



TRABAJO FINAL DE GRADO

**Lucas tiene la cabeza en cualquier lado.
Análisis del padecimiento psíquico de un niño y la atención
brindada por un equipo de salud mental de ASSE**

Modalidad Articulación teórico-clínica

Ana Verónica Roca Monzón

**Tutora Prof. Adj. Virginia Masse Fagundez
Revisor Prof. Asist. Fernando Texeira**

**Montevideo, Uruguay
Abril 2023**

Índice

<u>1. Introducción</u>	4
1.1 Contextualización de la práctica: el PPRS	4
1.2 El ESM	5
1.3 Implicación	7
<u>2. Situación clínica</u>	9
2.1 Conociendo a Lucas	10
2.2 Primera consulta: Lucas y su mamá	10
2.3 Otras entrevistas con la mamá	11
2.4 Entrevistas con Lucas	12
2.5 La intervención de ESM	13
<u>3. Líneas de análisis a desarrollar</u>	14
<u>4. Análisis de la situación clínica</u>	15
4.1 El sufrimiento psíquico en los niños	16
4.2 El sufrimiento psíquico de Lucas	20
4.2.1 Los problemas en el aprendizaje	20
4.2.2 El trauma psíquico	28
4.2.3 Lo traumático y el aprendizaje	34
4.3.1 El dispositivo sanitario para la atención en salud mental	37
4.3.2 El ESM y la atención a Lucas	42
<u>5. Consideraciones finales</u>	46
<u>Referencias bibliográficas</u>	49

La experiencia es “eso que *me* pasa”... La experiencia supone ... que algo que no soy yo, un acontecimiento, pasa. Pero supone también, en segundo lugar, que algo *me* pasa a mí. No que pasa ante mí, o frente a mí, sino a mí, es decir, en mí. La experiencia supone, ya lo he dicho, un acontecimiento exterior a mí. Pero el lugar de la experiencia soy yo. Es en mí (o en mis palabras, o en mis ideas, o en mis representaciones, o en mis sentimientos, o en mis proyectos, o en mis intenciones, o en mi saber, o en mi poder, o en mi voluntad) donde se da la experiencia, donde la experiencia tiene lugar (Larrosa, 2009, p. 15).

***A Martina,
porque tu amor y tu paciencia a lo largo de esta aventura, me permitieron llegar
hasta acá
A Víctor,
porque tú me animaste a abrir las alas cuando yo dudaba si podía volar***

1. Introducción

El presente Trabajo Final de Grado surge del interés personal por recoger y capitalizar parte de mi experiencia en la práctica de Ciclo de Graduación participando, en el Programa de Practicantes y Residentes de Psicología en Servicios de Salud durante el año 2021.

En este trabajo procuro articular teóricamente mi experiencia como practicante de psicología en una institución de salud y una situación clínica de la que fui parte, con los aportes realizados por distintos autores del campo de la psicología, desde un enfoque psicoanalítico y desde la perspectiva de la Psicología de la Salud y la Psicología Institucional.

1.1 Contextualización De La Práctica: El PPRSS

La práctica de graduación de la cual surge este trabajo se enmarca en el Programa de Practicantes y Residentes de Psicología en Servicios de Salud (PPRSS) que forma parte de un convenio firmado en 2009 por la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) y Facultad de Psicología de la Universidad de la República (UDELAR). Este convenio posee como cometido principal contribuir a la formación de profesionales en Psicología a través de la inserción de estudiantes avanzados en servicios de salud, con el propósito de capacitarlos de acuerdo a los principios rectores del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) para que puedan producir conocimientos psicológicos en el campo de la salud que contribuyan a mejorar la calidad de vida de la población (Convenio ASSE y Facultad de Psicología-UDELAR, 2009). Los servicios en los cuales los practicantes se insertan son seleccionados por ASSE; se hallan distribuidos en Montevideo y en el interior del país y corresponden a los tres niveles de atención en salud.

