

XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVIII Jornadas de Investigación. XVII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. III Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. III Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2021.

Ética del cuidado y erótica: del campo normativo a la dimensión clínica en las experiencias de intervención en pandemia COVID19.

Fernandez, Agustín.

Cita:

Fernandez, Agustín (2021). *Ética del cuidado y erótica: del campo normativo a la dimensión clínica en las experiencias de intervención en pandemia COVID19. XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVIII Jornadas de Investigación. XVII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. III Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. III Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-012/253>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/even/aGq>

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>.

ÉTICA DEL CUIDADO Y ERÓTICA: DEL CAMPO NORMATIVO A LA DIMENSIÓN CLÍNICA EN LAS EXPERIENCIAS DE INTERVENCIÓN EN PANDEMIA COVID19

Fernandez, Agustín

Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

El 2020 nos encontró con una pandemia a nivel mundial cuyo principal vector de contagio era comportamental. Más precisamente: las diversas formas en que nos relacionamos, ya que toda forma de aproximación de los cuerpos a la que estábamos habituados, resultaba una potencial vía de contagio. Cómo amamos, cómo nos encontramos, festejamos o ejercemos el derecho a la protesta. Se fueron poniendo en tensión cuestiones económicas, políticas, éticas y morales -tal vez un modo abreviado de presentar esta tensión es el dilema: libertades individuales vs salud colectiva-. En este sentido, proponemos un recorte de lo que fue la experiencia de intervención de un equipo de salud mental en el primer nivel de atención. Revisaremos las lecturas diagnósticas de la situación y viñetas referidas a lo que fue la intervención en sí, donde se pusieron en tensión lógicas heterogéneas, al tratarse de prácticas en un campo interdiscursivo, interdisciplinario e intersectorial. A su vez, ampliaremos esa lectura, en este segundo momento de elaboración conceptual, a partir de nuestro marco conceptual y bibliografía pertinente.

Palabras clave

Salud mental - Psicoanálisis - Ética - Deseo

ABSTRACT

ETHICS OF CARE AND EROTICA: FROM THE NORMATIVE FIELD TO THE CLINICAL DIMENSION IN INTERVENTION EXPERIENCES IN THE COVID19 PANDEMIC

2020 found us with a global pandemic whose main vector of contagion was behavioral. More precisely: the various ways in which we relate, since every form of approximation of bodies to which we were accustomed, was a potential way of contagion. How we love, how we meet, celebrate or exercise the right to protest. Economic, political, ethical and moral questions were being put in tension - perhaps an abbreviated way of presenting this tension is the dilemma: individual freedoms vs collective health-. In this sense, we propose a reduction of what was the intervention experience of a mental health team in the first level of care. We will review the diagnostic readings of the situation and vignettes referring to what the intervention itself was, where heterogeneous logics were put in tension, as they were practices in an interdiscursive, interdisciplinary and intersectoral field. In turn, we will expand

that reading, in this second moment of conceptual elaboration, based on our conceptual framework and pertinent bibliography.

Keywords

Mental health - Psychoanalysis - Ethics - Desire

Introducción[i]

El 2020 nos encontró con una pandemia a nivel mundial cuyo principal vector de contagio era comportamental. Más precisamente: las diversas formas en que nos relacionamos, ya que toda forma de aproximación de los cuerpos a la que estábamos habituados, resultaba una potencial vía de contagio. Cómo amamos, cómo nos encontramos, festejamos o ejercemos el derecho a la protesta.

Se fueron poniendo en tensión cuestiones económicas, políticas, éticas y morales -tal vez un modo abreviado de presentar esta tensión es el dilema: libertades individuales vs salud colectiva-. En este sentido, proponemos un recorte de lo que fue la experiencia de intervención de un equipo de salud mental en el primer nivel de atención. Revisaremos las lecturas diagnósticas de la situación y viñetas referidas a lo que fue la intervención en sí, donde se pusieron en tensión lógicas heterogéneas, al tratarse de prácticas en un campo interdiscursivo, interdisciplinario e intersectorial. A su vez, ampliaremos esa lectura, en este segundo momento de elaboración conceptual, a partir de nuestro marco conceptual y bibliografía pertinente.

Por último, respecto de la implicación en la tarea, entendemos que se trata de una forma de elaboración mediante la escritura.

