

XVI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXXI Jornadas de Investigación. XX Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. VI Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. VI Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2024.

La práctica clínica en un hospital monovalente: estrategias, limitaciones y desafíos.

Garber, Lucero y Fernandez Carloni, Daniela Elizabeth.

Cita:

Garber, Lucero y Fernandez Carloni, Daniela Elizabeth (2024). *La práctica clínica en un hospital monovalente: estrategias, limitaciones y desafíos*. XVI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXXI Jornadas de Investigación. XX Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. VI Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. VI Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-048/529>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/evo3/HTN>

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>.

LA PRÁCTICA CLÍNICA EN UN HOSPITAL MONOVALENTE: ESTRATEGIAS, LIMITACIONES Y DESAFÍOS

Garber, Lucero; Fernandez Carloni, Daniela Elizabeth
GCBA. Hospital General de Agudos “Dr. T. Álvarez”. Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

El presente escrito se enmarca dentro de la experiencia de trabajo en una Sala de Internación en Guardia al interior de un Hospital de Emergencias Psiquiátricas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Nos proponemos abordar las complejidades, obstáculos y vicisitudes con las que nos encontramos a lo largo de los tratamientos clínicos en el hospital. Para ello, haremos foco en las particularidades de un caso clínico, en el contexto familiar del mismo y a su vez, en los efectos que producen en los profesionales el abordaje de estos casos complejos, en los cuales se dificulta delinear estrategias de internación. De esta forma se ubican respuestas conocidas que resultan insuficientes, marcando los límites que surgen en el ejercicio de la profesión. Para esto nos serviremos de un marco teórico que toma en cuenta la salud pública, la interdisciplina y el psicoanálisis, tomando tanto puntuaciones de Freud como de Lacan.

Palabras clave

Salud mental - Internación - Psicoanálisis - Interdisciplina

ABSTRACT

CLINICAL PRACTICE IN A MENTAL HEALTH HOSPITAL: STRATEGIES, RESTRICTIONS AND CHALLENGES

This paper is framed within the work experience in an Emergency Psychiatric Hospital in the Autonomous City of Buenos Aires. We aim to address the complexities, obstacles, and vicissitudes encountered throughout the clinical treatments at the hospital. Therefore, we will focus on the particularities of a clinical case, taking into account the familial context and the effects that these complex cases have on professionals dealing with them, in which outlining hospitalization strategies is challenging. In this way, known responses are found to be insufficient, highlighting the limits that arise in the practice of the profession. For this, we will employ a theoretical framework that considers public health system, interdisciplinarity, and psychoanalysis, drawing from the works of Freud and Lacan.

Keywords

Mental health - Hospitalization - Interdisciplinarity - Psychoanalysis

El presente escrito surge a partir de las vicisitudes y los interrogantes derivados de nuestra experiencia de trabajo en una Sala de Internación en Guardia al interior de un Hospital de Emergencias Psiquiátricas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Puntualmente, desarrollaremos un caso que nos convocó por sus complejidades, pero que resulta aplicable a muchas otras situaciones de la práctica diaria en donde las barreras y limitaciones aquí nombradas, también se ponen en juego a la hora de pensar estrategias terapéuticas.

Caso clínico e interrogantes

Hacia fines de 2023, la paciente que llamaremos G, es evaluada por su equipo tratante de Consultorios Externos y producto de esta evaluación, se decide su derivación a la guardia tras objetivarse riesgo cierto e inminente para sí y productividad psicótica. Será esta la tercera internación de G, paciente de 20 años conocida en la mayoría de los servicios del hospital. G vive con su madre, quien se separó del padre de G cuando ésta tenía un año y medio. Respecto a su escolaridad, no terminó sus estudios secundarios. No presenta antecedentes laborales. En relación a su familia, su padre vive en el noreste argentino, con 3 hijos de otro matrimonio con quienes tiene escasa comunicación. Tiene un tío en la provincia de Buenos Aires con quien mantiene contacto de manera ocasional.