El practicantado constituye una práctica pre-profesional a la que pueden postularse estudiantes avanzados de la Licenciatura en Psicología de la UDELAR. Los estudiantes en fase de culminación de su formación de grado que se insertan en los servicios de salud de ASSE son orientados por un/a Psicólogo/a referente que desempeña tareas en dichos servicios y acompañados por un equipo docente de Facultad.

La participación en el Programa implica una dedicación horaria de 40 horas semanales durante 12 meses, distribuidas en 25 horas de atención directa en los servicios y 15 horas destinadas a la formación académica a través de supervisiones, seminarios, plenarios, ateneos (Convenio ASSE y Facultad de Psicología UDELAR, 2009). A su vez, la experiencia en el Programa posibilita la producción de conocimientos psicológicos así como

la sistematización y análisis de prácticas llevadas a cabo en el campo de la salud, las cuales permiten contribuir a “mejorar la calidad de vida de la población uruguaya” (Convenio ASSE y Facultad de Psicología-UDELAR, 2009, p. 3).

En mi caso participé del practicantado en el Servicio de Salud Mental del Hospital Departamental de Colonia “Samuel Bertón”, ubicado en la ciudad de Colonia del Sacramento (donde vivo), integrándome al Equipo de Salud Mental ASSE-Colonia, en el período comprendido entre el 1 Febrero de 2021 y el 31 Enero de 2022.

1.2 El ESM ASSE-Colonia

El Equipo de Salud Mental ASSE-Colonia (de ahora en más ESM) está conformado por una Licenciado en Trabajo Social, una Auxiliar de Enfermería especializada, una Licenciada en Enfermería especializada designada en funciones como subdirectora del hospital, una funcionaria administrativa, dos Médicos Psiquiatras de adultos, dos Médicos Psiquiatras de niños y adolescentes, cinco Licenciados en Psicología y los dos técnicos designados por el convenio ASSE-Facultad de Psicología: residente de psicología y practicante de psicología. La coordinación administrativa del ESM está a cargo de uno de los psicólogos, designación realizada por “confianza política” de las autoridades hospitalarias y de ASSE.

El ESM trabaja en el Servicio de Salud Mental dentro del Hospital Departamental de Colonia “Samuel Bertón”, centro de salud que corresponde a la categoría de hospital general, y por lo tanto se lo categoriza dentro del segundo nivel de atención, con servicios especializados de tercer nivel para disciplinas médicas que no abarcan la salud mental; en este caso los centros de referencia son, en patologías graves en adultos, el Hospital Psiquiátrico Vilardebó, y en atención de niños y adolescentes, el Centro Hospitalario Pereira Rosell.

El Servicio de Salud Mental ofrece atención en policlínicas de psiquiatría y psicología de adultos, niños y adolescentes, enfermería, atención a IVE, asistencia, y atención en área de emergencias y en salas de internación generales cuando es requerido. Para acceder a la atención psicológica y de psiquiatría, los usuarios deben presentar al administrativo el pase de médico que solicita la atención especializada. Si se trata de la primera vez en atención en salud mental, en el caso de un adulto, se coordina la atención en un Comité de Recepción en Salud Mental.

Este servicio tiene su ubicación en planta baja del hospital, en el espacio de consultorios que inicialmente estaba destinado a Cardiología porque en el diseño del edificio, a pesar de que fue inaugurado en 2019, no se tuvo en cuenta la atención en Salud Mental y la necesidad de destinar una área para la misma. Se trata de 3 consultorios pequeños y una oficina con ventanilla para el público, en un ambiente adecuado físicamente para la atención de usuarios pero no para la realización de reuniones.