La mirada y los cuidados

En el equipo de salud mental, al momento de hacer un diagnóstico de la situación, nos fuimos encontrando con algunas de las siguientes situaciones, que fuimos registrando para la crónica semanal de trabajo.

La evitación del contacto físico, el uso de “vestiduras” nuevas y forzadas: el barbijo, que oculta gestos. La vergüenza de los adolescentes, que lo escondían en el bolsillo -nos contaban las escuelas-.

El semejante como amenaza: la estigmatización y segregación de los “sospechosos”. Al mismo tiempo: el no uso en cercanía es leído como signo de “confianza”.

De fondo, la posibilidad de la muerte, propia o de afectos. Pérdidas de proyectos, del trabajo. Se nos plantea la tarea, entonces, de alojar modos singulares de responder a esas pérdidas -actuales o potenciales-.

Estas viñetas recogen algunas pinceladas de lo que implica eso que llamamos “cambio en el modo de relacionarnos” y nos plantearon desde el comienzo una serie de problemas ¿Cómo intervenir ahí? Más aún, ¿cómo intervenir de una manera que no intente renegar de lo problemático y disarmónico que se juega en los modos de relacionarnos? Este punto fue un eje de debate importante en nuestras reuniones de equipo, ya que partía de las dificultades de aprehender y transmitir los nuevos hábitos de circular entre otros, manteniendo los cuidados. Un operador de lectura que nos orientó fue el siguiente: lógica de control vs. ética del cuidado[iii].

La lógica del control, por un lado, la ubicamos cercana a un higienismo comportamental, normativizante y controlador. Una modalidad educativa en su versión más tiránica. La mirada que controla, que se enuncia en modo indicativo e imperativo -hay que usar barbijo, hay que distanciarse, hay que...- se podía fácilmente tornar persecutoria y, en detrimento de la conciencia de cuidado que pretende lograr, generar en cambio resistencias. Por otro lado, planteamos una ética del cuidado: orientada en relación al cuidado del otro y al propio, pero haciendo énfasis en lo que tiene de problemático y disarmónico la relación con el otro y consigo mismo.

El concepto de ética del cuidado surge de los trabajos de Carol Gilligan y hay varios autores[iii] que continúan sus desarrollos también en el campo de la salud mental. Sin embargo, al momento de la experiencia en cuestión, contábamos con una referencia general del concepto, referida principalmente a la noción de corresponsabilidad. Tomamos como referencia clínica, lo que hace a la ética del psicoanálisis en relación al deseo inconsciente, sus diferencias con respecto a una moral y la imposibilidad de convivencia en armonía plena propia del deseo.

Ética y erótica

1. Eros y agresividad

Para desarrollar brevemente la noción de ética del cuidado, tal como fue pensada al momento de la intervención en relación a las dificultades que plantea la pulsión y su tendencia al conflicto, tomaremos como referencia al texto freudiano: “El malestar en la cultura” (1930).

En este texto, posterior al llamado giro de 1920 y dentro de los de corte sociológico, ya se encuentra bien establecido y desarrollado el hecho de que, junto a las pulsiones de Eros, hay “una pulsión de muerte; y la acción eficaz conjugada y contrapuesta de ambas permitía explicar los fenómenos de la vida” (Freud, 1930, 115). Ahora bien, esta propuesta explica los fenómenos de agresión en tanto puede estar dirigida al mundo exterior: “una parte de la pulsión se dirigía al mundo exterior y entonces salía a la luz como pulsión a agredir y destruir” (Ídem) y, en ese

caso, al servicio de Eros, o bien, dirigida hacia el Yo -por ende, contra Eros- en una autodestrucción -por otra parte, siempre presente en alguna medida-.

Por otra parte, esta agresividad puede estar ligada de erotismo, pudiendo ser advertida en la vida anímica -el ejemplo central son el masoquismo y el sadismo- o bien, no estar ligadas.

Concluye, Freud, que: “la inclinación agresiva es una disposición pulsional autónoma, originaria, del ser humano” (Ídem, 117). A continuación: “la cultura encuentra en ella su obstáculo más poderoso” (Ídem).

A continuación, proponemos una ampliación conceptual que nos oriente respecto de las complejidades que la atraviesan. Para esto, deberemos revisar algunas nociones al interior del campo de la salud mental, donde se entrecruzan discursos y lógicas heterogéneas -fuente de cuestiones dilemáticas y problemas éticos[iv]-.