La paciente comienza sus consultas por salud mental en el año 2018, a sus 15 años, acompañada de su madre por presentar cambios en su temperamento y alucinaciones auditivas. Comienza tratamiento psicológico y psiquiátrico y en virtud de las características del cuadro y su evolución, recibe el diagnóstico de Esquizofrenia hebefrénica.

Pese al tratamiento, G continuaba presentando sintomatología psicótica asociada a “desinhibición sexual y conducta desorganizada durante los últimos días (previos a la última internación) exponiéndose a múltiples situaciones de riesgo”. Desde hacía algunos meses, había comenzado a desplegar en las consultas temas en relación a su sexualidad y a partir de los cuales se pudo identificar que había situaciones de riesgo, determinado por la posibilidad de embarazo y contagio de infecciones de transmisión sexual. Desde el equipo tratante se venían realizando intervenciones con la paciente en pos de remarcar la importancia del consentimiento y cuidados necesarios, entre ellos, la incorporación de un método anticonceptivo. Su equipo de consultorios externos, se comunica con la madre de G para reforzar

esta indicación, pero al igual que con otras, la madre parece no comprender la importancia de las mismas y los riesgos a los que su hija se expone. En este contexto, G ingresa a la internación. Del motivo de ingreso, es posible extraer los ejes que guiaron el trabajo del equipo en esta última internación. Identificando al menos 3: (1) la sintomatología presente destacando la desinhibición, la desorganización conductual y las alucinaciones auditivas y (2) una red de contención socioafectiva escasa y laxa que a su vez condicionaban (3) el riesgo que termina por definir la alternativa de la internación como la más adecuada para el momento clínico de la paciente.

Al inicio del seguimiento en la internación, lo que más resaltaba de su presentación eran las alteraciones sensorio-perceptivas. G refería espontáneamente que las voces le decían “*frases que la hacían reír*”. Sumado a esto, la desorganización conductual era notoria. G presentaba un discurso perseverante con preguntas en relación a distintos aspectos de su accionar, su manera de vestir y sobre la posibilidad de un alta clínica, dificultando el despliegue de otros ejes de conversación en las entrevistas. Con el correr del tratamiento, fue posible entender el notorio detrimento de la autonomía que presentaba la paciente y en este sentido, comenzamos a indagar en las estrategias planteadas previamente para lograr una mayor independencia.

Fue así que revisando su historia clínica, nos encontramos con numerosas intervenciones para que G concurra a la escuela y finalice sus estudios, deseo que manifestó en distintas ocasiones. Frente a esto, comenzaron a surgir problemas con su madre, única referente afectiva. Su incorporación al dispositivo de hospital de día tampoco fue posible. Pese a haber realizado la admisión, el equipo nos comentó las serias dificultades presentadas en relación a su asistencia y por tanto, la adherencia al tratamiento. Otro recurso pensado y puesto a disposición, fue solicitar un acompañamiento terapéutico G nos relataba que con su AT realizaban salidas, iban al shopping y fue, volviendo a su historia clínica, que pudimos entender el motivo por el cual este recurso tampoco había sido eficaz: la madre de G dejó de permitirle el ingreso a su casa y las salidas con su AT.

De esta forma, otro de los motivos que llevaron a la internación comenzaba a quedar expuesto: *su escasa red de contención y las dificultades en realizar intervenciones en pos de fortalecerla frente a una referente que impresionaba funcionar como obstáculo ante cada una de las intervenciones propuestas*. Quedaba en evidencia que cualquier resquicio de autonomía en G había sido persistentemente obturado por la madre, quien adjudicaba a los equipos de salud, que habían acompañado a su hija, la principal responsabilidad de su cuadro psíquico. En efecto, no sonaba alocado pensar a su exigua red como una posible consecuencia del aislamiento endogámico que atravesaba a G y su madre.

