mencionaba la madre como “no habla, llora”, y de a poco empezar a poner en palabras, simbolizar, ese malestar.

¿A qué atribuir ese llanto? Pensando en las reiteradas formas de lastimarse y la angustia que lo invadía al intentar hablar, pensamos que podía tratarse de un “acting-out”, como ese actuar fuera, un afuera de la puesta en palabras, que según Freud (1914) abarca tanto el actuar en lugar del decir, de ser puesto en palabras; así como una compulsión a la repetición, como resistencia al decir, una peculiar forma de recordar.

Ante la situación, pensamos que era necesaria una intervención del Servicio de Salud Mental del Hospital, un acercamiento a Gonzalo, para que pueda él hablar de lo que le pasa, que pueda angustiarse, que pueda pasar “del llanto al decir”.

Nuestra tutora, ese día, como tantos otros, sólo se pudo hacer un momentito para el re-trabajo, ya que era demandada a intervenir en otras situaciones. En ese ratito siempre nos cuenta brevemente alguna situación compleja que está atravesando que exige prioritariamente su atención. Entre los relatos recuerdo situaciones tales como la de una madre que empastilló y dio alcohol a su hija; una sospecha de violencia intrafamiliar; un niño que “se brota” en tanto le apagan el ventilador que mira sin parar, en una sala en la cual —por la estación del año y por estar con otros pacientes— este debe permanecer

apagado; un niño QOM que anda solito por la calle a altas horas, trabajando, no escolarizado, que tiene desnutrición y se escapa del Hospital; entre otras situaciones de extrema gravedad con niños vulnerados en sus derechos. Al contarle la situación de Gonzalo hacemos el re-trabajo, la tutora lee también algo particular en el relato de la madre, pero por sobre todo en el hecho de que sea la tercer internación anual por múltiples traumatismos. A pesar de lo anterior, decide que no hace falta una acción posterior y finaliza rápidamente el re-trabajo, ya que debe volver a ocuparse de la demanda urgente.

Al siguiente encuentro, nuestra tutora nos cuenta que se quedó pensando en la situación que le planteamos, que se dio cuenta de que lo adecuado hubiese sido “tomar el caso”. Nos dijo que los médicos hasta por protocolo deberían haber pedido la interconsulta, ya que, como decía, era la tercer internación en lo que iba del año, pero que el paciente ya se había vuelto a su localidad para cuando ella pudo tener el tiempo para pensar todo esto más tranquila.

Reflexiones finales

De todas las experiencias hasta aquí relatadas, expongo unas últimas líneas, con el fin de concluir, pero también de ampliar, la cuestión de la problemática del tiempo y lo urgente en el Hospital, retomando para ello la pregunta inicial, sobre la salud mental en los tiempos que maneja la institución pública.

Varias preguntas a lo largo del proceso en el Hospital siguieron surgiendo: ¿qué sucede en la relación entre el Psicoanálisis y el Hospital? ¿Cuál es la relación posible entre

ambos? ¿Qué discursos se ponen en juego dentro de un Hospital? ¿Cómo puede pensarse y practicarse en la urgencia desde un posicionamiento psicoanalítico?

Liliana Baños en “El psicoanálisis y el Hospital”, nos advierte que el discurso del psicoanálisis tiene una inserción siempre problemática en el Hospital. La autora expone:

En el Hospital la concepción del tiempo imperante está ligada a la urgencia o a la crisis. El tiempo en términos médicos es el tiempo como valor cuantitativo, ligado a la eficiencia y al ahorro, hecho que pone al analista bajo el imperativo de “tener que responder prontamente”. Esta noción de “crisis” parece funcionar de manera estructural, “se vive en crisis”. Crisis no remite a una cuestión periódica o puntual, sino permanente, por lo tanto no es crisis. El apremio, la perentoriedad de la demanda tienta como respuesta a la postergación de las intervenciones. (1997, p. 121)

Esta noción de crisis la hemos visto cada día en el Hospital. Al re-trabajar situaciones con nuestra tutora, nos ha pasado que cualquier lectura de una situación particular en la que se podría armar una intervención conjunta y seguir trabajando con el sujeto en cuestión, queda “marginada” por el hecho de priorizar los casos importantes, situaciones en las cuales se requiere una intervención inmediata de psicología, situaciones de gravedad médica, situaciones en las cuales múltiples derechos resultan vulnerados, situaciones en las que se cree que el niño o niña corre riesgo y se evalúa el pedido de una medida excepcional, etc. Al tener que maximizar la atención de esos casos, muchas otras situaciones en las que leímos cosas como la necesidad de un acercamiento del Servicio de Salud Mental a Gonzalo, para que este pueda tener un lugar y tiempo para desplegar algo de su subjetividad, quedan relegadas.