2. Autonomía y dignidad: sujeto del derecho y sujeto de la clínica

Lo que en el discurso social -principalmente mediático- se puso de manifiesto como un supuesto debate entre libertad individual vs. Salud colectiva, nos lleva a reflexionar en cierta cuestión ética, que hace al campo de los derechos: la autonomía. ¿Pueden, las indicaciones de cuidado, soslayar la autonomía de los sujetos? ¿Se resume, la autonomía, en el máximo grado de libertad posible? ¿Cuál sería ese máximo grado posible? Un análisis pormenorizado del tema excede ampliamente los objetivos del presente artículo, pero requiere hacer un mínimo comentario respecto de algunos puntos que permitan situarlo. Como herramienta conceptual, hacemos la diferenciación entre el campo normativo y la dimensión clínica[v].

Tomaremos, para comenzar, lo que hace al campo normativo y la autonomía del sujeto. Proponemos que, al menos para el campo de la salud mental, no podemos hablar de una autonomía del sujeto desentendida de su dignidad. La autonomía no asegura que haya dignidad[vi]. La UNESCO habla de un uso universal del concepto que se planteó, inicialmente, de cara a las atrocidades de la Segunda Guerra y se trata, por lo tanto, de una definición implícita -en las que unos se referían a las de los nazis, otros a las de los japoneses, etc.- [3]. Se trata de una definición que “emerge estrechamente ligada a unos hechos históricos y sociales que la inundan de lógica, racionalidad, coherencia y prudencia” (UNESCO, 2008). En su evolución conceptual, la dignidad permite a la autonomía alcanzar su forma plena. Como ejemplo, podemos mencionar el campo de los derechos de niños, niñas y adolescentes: sin las condiciones dignas que le permitan alcanzar su pleno desarrollo, la autonomía progresiva (Ley 26061) se torna un concepto vacío[vii].

En cuanto a la dimensión clínica, desde el psicoanálisis podemos precisar que, en tanto el sujeto está dividido, la autonomía aparece limitada por definición. Este, se encuentra determinado por los significantes del Otro y su deseo se constituye a partir de esas determinaciones.

Por su parte, la dignidad aparece ligada al lazo con el partenaire (otro/Otro) y, por ende, al deseo: “Sublimar, es elevar el objeto a la dignidad de la Cosa” (Lacan, 1959, 138). Sucintamente, a los fines de este artículo, diremos que puede hacerse del otro un objeto cerrado, definido y “rotulado” -digamos: el objeto en tanto imaginario-. Pero, también -sublimación-, hacer de él esa otra clase de objeto -la dignidad de La Cosa-: indefinido, abierto, imposible de rotular. Es ahí donde podemos encontrar la dignidad: ligada a un deseo que se abre al encuentro de lo diferente e inaprehensible. La Cosa se encuentra velada y, como tal, “nos obliga -como todo el psiquismo se ve obligado a ello- a cercarla, incluso a contornearla, para concebirla” (Ídem, 146). La dignidad, en este sentido, no tiene condiciones que puedan ser enunciadas en modo universal, sino que está en el campo de la creación, singular y vez por vez (Ídem, 148).

Entre estas dos concepciones heterogéneas (la del derecho y la del deseo singular) nos moveremos, sin pretensiones de síntesis forzadas o jerarquizaciones que subsuman una concepción respecto de la otra -ya que se trata de problemáticas complejas en un campo multideterminado-. Sin embargo, una distinción conceptual del marco teórico desarrollado en el proyecto de investigación puede orientarnos. Se trata de la diferenciación entre sujeto del derecho y el sujeto de la clínica[viii]. El primero enmarcado en la lógica del campo normativo, lógica de lo general -y sus particulares-, y, el segundo, en la lógica de lo singular -del deseo-.

Podemos ubicar, entonces, que no solamente para el sujeto del derecho es necesario situar la dignidad -en su relación con la autonomía-, sino también para el sujeto de la clínica -en el campo del deseo-. Y que puede suceder que no siempre coincidan. Veremos, a continuación, algunas viñetas referidas a experiencias de intervención, donde una lectura clínica fue necesaria para suplementar los particulares del campo normativo y que el sujeto del deseo no fuera desalojado de la escena.