El ESM se constituye institucionalmente a partir de la puesta en marcha del primer Plan Nacional de Salud Mental en 1986 que tras la reapertura democrática, 10 años después, habilitó la creación de equipos de salud mental en hospitales generales como parte de un objetivo de descentralización y cambio en el enfoque de la atención (Techera y Apud, 2012). Los integrantes del mismo mantienen vínculos contractuales diversos con ASSE. Algunos son funcionarios presupuestados de ASSE, otros son funcionarios contratados por el Patronato del Psicópata (organismo creado en 1948, encargado de organizar la asistencia psiquiátrica para los “enfermos mentales”), institución que actualmente mantiene un convenio de trabajo con ASSE, y otros son contratados por Comisión de apoyo del hospital.

El ESM tiene una pre-historia e historia (Fernández y Del Cueto, 1985) cargada de voluntarismo en el desempeño de sus tareas y de lucha por buscar un lugar físico y de valoración dentro del propio hospital, pero además, los ingresos y salidas de profesionales, funcionarios y coordinadores han ido modificando las líneas de fuerza y de poder a la interna del mismo. Esto ha provocado muchas alianzas, resistencias y rupturas entre técnicos y funcionarios, y aún, enfrentamientos graves que persisten e insisten en el funcionamiento diario del servicio. El trato entre los integrantes del ESM es correcto en contenido, pero distante. Hay molestias que se comentan entre trabajadores, como un murmullo siempre presente que nunca se expone abiertamente, lo que supone enojo contenido y frustración, generador de un clima poco propicio para el desarrollo de actividades en conjunto. Las comunicaciones entre los distintos técnicos es escasa y suele ser puntual frente a una derivación; preferentemente se recurre a una comunicación rápida, “de pasillo”. No se realiza reflexión en conjunto interdisciplinaria a pesar de que se halle pautada una reunión semanal.

Los integrantes del ESM asisten al hospital para cumplir con las policlínicas designadas, al Comité de Recepción en Salud Mental y a las reuniones cuando se los cita. En dicho espacio no se suelen trabajar aspectos técnico-clínicos sobre la atención que se brinda a los usuarios del centro como tampoco la definición de criterios de atención y trabajo

desde el enfoque de un equipo de trabajo. Estas reuniones son experimentadas por cada uno de los actores como algo molesto, pesado y sin valor real para sus prácticas.

Una vez a la semana se realiza el Comité de Recepción en Salud Mental para adultos (CRSM). Según lo expresa el Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud de 2011 (PIPSM), las instituciones de salud deben contar con comités de recepción de solicitud de atención en salud mental para niños, adolescentes y adultos. Dicho dispositivo se halla incluido en el conjunto de prestaciones que las instituciones de salud deben ofrecer a sus usuarios (MSP, 2011).

El CRSM se encarga de analizar y evaluar la solicitud de atención de los usuarios realizando intervenciones técnicas que pueden incluir la resolución de la situación desde el propio comité, la derivación a atención especializada en psicología y/o psiquiatría, la atención por parte de Trabajo Social o especialidades médicas fuera del área de salud mental. Según lo indica el documento antes citado, el CRSM debe ser integrado interdisciplinariamente y trabajar en equipo, debe indicar la prestación del Modo o la derivación que considere pertinente, evaluar el reingreso o la renovación de la prestación en los casos correspondientes, generar instancias de intercambio, seguimiento y otras vinculadas a la tarea (MSP, 2011). En el caso del Hospital Departamental de Colonia, la integración de tales CRSM está a cargo del ESM, y desde su coordinación, se ha dispuesto que éste funcione sólo para adultos. Para el caso de niños y adolescentes no se cumple con lo que indica el Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental y estos usuarios acceden a la atención de psiquiatría y/o psicología por pase del médico pediatra sin que tenga lugar una evaluación interdisciplinaria. Tanto la coordinación del ESM, los médicos psiquiatras de niños y adolescentes como los psicólogos, no manifiestan especial interés en que se establezca el CRSM para esta población de usuarios.

1.3 Implicación

Considero pertinente explicitar algunos elementos de mi implicación, tanto en relación a la elaboración de esta producción escrita como en relación a mi participación en el practicantado, para comprender mi decisión de realizar este formato de trabajo, la elección de la situación a analizar y la selección de las líneas de análisis.