Retomando el riesgo que presentaba la paciente, por el cual la internación se consideró necesaria, podríamos decir que el contexto de la paciente resultaba incompatible con algún desplie-

go subjetivo. En una entrevista con el equipo, la paciente relata que en los días previos había mantenido relaciones sexuales con un paciente del hospital, describiéndolas de una forma en la cual el equipo se pregunta qué posibilidades tiene la paciente de comprender y brindar su consentimiento. No se desprende de su discurso ningún tipo de deseo detrás de estas conductas. ¿Podría pensarse cierta obediencia automática detrás de su desinhibición sexual? ¿Y en esta línea, de qué forma trabajar con la paciente la noción de riesgo y cuidados? Si pensamos estas conductas, que aunque de riesgo, podrían ser intentos de una salida exogámica, ¿cómo pensar el lazo social? ¿Se podría leer su desinhibición sexual y falta de autocuidado, como la contracara de la presencia omnipresente y controladora de su madre? Teniendo en cuenta lo mencionado en este caso clínico, podemos tomar las palabras de Stolkiner (2001), quien desarrolla en relación a las prácticas en salud mental que hay una fase ineludible del proceso de resignificación y religamiento que pasa por el diálogo, la concreción de estrategias colectivas y la construcción de discursos alternativos, y enuncia que esta fase sólo es posible en el lazo social. Agrega que trabajar como operadores de esos procesos, hacerlo interdisciplinariamente e inclusive incorporando saberes no disciplinares se impone como una de las estrategias actuales en el campo de la salud mental. En este sentido, interesa pensar el lazo social como terreno fundamental de la Salud Mental, considerando que los vínculos con los otros nos determinan, arriesgando también la hipótesis de que no hay Salud Mental posible cuando el lazo social se encuentra roto. Esto es notable al recibir a muchos de quienes llegan al hospital psiquiátrico: sujetos caídos de toda trama social, política, económica, familiar, cuerpos situados en el borde, segregados históricamente, cuerpos que habitan no-lugares. Parafraseando a Pichon-Rivière (1966), el sujeto no es solo el actor principal de un drama que busca esclarecimiento analítico, sino el emergente de tramas vinculares que lo atraviesan.

Lo familiar como obstáculo

En el presente apartado, abordaremos un eje del caso clínico haciendo énfasis en cómo el vínculo de la paciente con su madre genera dificultades en pos de mejoría, un progreso o un buen pronóstico de su situación clínica. Entendiendo esto desde el lado de generar cierta independencia y autonomía.

Lo primero que figura en la historia clínica de G, allá por el año 2018, a sus 15 años, es una admisión al dispositivo de Consultorios Externos. En dicha entrevista es que al ser hablada por su madre, esta la califica de “*loca*”. Es decir, la paciente se presenta diciendo “*Vengo porque mi mamá dice que estoy loca*”. Se ubica en dicha entrevista algo que persiste hasta la actualidad: que G es hablada por su madre en unos términos desubjetivizantes y que la misma no comprende el padecimiento de su hija, los síntomas, ni la necesidad de tratamiento.

El escenario está configurado por una paciente con un cuadro de desorganización conductual y por momentos discursiva gra-

ve, y por una madre que habla por su hija en gran cantidad de entrevistas, que no permite que la voz de esta sea escuchada, situación que en acto permitiría que la paciente se pueda posicionar como sujeto portador de voz, y no como objeto que es hablado por otro. Esto se puede observar en relación a las intervenciones realizadas desde el equipo de profesionales. En una primera instancia, las indicaciones o propuestas realizadas a la paciente son bien recibidas, G se muestra de acuerdo e incluso interesada en las mismas, sin embargo, luego de conversar con su madre, su discurso cambia de forma rotunda y aquello que en un primer tiempo acepta, es luego rechazado. Un ejemplo de este tipo de situaciones fue la propuesta de asistir a Hospital de Día, que si bien fue algo frente a lo cual mostró su interés, luego de recibir la visita de su madre y conversar con ella, refirió no querer asistir a dicho dispositivo. De esta forma es que la misma G le quita valor a su palabra ubicando por encima la de su estragante madre.