Experiencias de intervención: campo normativo y lectura clínica

Partiendo de esta lectura que propone una distinción entre la lógica de control y una ética/erótica del cuidado y que pone en el centro de la cuestión al lazo, se tomaron los distintos pedidos al área de salud mental de acompañar a los equipos que intervenían en primera línea y se ofreció, a modo de respuesta, la conformación de un equipo “psi” para encarar la tarea. Particularmente con los equipos que realizaban los operativos DetectAr[ix], con los que se acompañó en terreno para dar soporte instrumental e intervenciones de corte grupal. Las experiencias de acompañamiento a los equipos fueron, entonces, en algunos casos grupales y, en otros, individuales ante urgencias subjetivas que pudieran surgir. A su vez, se dispuso la atención de urgencias individuales en los CAPS. Tomaremos algunos ejemplos.

Viñeta 1: Equipo de acompañamiento al DetectAr

En los operativos DetectAr, una de las cuestiones era el familia-

rizarse con utilizar los equipos de protección personal. No solamente por la técnica específica para colocárselo y sacárselo, sino también por lo que, nos fueron relatando, producía como efecto en la imagen propia. Cabe considerar que quienes desempeñaban la tarea no eran desconocidos para la comunidad, sino referentes y vecinos que trabajan en la sala del barrio o en otros espacios y programas. Así, de pronto, aparecían, y se sentían, anónimos, generando distintas situaciones de malestar. A partir de estas conversaciones, se propuso la idea de armar carteles identificadores, pero que no fueran de tipo “formal”, sino que pudieran respetar, por ejemplo, los apodos con los que eran conocidos -y por los que cada quien quisiera ser reconocido-.

Viñeta 2: Espacios de reflexión respecto al cuidado propio y del otro/a para equipos de salud en primera línea.

Se propuso abordar la cuestión con el humor como disparador y las situaciones extrañas que se generaban por los nuevos modos y equipos que se imponían. En una de estas conversaciones, surgió el problema de los espacios comunes -de almuerzo, por ejemplo-, que eran los que más riesgos implicaban, a veces inadvertidamente, ya que podían relajarse los cuidados. Así, alguien comenta que “no podemos prohibirlos, se trata de resguardar un pedacito de lo que éramos antes”. De esta manera, se abría una cuestión que remitía a la pérdida, y sus implicancias subjetivas, que demandaba ser alojada.

Viñeta 3: Urgencias individuales con lo traumático

María se presenta en el CAPS de su barrio, agitada. Plantea que transitó el COVID y presentó un cuadro grave de la enfermedad, llegando a internación en UTI con respirador mecánico. Presenta sintomatología asociada a la situación estresante. En la estrategia de intervención en emergencia, correspondía abordar dando pautas de cuidado y normalizar la respuesta, ya que no se trata de una patología en sí que requiera tratamiento, sino una respuesta esperable ante la experiencia atravesada. Sin embargo, el psicólogo atiende a que “una de las cosas que me provoca más ansiedad es que, para mi familia, es como si nada de esto hubiera pasado: no se cuidan nada, parece que lo hicieran a propósito. Como si se hubieran olvidado lo que pasó”. También: “no sé cómo explicarles lo que viví, no puedo compartirlo con ellos”. Así, propone la hipótesis de lectura de que algo se está haciendo oír de manera sintomática, por la dificultad misma de su inscripción. A partir de esta lectura realizada, se disponen una serie de entrevistas para poder abordar la cuestión.

En las viñetas precedentes, podemos observar que, a partir de los distintos dispositivos con sus normas y pautas estratégicas institucionalmente determinadas, ya sea grupales (viñetas 1 y 2) o individuales (viñeta 3), se producen situaciones que requieren ser leídas desde una dimensión clínica.

En la viñeta 1, podemos ubicar desde lo normativo la constitución de un equipo de trabajo, que responde a necesidades institucionales y tiene asignadas una serie de tareas para resolver. Así, el asignar tareas y objetivos resulta insuficiente para su ejecución, si no se da lugar a los aspectos subjetivos que se

jugaban en las mismas, para trabajadores y para usuarios donde podían aparecer “amenazantes” para el otro y para sí mismos. En la viñeta 2, vemos que las normativas de cuidado -con sus protocolos-, se encontraban con los límites que impone la subjetividad de cada quien. Se vuelve necesario dar lugar a los malestares que circulan, que implican la complejidad de las pérdidas a nivel libidinal.