La implicación de los sujetos con las instituciones de las que son parte tiene que ver, al decir de Lourau, con “el conjunto de relaciones, conscientes o no, que existen entre el actor y el sistema institucional” (1991, citado en Fernández et al., 2014). Según lo explican

distintos teóricos, la implicación siempre está presente en el ser, hacer y estar de los actores sociales porque es una dimensión relacional-subjetiva entre sujetos singulares e instituciones sociales de las que forman parte, y produciría múltiples efectos cuando no es analizada. Cuando esta situación ocurre, lo que estaría teniendo lugar es una *sobreimplicación* (Lourau, 1991), situación que lleva a una identificación institucional en la que el sujeto queda alienado, incapaz de poder pensar sus prácticas. Analizar la implicación permite al propio actor comprender los condicionamientos que actúan en sus intervenciones, dando cuenta de su singularidad como actor ya que permite volver sobre las propias categorías de pensamiento y las invisibilizaciones de los apriorismos de clase, género, posicionamientos políticos o ideológicos con que se llega al escenario de trabajo (Fernández et al., 2014). La implicación nos atraviesa como actores que participan e intervienen en la realidad social pues “está ya presente en nuestras adhesiones y no adhesiones, nuestras referencias y no referencias, nuestras participaciones y no participaciones, nuestras sobremotivaciones y desmotivaciones, nuestras investiduras y no investiduras libidinales”(Lourau, 1991).

En mi caso, al desempeñarme como practicante de psicología dentro del convenio ASSE-Facultad de Psicología-UDELAR, analizar mi implicación me permitió comprender mi particular involucramiento con el servicio de salud. Algunas líneas que “se anudaron” en mi implicación tienen que ver con el hecho de ser mujer, mi pertenencia a un sector socioeconómico que posee ciertos privilegios materiales y socioculturales. También destaco mi maternidad, mi formación y experiencia docente, y el ser hija de una paciente con enfermedad mental como elementos participantes de mi implicación ya que propiciaron el interés por la situaciones enmarcadas en la interfaz Psicología-Salud-Educación.

En la implicación también participa mi deseo previo como estudiante para participar en el PPRSS y el haber cursado la UCO Psicología y Salud, que fue para mí un espacio de formación decisivo; las temáticas allí trabajadas me impactaron profundamente ya que logré dar fundamentos teóricos sólidos a mis ideas previas acerca de la atención en salud en general y del área de salud mental en particular.

Otro elemento de mi implicación que se anuda en la construcción de este trabajo tiene que ver con mi comprensión del sujeto matizada por la formación psicoanalítica freudiana: sujeto cuyo psiquismo se sustenta en el funcionamiento de un aparato psíquico, estructurado a partir de sistemas, distintas instancias y procesos regidos bajo ciertas leyes propias.

Además de la implicación en la elaboración del trabajo y en mi práctica, es posible pensar en una implicación de la disciplina Psicología (de la que soy representante) con el sistema de salud y el rol que ha tenido la misma en el desarrollo de tal sistema. El vínculo entre salud, medicina y psicología siempre se ha mantenido bajo tensión a lo largo de la historia (Galende, 2006), y a pesar de que la reforma de la salud introdujera la atención en salud mental como un derecho a garantizar, aún hoy se la continúa considerando con un menor valor en relación a la salud estrictamente corporal (De Lellis, 2006). La noción de salud integral se pregona en distintos documentos pero en los hechos cotidianos de los centros de salud, la atención integral no se sostiene (De Lellis, 2006). Aún en ASSE, y en el ESM del que fui parte, la tensión medicina-psicología está presente y atraviesa el funcionamiento del servicio, pautando “formas de pensar y de hacer”, que desde mi punto de vista, reafirman la dicotomía y se alejan de la mirada integral.