En este sentido y tomando en cuenta lo mencionado es que como equipo nos surgía el siguiente interrogante: ¿Qué hacer con una madre que frente a la necesidad de plantear la importancia de un tratamiento, ya sea farmacológico o psicológico, para su hija, se niega? ¿O incluso despliega ciertas ideas paranoides en relación a la medicación psiquiátrica? ¿Podemos pensar que es una madre que está en condiciones de acompañar a su hija en un tratamiento por salud mental? ¿O debemos considerar que no está en condiciones de acompañar dicho proceso? ¿Sería la mejor alternativa terapéutica para G volver a vivir con su madre? En caso de que no, ¿por qué otras alternativas se podría optar? En otras palabras, ¿Cómo introducir un corte en este vínculo simbiótico entre madre e hija que no permite que la paciente pueda desarrollar cierta independencia o autonomía como sujeto, pero a la vez, siendo la madre el único referente afectivo que acompaña, a su forma, los tratamientos de la paciente?

En todos los ingresos a sus internaciones figura en la historia clínica que G pide internarse. ¿Qué será aquello que solicita la paciente cuando pide una internación por salud mental? ¿Podemos pensar que ese pedido de internación funciona como la urgencia de un pedido de introducir un corte con su madre, que de otra forma no parecería ser posible?

Cuando la paciente logra dejar un poco de lado la perplejidad de las alucinaciones auditivas y poder desplegar algo del orden de lo discursivo, refiere en una oportunidad que su madre no es su madre, que ella es “*adoptada*”. Podemos hipotetizar en este sentido, que el delirio de filiación viene a poner cierta distancia de ese Otro que se le viene encima. En este sentido el delirio, en su concepción psicoanalítica, conforma un intento de curación. Ya Freud en “Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente” (1911), más conocido como El caso Schreber, ubica al delirio en un tercer tiempo, donde el psicótico vuelve a investir libidinalmente aquel mundo que fue sepultado por inconcebible en un tiempo anterior. Esta reconstrucción del mundo será mediante el trabajo del delirio. En

palabras de Freud “lo que nosotros consideramos la producción patológica, la formación delirante, es, en realidad, el intento de restablecimiento, la reconstrucción” (1911, p. 65). Para los psicoanalistas, este trabajo del delirio, comporta un mensaje. Nos aventuramos entonces a hipotetizar que es la forma en que la paciente puede esbozar la necesidad de cierto corte, que no ha sido realizado con anterioridad.

En las entrevistas con la madre de G, la misma se muestra reticente a cualquier tipo de intervención de parte de los equipos tratantes, incluso luego de explicar los motivos de la internación dice no comprender el por qué de la misma. Al hablar sobre alternativas terapéuticas frente a una posible externación rechaza todas, pero al preguntar cuál considera ella que sería viable, no logra identificar ninguna posibilidad realista y que pueda concretarse. Se le explica de diversas formas apelando a los criterios clínicos y legales de la internación, así como a la gravedad del padecimiento de su hija pero la madre refiere no comprender, desplegando un discurso paranoide en relación al hospital. “*Le cortaron los planes que teníamos, ella iba a terminar el curso de tejido*”, dice en cierta oportunidad. Nuevamente hablando por G y ubicando cuales son las prioridades.

Esta dificultad de su madre para comprender la problemática de su hija no es un problema en sí mismo, sino, y más importante, por las consecuencias y los efectos, que esto tiene en G: es decir, por ejemplo, por no realizar las indicaciones que los equipos tratantes de la paciente han sugerido desde hace años: distintos trámites, como el cud, tratamientos, administración de medicación, programas de inclusión, etc., quitándole la posibilidad de una mejora de su padecimiento e incluso de cierto camino hacia la independencia respecto de ella.