Por último, viñeta 3, vemos un dispositivo de atención de la urgencia más bien diseñado como triage y orientación, en el que una lectura general -exclusivamente desde el campo normativo-, hubiera dejado por fuera cuestiones subjetivas que reclamaban atención. Paradójicamente, esa manera sintomática de la familia, de responder al malestar -que no podía considerarse una urgencia en salud mental en sí-, los ponía en riesgo de enfermar. Así, si bien desde lo normativo podía ser puesto en lista de espera -ante otras situaciones ya desencadenadas que se estaban atendiendo en el centro de salud-, la lectura clínica más detenida sostenía la necesidad de darle lugar.

Conclusiones

En el presente trabajo, propusimos realizar un recorte de lo que fue la experiencia de intervención de un equipo de salud mental en el primer nivel de atención. A su vez, revisamos las lecturas diagnósticas de la situación y viñetas referidas a lo que fue la intervención en sí, donde se pusieron en tensión lógicas heterogéneas, al tratarse de prácticas en un campo interdiscursivo, interdisciplinario e intersectorial. A continuación, ampliamos esa lectura a partir de nuestro marco conceptual y bibliografía pertinente, entendiendo que ahora nos situamos en un segundo momento de elaboración conceptual.

A partir del diagnóstico situacional elaborado por el equipo, nos encontramos con una distinción operativa entre lógicas de control y ética del cuidado. Este par conceptual, le sirvió al equipo para idear las intervenciones, destacando que no se buscaba un higienismo comportamental, normativizante, sino una ética pensada en relación al cuidado propio y del otro, sin dejar de lado lo conflictivo que puede tener esa relación -con el otro y con uno mismo-. Desarrollamos brevemente esta cuestión a partir del “Malestar en la cultura” y la noción de ambivalencia pulsional -Eros y pulsión de Muerte/agresividad-, para luego dedicarnos a comentar las nociones de autonomía y dignidad, en tanto puntos de entrecruzamiento de las prácticas de salud mental, entre el campo normativo institucional -y de los derechos- y la dimensión clínica. Nos llevó a realizar la siguiente lectura: para una ética del cuidado en el campo de los derechos, requería considerar una erótica para el campo del sujeto de la clínica.

Por último, analizamos tres viñetas referidas a intervenciones del equipo de salud mental a partir de los desarrollos previos. En todas pudimos ubicar la lectura clínica necesaria para alojar la dimensión del sujeto del deseo que suplemente lo normativo de las estrategias de intervención.

NOTAS

[i] Este trabajo forma parte del Proyecto 2018-2020: Ética y normas: la relación del psicólogo con el campo deontológico, jurídico e institucional en las prácticas con niños, niñas y adolescentes. Estudio exploratorio descriptivo a partir de una investigación cuali-cuantitativa. Directora: Gabriela Salomone.

[ii] Lógica de control y ética del cuidado nos sirvieron para nombrar y poner a trabajar cuestiones que veníamos debatiendo en el equipo y en el espacio de supervisión grupal. Si bien con otro desarrollo e intención, sin dudas nos influenció el artículo “Lógica policial y ética del cuidado” que fue publicado en la revista Anfibia. En: <http://revistaanfibia.com/ensayo/logica-policial-etica-del-cuidado/>

[iii] Para la noción de ética del cuidado aplicada al área de salud, ver: Martínez Flores, J. et al: (2021) “Ética del cuidado y atención pública en salud mental: un estudio de caso en Barcelona”. En Revista Salud Colectiva Vol. 17. En: <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/2966/1715>

[iv] Ver: Salomone, G. Z. (2010) “Discursos institucionales. Lecturas clínicas” y “Encuentros con lo jurídico. Las problemáticas éticas del diálogo disciplinar en el campo de la salud mental”. En *Discursos institucionales. Lecturas clínicas*. Buenos Aires: Ed. Dynamo.

[v] Ver: Salomone, G. Z. (2006) Consideraciones sobre la ética profesional: dimensión clínica y campo deontológico-jurídico. Salomone, G. Z.; Domínguez, M. E. (2006) La transmisión de la ética: clínica y deontología. Volumen I: Fundamentos. Buenos Aires: Letra Viva.