2. Situación Clínica

Durante el desarrollo de mi práctica tuve la oportunidad de entrevistar a muchos niños que me permitieron tomar contacto con diferentes expresiones de su sufrimiento psíquico y del sufrimiento de sus familias. Por momentos me sentí desbordada en mis posibilidades de intervención técnica, dado que las problemáticas traídas por los pacientes superaban los marcos teóricos aprendidos en facultad y exigían una mirada que considerara todos los elementos en tensión.

Aunque muchas de esas problemáticas resonaban en mí y generaban interrogantes. para el desarrollo de este trabajo seleccioné una experiencia clínica que me convocó desde varios aspectos de mi implicación.

La siguiente situación clínica tuvo lugar en el marco de la consulta de psicología de las Policlínicas hospitalarias semanales. La consulta psicológica en la que se enmarca es llevada adelante por una Licenciada en Psicología junto con la Practicante. Se trata de un niño de 6 años cuya madre consulta por derivación de la maestra, debido a que presentaba dificultades importantes en su desempeño escolar. Para preservar su identidad y la de su familia, los nombres de ellos han sido modificados. En total se realizaron 7 entrevistas con el niño y 3 con la madre en el período comprendido entre octubre de 2021 a enero de 2022 inclusive. Cabe recordar, para no perder de vista, que esta situación se vivió en un contexto de pandemia por covid con distintos niveles de restricciones sanitarias en distintos sectores, situación sin precedentes cuyos efectos recién hoy se están pudiendo visualizar.

La presentación de la experiencia clínica posee como cometido analizar, desde un enfoque psicoanalítico, las dificultades que Lucas manifestaba en la escuela, y desde la perspectiva de la Psicología de la Salud y la Psicología Institucional, la atención brindada a este niño desde el Sistema de Salud. En este sentido, el material clínico seleccionado para el posterior análisis responde a un corte operativo en función de los intereses planteados.

2.1 Conociendo A Lucas

Lucas tiene 6 años y 9 meses cuando asiste por primera vez y cursa primer año de educación primaria. Es el segundo hijo de Claudia y el primer hijo de Pablo. Pablo y Claudia atienden un almacén que instalaron en el frente de la casa y Pablo además realiza algunas actividades agrícolas puntuales cuando es contratado. A las distintas consultas siempre asistieron Lucas y Claudia y según lo expresado por Claudia, el papá no podía asistir porque debía atender el almacén.

Lucas tiene un hermano mayor, Martín, de 16 años, hijo de una relación previa de la madre, que vive con los abuelos maternos tras la denuncia radicada por el abuelo por violencia de Claudia hacia el adolescente; por su parte, el abuelo, ya había sido denunciado por Claudia previamente también por mismo motivo. Lucas asiste a la escuela y luego, varias veces a la semana, concurre a la casa de sus abuelos donde se encuentra con su hermano, a quien dice extrañar. Dos veces a la semana Lucas recibe apoyo escolar no especializado de forma particular, y también en la escuela recibe ayuda pedagógica extra junto con un pequeño grupo de niños, en un dispositivo desplegado por la ANEP debido a la situación de pandemia por covid-19 y los rezagos provocados en los aprendizajes.

2.2 Primera Consulta: Lucas Y Su Mamá

En la primera consulta se entrevista primero a la madre y luego al niño. En la entrevista con la mamá, ésta se manifiesta muy angustiada, debido a que la maestra le informa que Lucas tiene dificultades para aprender, lo que conforma el motivo de consulta. En sus palabras la maestra le dice que Lucas “tiene la cabeza en cualquier lado”, que “es un buen niño, tranquilo, que hace tareas pero que no llega” y que le sugería consultar en el hospital porque “tal vez allí podrían darle alguna pastillita o algo que lo ayuden a concentrarse”. La mamá expresa que “venía todo bien y después se olvidó todo”. Se le pregunta qué significaba eso y explica que en educación inicial Lucas no tuvo problemas, que había aprendido las letras y a escribir su nombre pero que desde que había ocurrido el incidente con el padre, había empezado a irle mal en la escuela. Se le pregunta a qué incidente se refería y comenta que meses atrás, el padre había intentado ahorcarse en la casa tras una pelea con ella, que Lucas lo encontró agonizante suspendido de una viga con

una piola en el cuello pero que finalmente habían logrado rescatarlo, aunque estuvo hospitalizado CTI.