Lacan sostiene que el deseo de la madre siempre produce estragos, lo equipara a estar dentro de la boca de un cocodrilo. “*No se sabe qué mosca puede llegar a picarle de repente y va y cierra la boca*” (Lacan, 1970, p. 118). Agrega que hay algo que traba la boca del cocodrilo para evitar que esta se cierre y protege al sujeto, esto es el falo. En este sentido, ¿podría la internación venir al lugar de introducir cierta distancia respecto de esta madre?

¿Podemos pensar que la madre no puede acatar las indicaciones de los equipos tratantes porque para ella implican una terceridad que introduce una separación entre el vínculo madre-hija? Frente a este vínculo estragante y sin salida, continúan las intervenciones que apelan a organismos de derecho humanos y es así que en mayo del 2020 se da comunicación y pedido de intervención al Consejo de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes para dar seguimiento a la situación familiar. Además, en reiteradas oportunidades se le sugiere a la madre un espacio de consulta para ayudarla con la angustia que le genera el padecimiento de su hija pero siempre deja en claro que no está dispuesta a hacerlo, desplegando cierto delirio paranoide en relación a esto, alegando que se la trata de “*loca*” y aclarando que ella no tiene ninguna enfermedad mental.

De la lectura del caso clínico se desprende que la paciente ha tenido ciertos intentos de salidas exogámicas que han resultado fallidos, entre ellos la escolaridad, ámbito al que la madre le niega acceso. Cuando ciertos profesionales ofrecen la escuela del hospital como opción, la madre la rechaza pero sin tener idea de otra alternativa donde G podría continuar la escolaridad. Refiere incluso que “*tal vez podría hacerla más adelante, cuando sea más madura*”, actuando de manera más que negligente respecto de su rol en el acceso al derecho a la educación de su hija. En la misma línea podemos pensar ciertas conductas de desinhibición sexual como otro intento fallido de salida exogámica. Esta búsqueda de salida implica cierto riesgo y se da de forma desregulada y desorganizada, pues el encuentro con el otro sexo, bajo las condiciones de su descompensación, solo la llevan a la internación en el hospital. Intervención en sí misma que introduce un corte con esa madre absorbente y que esta misma rechaza y dice no comprender.

Cuando la paciente puede tomar la palabra se puede escuchar, ya sea en un discurso delirante o no, que busca introducir, a su manera, cierta distancia de su madre. Ha referido incluso en varias oportunidades que quisiera hacer más actividades fuera de su casa para poder tomar distancia de esta. Insiste el siguiente interrogante que convoca al equipo en su totalidad: ¿Cómo se puede intervenir como equipo tratante de salud en pos de una estrategia que apoye y acompañe ese distanciamiento?

Sobre los obstáculos y vicisitudes del equipo tratante

Lo hasta aquí desarrollado nos brinda algunas coordenadas para pensar las complejidades propias de la práctica clínica en una Sala de Internación en Guardia de un Hospital de Emergencias Psiquiátricas. Sin embargo, si bien se han ubicado las características de un tratamiento posible y el abordaje de lo familiar como obstáculo, nos parece interesante discutir los recursos terapéuticos empleados a la luz de las dificultades que surgen del lado del equipo de profesionales.

En este apartado nos interesa puntualizar algunas cuestiones relativas al malestar que adviene del lado de los profesionales ante la insuficiencia de las respuestas conocidas, empleadas o disponibles. ¿Cuáles son los tratamientos posibles en una Sala de Internación en Guardia? ¿En qué momento de un tratamiento podemos concluir que las herramientas utilizadas son insuficientes? ¿Qué criterios permiten definir esto? ¿Qué maniobras posibles ante la insuficiencia de las intervenciones?