[vi] Autores como Ruth Macklin plantean que el concepto de dignidad es redundante si tenemos el de autonomía. La UNESCO argumenta en disidencia.

[vii] Ver al respecto: Fernández, A. (2017) “Inscripción legal del niño como sujeto de derechos ¿Posibilidad de una escucha?”. En Trímboli, A. et al, (2017), *Nuevas Familias. Nuevas Infancias. La clínica hoy*. Buenos Aires: Ed. AASM.

Salomone, G. Z. (2017) “Los discursos sobre la niñez y la adolescencia: la singularidad entre los derechos y los hechos”. En *Discursos institucionales. Lecturas clínicas. Vol II*. Buenos Aires: Letra Viva. 17-22.

Salomone, G. Z. (2017) “Derechos de la infancia y la adolescencia: herramientas jurídicas para la subjetividad”. En *Discursos institucionales. Lecturas clínicas. Vol II*. Buenos Aires: Letra Viva. 23-34

[viii] Ver: Salomone, G. Z. (2006) “El sujeto autónomo y la responsabilidad” y “El sujeto dividido y la responsabilidad”. En Salomone, G. Z.; Domínguez, M. E. (2006) La transmisión de la ética: clínica y deontología. Volumen I: Fundamentos. Buenos Aires: Letra Viva.

[ix] Operativos de detección y captación de posibles casos casa por casa, compuesto por tríadas: al menos un profesional de la salud (médico, enfermero, etc.) y dos promotores o voluntarios.

BIBLIOGRAFÍA

- Fernández, A. (2016) El campo de la Salud Mental: en los límites de la clínica psicoanalítica. En Trimboli, A. (comp.) *Los límites de la clínica*. Buenos Aires, Serie Conexiones. AASM.
- Gillian, C. (2013) La ética del cuidado. Ed.: Fundación Víctor Grífols I Lucas. Barcelona. Recuperado en: <http://www.secpal.com/%5C Documentos%5CBlog%5CCuaderno30.pdf>
- Gutiérrez, C. E. F. (2011) Aplicación e interpretación en la escena jurídica y en la clínica psicoanalítica. En *Discursos institucionales, Lecturas clínicas: Dilemas éticos de la psicología en el ámbito jurídico y otros contextos institucionales*. Editorial Dynamo, Buenos Aires. pp. 28-42.
- Lacan, J. (1966) Psicoanálisis y medicina. En Lacan, J. (1991) *Intervenciones y textos: vol. 1*. Manantial, Buenos Aires. pp. 86-99. Lacan, J., (1959-1960), *El Seminario, libro 7: La Ética del Psicoanálisis*. Buenos Aires - Barcelona - México: Paidós.
- Martínez Flores, J. et al (2021) Ética del cuidado y atención pública en salud mental: un estudio de caso en Barcelona. En *Revista Salud Colectiva Vol.* En: <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/articulo/view/2966/1715>
- Proyecto *Nuevas concepciones en Salud mental: dilemas éticos frente a las recientes modificaciones del marco jurídico e institucional y de los dispositivos de atención. Estudio exploratorio descriptivo a partir de una investigación cuali-cuantitativa*. (UBACyT 2014-2017. Dir: Prof. Salomone).
- Salomone, G. Z. (a2017) "Los discursos sobre la niñez y la adolescencia: la singularidad entre los derechos y los hechos". En *Discursos institucionales. Lecturas clínicas. Vol II*. Buenos Aires: Letra Viva. 17-22.
- Salomone, G. Z. (b2017) "Derechos de la infancia y la adolescencia: herramientas jurídicas para la subjetividad". En *Discursos institucionales. Lecturas clínicas. Vol II*. Buenos Aires: Letra Viva. 23-34
- Salomone, G. Z. (2006) Consideraciones sobre la ética profesional: dimensión clínica y campo deontológico-jurídico. Salomone, G. Z.; Domínguez, M. E (2006) *La transmisión de la ética: clínica y deontología. Volumen I: Fundamentos*. Letra Viva, Buenos Aires.
- Salomone, G. Z. (2011) Discursos institucionales, lecturas clínicas. En Salomone, G. Z. (comp.): *Discursos institucionales, Lecturas clínicas: Dilemas éticos de la psicología en el ámbito jurídico y otros contextos institucionales*. Editorial Dynamo, Buenos Aires. pp. 12-18.