Este caso, como otros, da cuenta de que el registro del tiempo en el Hospital es otro, que “se vive en crisis”, pero también da cuenta de cómo las situaciones presentes y (la escases de) los recursos disponibles, delimitan e influyen en la práctica psicoanalítica en la institución. Al ser pocos psicólogos los que se encuentran en el equipo de Salud Mental, y al ser muy demandados por la urgencia todo el tiempo, se dificulta sostener una práctica de la índole de nuestro dispositivo, a saber, una en la cual se vaya en búsqueda del encuentro con el otro que no lo pidió, para posibilitar aliviar el sufrimiento. Siempre hay situaciones más complejas a las que deben atender, por el riesgo que representan principalmente para la Salud de los niños y las niñas involucrados.

En el Hospital hay que actuar rápidamente, no se dan procesos largos y sostenidos. Por ejemplo, a veces hay que evaluar la posibilidad de pedir una medida excepcional en el breve tiempo en que ese niño o niña se encuentre.

Parfraseando a Mazzuca (1981), para hacer psicoanálisis en una institución no basta con ingresar como psicoanalistas en la misma, no basta con efectuar visitas bajo el nombre de “Servicio de salud mental”, sino que, se hizo visible por medio de este recorrido, que para ello es necesario analizar e interrogar los discursos que se despliegan en la institución. Para llevar a cabo tal análisis lo primordial es tener en claro a qué intereses vamos a responder, no olvidando que el interés del psicoanálisis es siempre el del sujeto.

Retomo a Ulloa (1995) que explica la importancia de que el cuando está sostenido en su capacidad de no desmentir el psicoanálisis en sí mismo, —aún sin tener la posibilidad de hablar—, lo muestra sensible, y en ese sentido representativo, de lo que acontece en el

campo. Un campo que por su inclusión podría decirse, se ha tornado clínico y, además, propicio para las producciones singulares del propio análisis en cada sujeto.

Es importante poder considerar de antemano que, en toda institución a la que seamos llamados a intervenir —no siempre en las funciones que nos son específicas—, va a desplegarse un juego de poderes. Con desplegarse no quiero referir que este será visible o evidente, sino que es un desplegarse que podemos observar sólo posicionados en una perspectiva atentamente crítica, y dando oportunidad a considerar las distintas problemáticas como posibles analizadores.

Es por lo anterior que me pareció beneficioso escribir sobre las experiencias vividas, y lograr analizar críticamente el paso por el Hospital. Ulloa (1995) dice que poder analizar críticamente es analizar un comportamiento, aún el propio, y lograr resignificarlo. Continúa: “Críticos son los procederes de la clínica psicoanalítica cuando, motorizados por la curiosidad, como vocación por el inconsciente, logran eludir las trampas superyoicas que transforman una autocrítica en mero hablar mal de sí o de otros”. (pág. 36).

Cualquier institución en la que nos intentemos insertar va a presentar discursos que se relacionan y tensionan entre sí. En toda institución hay una lucha de poderes. El hecho de poder estar atentos a leer qué está sucediendo en una institución; qué discursos están en juego; cuáles de esos discursos tienen la palabra con mayor frecuencia, y por ende el poder dentro de la institución; cuales son en cambio relegados y se intentan silenciar; eso ya es poder hacer práctica psicoanalítica en el Hospital.

Y lo que primeramente surgía como cuestión central del interrogante, a saber: la cuestión de la temporalidad en una institución como un Hospital de alta complejidad, es lo

que ahora cobra importancia central para darle valor a la práctica llevada a cabo en el dispositivo. Es la urgencia con la que se vive en el Hospital la que resignifica esa breve entrevista como una intervención en sí misma; un espacio de subjetivación, algo necesario e importante; un rescate de aquella intrusión en el cuerpo; la posibilidad de poder simbolizar en tiempos en que el poder decir puede rescatar de lo traumático de un hecho, que siempre está muy presente.

Entonces, aquella temporalidad que complica, dificulta, obstaculiza, hace error; es también la temporalidad que le da valor y hace necesario el dispositivo. En los tiempos apremiantes de un Hospital, la pregunta por el sujeto siempre lo salva.