Para poder desarrollar los obstáculos que advienen del lado de los profesionales, la larga duración del tratamiento de esta paciente, en suma a las numerosas y variadas intervenciones empleadas por los distintos equipos de profesionales que la han tratado, produjeron en más de una oportunidad interrogantes difíciles de responder. Es en relación a esto que nos interesa pensar el concepto de encerrona trágica desarrollado por Fernando Ulloa (1995), ya que en muchas ocasiones, esa falta de respuesta impide llevar adelante la tarea, rebotando entre pre-

guntas para las que no encontramos salida. El autor dirá que debe entenderse por encerrona trágica toda situación donde alguien para vivir, trabajar, recuperar la salud, incluso pretender tener una muerte asistida, depende de algo o alguien que lo maltrata o que lo destrata, sin tomar en cuenta su situación de invalidez. En sus palabras:

El afecto específico de toda encerrona trágica es *lo siniestro*, como amenaza vaga o intensa, que provoca una forma de dolor psíquico, en la que se termina viviendo familiarmente aquello que por hostil y arbitrario es la negación de toda condición familiar amiga. Este dolor siniestro es metáfora del infierno, no necesariamente por la magnitud del sufrimiento, que puede ser importante, sino por presentarse como una *situación sin salida*, en tanto no se rompa el cerco de los dos lugares por el accionar de un tercero que habrá de representar lo justo. (1995, p. 250)

Esta situación puede resultar conocida por quienes trabajamos en el sistema público de salud. ¿Cuántas veces nos encontramos con un paciente frente al cual no sabemos qué más hacer y aquello que consideramos necesario resulta impracticable? La complejidad de la problemática de algunos pacientes, y en particular la de la G, nos coloca por momentos en estas situaciones sin salida. Situaciones en las que no sabemos cómo continuar un tratamiento, cómo llevar adelante las intervenciones, el encuentro con que la mayoría de las alternativas terapéuticas ya han sido empleadas y resultan insuficientes, dado que el requerimiento fundamental sería un abordaje integral para el que escasean recursos estatales. Ejemplos de ello pueden ser la demora ante la solicitud de un acompañante terapéutico, de una vacante en un hogar, la distancia geográfica de los pacientes al efector, y cómo incorporar la figura de apoyo, cuando hay un referente afectivo involucrado en el tratamiento que refiere querer sostener los cuidados. En muchas ocasiones nos encontramos con que las necesidades de los pacientes exceden aquello que podemos ofrecer en el hospital.

Ulloa (1995) ubica que la encerrona trágica es causa de la mortificación, un cuadro inicialmente tumultuoso, pero precisamente por no vislumbrarse una salida, dando paso a la resignación. En este sentido, dirá que la mortificación aparece por momentos acompañada de distintos grados de fatiga crónica, para la que periódicamente se ensayan explicaciones etiológicas que van desde formas ambiguas del stress hasta patologías virales difusas: un cansancio sostenido que parece haberse instalado en muchos cuerpos.

Entonces ¿Qué posibilita que pensemos en una encerrona? ¿De qué modos y cuáles son los pliegues que han configurado la situación actual? En relación a estos interrogantes, podríamos pensar diversas cuestiones. Son varios los escenarios que permiten considerar una encerrona en base a este caso. Por un lado, que la paciente G depende de un otro, su madre, quien no toma en cuenta su situación, no dimensiona sus necesidades

e ignora las indicaciones de los equipos tratantes. Es notable cómo cualquier intento de avance en dirección a una mayor independencia de la paciente es obturado por su madre. Pero por otro lado, frente a este desamparo también es posible ubicar una historia de instituciones que a lo largo de la vida de G deberían haber hecho algo que no hicieron. Es decir, posibles terceros (el Estado, los organismos de protección de derechos, la Escuela, el Hospital) que no han tomado en cuenta esa situación que Ulloa describe como estado de invalidez. Quizás por falta de recursos, por exceso de burocracia, por ideales vinculados con la institución familiar y la maternidad, de algún modo, no hubo alguien ahí que opere como un otro mediador y garantice un abordaje integral y singular, velando por los derechos de G. En tercer lugar, y no sin contradicciones, podríamos pensar al equipo de profesionales como parte de la escena de la encerrona, en tanto impotentes frente a la ausencia de recursos, impotentes frente al intento de cambio, de intervención, obstaculizados al evaluar que las intervenciones realizadas son insuficientes y que las necesarias resultan impracticables. En este sentido, consideramos importante ubicar la angustia y el malestar que adviene del lado del equipo profesional, al ser parte de aquello que reproduce la situación tal como está dada, situación percibida como sin salida, de la que por momentos pareciera que no hay otra posición posible que la de ser testigos de aquello que no anda bien, con nulo margen de transformación. Además, en muchas ocasiones sucede que los intentos de transformar ciertas situaciones institucionales o situaciones clínicas, caen rápidamente en saco roto, sobre todo si consideramos el contexto político actual de profundo vaciamiento, en el cual los recursos son cada vez menos, y las bases que considerábamos garantizadas ya no lo están.