Claudia expresa que actualmente conviven en la misma casa pero que ya no son pareja, y lo hacen “para cuidar a Lucas”. Comenta además que Lucas está con sobrepeso porque “el nervio lo canaliza comiendo” y que ya tiene agendada consulta con la psiquiatra infantil. Sobre el embarazo y parto manifiesta que fue normal, controlado, por procedimiento natural, y de los datos sobre el desarrollo temprano, no se destacan elementos de riesgo.

En la breve entrevista con el niño, se lo observa serio, tranquilo, callado pero con buena disposición para el diálogo. Inicialmente la mirada es atenta hacia sus interlocutoras pero luego parece desentenderse y comienza a prestar atención a elementos del consultorio. Revisa la caja de juguetes, los saca, los observa y los vuelve a colocar dentro de la misma. Dice que le gusta jugar a la Play con su hermano e ir a pescar con su papá. Cuando se le pregunta si sabe por qué es llevado a consulta responde “porque me va mal en la escuela. A mí lo que más me cuesta son las cuentas”.

2.3 Otras Entrevistas Con La Mamá

En una siguiente entrevista con la mamá, esta cuenta que tuvieron consulta con la psiquiatra infantil y que la profesional le había expresado que le iba a recetar “algo para la atención” pero que primero necesitaba que le realizaran un electrocardiograma y control de la presión arterial. Expresa que no le gusta tener que darle un medicamento pero que “si eso le hace que le empiece a ir bien en la escuela, se lo voy a tener que dar”.

En otra entrevista Claudia trae el informe de la escuela en el que aparecen descriptas dificultades en el área de lengua y matemáticas y problemas atencionales. Del informe se destacan los siguientes párrafos:

en muchas situaciones cuando se está trabajando con un tema, él mira respetuosamente pero cuando se le pregunta no sabe de qué estábamos hablando, y en otras ocasiones levanta la mano para intervenir pero con temas que no son pertinentes (él comenta algo de lo que está pensando pero no es sobre lo que estábamos trabajando, lo que evidencia que no está prestando atención al tema) ... Cuando trabajamos con él de forma personalizada notamos que logra avances (identifica letras y números) pero vemos que al día siguiente se olvida, es como que no se apropia del conocimiento (Informe escolar, 6 de diciembre de 2021) .

Claudia siempre se muestra muy angustiada por la situación de Lucas, de la cual se siente culpable. Se trata de una mujer que se encuentra inmersa en múltiples situaciones de violencia intrafamiliar por lo cual se hace la derivación al Servicio de Atención a la Violencia en el hospital, al cual ya había asistido previamente.

2.4 Entrevistas Con Lucas

En las distintas entrevistas con Lucas, se observa que es un niño tranquilo, sin dificultades para dialogar; que juega con masas y moldes, y que realiza dibujos libres pero sin demasiado interés. Un elemento a destacar es que en algunas ocasiones, al desarrollarse una conversación mientras jugaba o dibujaba, que incluía preguntas, respondía desde lo que él estaba pensando en ese momento y no de lo que se le estaba preguntando. Por momentos el discurso oral se volvía acelerado y relataba sucesos de forma tal que daba por sabido que el interlocutor comprendía de quién estaba hablando, y dado que su vida cotidiana transcurría con varias personas, a veces se volvía confuso: “¿pero quién era el que te decía eso, tu padre?” “no, no, te estaba hablando de mi abuelo”.