Los interrogantes se siguen abriendo, y el trabajo demuestra ser siempre “artesanal”. Contamos con un arsenal teórico como base para pensar las situaciones que acontecen, pero, lo que más destaco de mi formación y considero herramienta fundamental para la futura práctica, es la incorporación de la visión crítica; la posibilidad de hacer lugar a la enunciación que se escapa al enunciado; el buscar siempre espacios de subjetivación; el no callar; el soportar el “problema” para poder leerlo, y escuchar allí qué nos quiere decir esa institución, ese “niño-problema”, “paciente-problema”, “madre-problema” —y la lista se hace infinita—, el síntoma y los demás “problemas” que nos presenten. Lo más importante que me llevo en mi formación es, en otras palabras, el privilegiar siempre la apuesta por el sujeto.

Referencias bibliográficas:

- Aberastury, A., (1962), *Teoría y técnica del psicoanálisis de niños*, Buenos Aires, Argentina, Editorial Paidós.
- Aries, P., (1987), *El niño y la vida familiar en el antiguo régimen*, Madrid, España, Taurus.
- Baños, L., (1997) El psicoanálisis y el hospital. *Psicoanálisis y el hospital* (N° 12)
- Carli, S., (1999), *De la escuela a la infancia. Infancia, socialización y subjetividad*, Buenos Aires, Argentina, Ed. Santillana.
- Colette Soler, (1998) Conferencia “el trauma”, Conferencia pronunciada en el Hospital Álvarez. Texto establecido por Cristina Toro.
- Ferrara, F., (1985), *Teoría Social y Salud*, Buenos Aires, Argentina, Catálogos.
- Freud, S., (1914), *Obras completas*, vol. 12, Buenos Aires-Madrid, Amorrortu editores.
- Freud, S., (1916-1917), *Obras completas*, vol. 16, Buenos Aires-Madrid, Amorrortu editores.
- Galende, E., (2008), *Psicofármacos y Salud Mental. La ilusión de no ser*, Buenos Aires, Argentina, lugar editorial.
- Galende, E., (1997) *De un horizonte incierto*, Buenos Aires, Argentina, Paidós.
- Gorbaz, L., (2011) La institución revisitada, “Ley 26657. Una gran oportunidad”. *Psicoanálisis y hospital*. (N°40)
- Grande, S., (s.f.) *Clínica e institución*, ficha de circulación interna de la Facultad de Psicología UNR, Rosario, Argentina.

- Grande, S., (s.f.) *Interconsulta*, ficha de circulación interna de la Facultad de Psicología UNR, Rosario, Argentina.
- Lacan, J., (2006), *El Seminario*, libro X “La angustia”, Buenos Aires, Argentina, ed. Paidós SAICF.
- Lajonquiere, L., (2011), *Figuras de lo infantil. El psicoanálisis en la vida cotidiana con los niños*, Buenos Aires, Argentina, Nueva Visión.
- Landoni A., (2013) Algunas reflexiones sobre la ética en psicoanálisis. *Borrromeo* (N° 4)
- Laurent, E., (2009) “El revés del trauma” en *Perspectivas de la Clínica de Urgencia*, compiladora Sotelo, Inés, 2009, Ed. Grama, Buenos Aires.
- Ley Nacional de Salud Mental. N° 26.657; Nacional (2010) Argentina.
- Mazzuca, R., (1981) La posición del analista y el discurso de la institución. *Revista argentina de psicología*. Vol. 12 (N° 30)
- Minnicelli, M. (2009) Infancia, significante en falta de significación. *Educação em Revista*, Belo Horizonte. Vol. 25.
- Minnicelli, M., (2008), *Infancia, legalidad y juego en la trama del lenguaje*, Buenos Aires, Argentina, Noveduc.
- Patronato de Menores. N° 10903; Nacional (1919) Argentina.
- Protección Integral de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes. N° 26061; Nacional (2005) Argentina.
- Rojas, A., (2009) La angustia en las primeras entrevistas en “Perspectivas de la Clínica de Urgencia”, compiladora Sotelo, Inés, 2009, Ed. Grama, Buenos Aires.

Sotelo, I., (2009) ¿Qué hace un psicoanalista en la urgencia? en “Perspectivas de la Clínica de Urgencia”, compiladora Sotelo, Inés, Ed. Grama, Buenos Aires.

Stolkiner, A., (1988), Distintos paradigmas de salud, sus instituciones y el psicólogo en ellas. *Salud y Sociedad*, Córdoba, Argentina, Ed. Mosis.

Ulloa, F., (1995) *Novela Clínica Psicoanalítica*, Buenos Aires, Argentina, Paidós.

Winnicott, D (1971) *Realidad y juego*, Barcelona, España, Gedisa.