En esta línea, resulta interesante el aporte de De Lellis (2014), quien reflexiona respecto de la Ley de Salud Mental, ubicando que como toda norma cuyo objetivo es cambiar el orden institucional existente, expresa una brecha entre lo allí prescrito y la práctica de los profesionales que componen los servicios de salud. En sus palabras, “si bien la ley propone institucionalizar acciones que protejan y disminuyan la vulnerabilidad de las personas con padecimientos mentales, la revisión de antecedentes históricos nos indica que es necesario adoptar acciones políticas que sustenten en el tiempo tales iniciativas de transformación” (p. 2). Podemos pensar esto en relación a la internación como último recurso terapéutico a llevar adelante. ¿Cuántas veces la internación se reitera o se extiende porque no hay dispositivos a los que derivar, o porque no hay red afectiva? Muchas veces las intervenciones más adecuadas resultan claras, sin embargo no hay forma de llevarlas adelante.

Elena de la Aldea (2019) dirá que las instituciones formatean nuestros gestos desde la cuna por lo que deberemos reaprender, reentrenar habilidades dormidas, compartiendo dudas, torpezas y descubrimientos y desde estas imágenes y prácticas podemos, desde adentro también, ir haciendo con ellas un pro-

ceso hacia propuestas y lecturas transformadoras de su funcionamiento. Dirá:

Se hace imprescindible, además de un cambio social en las condiciones para generar y sostener una vida humana digna, un trabajo de cuidado de los cuidadores, donde estos aspectos, emociones, quejas y sensaciones puedan abrirse y ser reconocidos como reales, estructurales, que surgen de las condiciones mismas de la actividad y no de características de personalidad del trabajador (2019, p. 63).

En este sentido, resultan muy valiosos los espacios de intercambio en los que se posibilitan lazos con otros, discutiendo y repensando nuestras prácticas, encontrando vías posibles para salir de las encerronas, del malestar, de la mortificación. En palabras de Stolkiner, frente a situaciones complejas, respuestas interdisciplinarias.

BIBLIOGRAFÍA

- De la Aldea, E. (2019). Los cuidados en tiempos de descuidos. LOM Ediciones: Santiago.
- De Lellis, M. (2014). Ética y políticas públicas: problemas y desafíos en la aplicación de la Ley Nacional de Salud Mental. Cátedra Salud Pública y Salud Mental I de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, Argentina.
- Freud, S. (1911). Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente. En *Obras Completas Tomo XII*, Amorrortu Editores: Buenos Aires.
- Lacan, J. (1969-70) El Seminario 17: El reverso del psicoanálisis. Paidós: Buenos Aires.
- Pichon-Rivière, E. (1966). *Psicología de la vida cotidiana*. Ediciones Nueva Visión: Buenos Aires.
- Stolkiner, A. (2001). Subjetividades de época y prácticas en salud mental. En *Revista Actualidad Psicológica*, Año XXVI-No 239. Disponible en: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad1/subunidad_1_2/stolkiner_subjetividades_de_epoca.pdf
- Ulloa, F. (1995). *Novela clínica psicoanalítica. Historial de una práctica*. Paidós, Buenos Aires.