En las sucesivas entrevistas que se mantuvieron con el niño éste fue relatando distintas situaciones que vivía o que había vivido en su familia. De lo manifestado se resalta que Lucas fue testigo de muchas peleas entre sus padres, de su madre con su hermano y de su madre con su abuelo; sobre esto manifiesta “me pone triste, les digo que no se peleen”, “mi madre después me pide perdón”. Cuenta que duerme con su madre porque tiene miedo de dormir solo en el cuarto -dormitorio que está al lado del galpón donde encontró a su padre ahorcado- “escucho cosas que golpean, gritos, animales” expresa. Con respecto al relato de las situaciones de violencia de las que ha sido testigo, Lucas se expresa de manera contradictoria ya que en algunas entrevistas habla de las mismas y en la entrevista siguiente las desmiente o minimiza expresando “eso era antes”, “ahora ya no se pelean”, “no me acuerdo de eso”, “de las peleas yo no sé”.

En una de las entrevistas, mientras jugaba con unos moldes y arena cinética relata de forma desafectivizada el episodio de ahorcamiento del padre “vino la policía y doctores”, “mamá lloraba y me decía que nunca más se iban a pelear”. En un entrevista posterior vuelve a relatar el suceso: “yo lo ví ahorcado, la llamé a mamá y ella empezó a gritar y vinieron los vecinos y lo llevaron en auto al doctor; mamá se fue y yo me quedé con un hombre” “¿era un vecino?”, “no sé quién era, no me acuerdo”. Dice además que no lo vio cuando estuvo internado porque no dejaban entrar niños, “once días estuvo” (llama la atención el nivel de exactitud de su recuerdo). Mientras estuvo internado el papá, nadie le

explicó lo que estaba sucediendo, sólo sabía que estaba internado en un hospital “yo escuchaba lo que decían” y cuando el papá retornó, en la familia no se habló más de lo sucedido.

En otra entrevista se juega a escribir nombres de familiares en una hoja, por turnos, y se muestra interesado. Lucas tiene dificultades para escribir y leer; agrega y omite letras y le cuesta unir fonemas, y algunos no los reconoce. Las letras las hace torcidas y cuando se equivoca, las tacha con una cruz y escribe arriba la letra correcta. Cuando logra leer bien, se le pide que repita y lo dice mal: “me olvidó cómo lo leí antes”, “no me acuerdo de cosas que pasaron antes”.

En la última entrevista en la que participé, Lucas comenta, mientras juega, que su papá volvió a dormir en el cuarto con su mamá.

2.5 La Intervención Del ESM

Dado que institucionalmente en el hospital no funciona un Comité de Recepción en Salud Mental para niños, la mamá de Lucas accede a turnos de atención en psicología y de psiquiatría a través de un pase del pediatra que el profesional emite a petición de Claudia, por la solicitud de derivación que había realizado la maestra. No hay una recepción común que habilite una instancia conjunta para escuchar a Claudia y a Lucas dar cuenta del sufrimiento que motiva la búsqueda de ayuda profesional. La madre debe repetir el relato de la situación del niño (y la suya propia) con cada profesional, lo que puede llevar omitir información valiosa por considerarla redundante o por olvido, al mismo tiempo que el niño debe repetir la situación de examen con los profesionales de quienes recibe atención, y que se convierten en nuevos actores a conocer. Lucas y su padecer, es recibido y atendido como dos sujetos aislados, el sujeto-objeto de la psiquiatría y el sujeto-objeto de la psicología.

La atención de Lucas se realiza separadamente en consultas de policlínicas de psiquiatría infantil por un lado, y de psicología por otro, como lo dispone el prestador de salud bajo las normativas estatales, las cuales, a su vez, son el resultado de determinadas políticas de salud. El hecho de que la atención de psiquiatría y psicología se haga de forma separada y en diferentes días implica que la comprensión de la condición de Lucas es exclusivamente disciplinaria, bajo los principios y lógicas de diagnóstico y tratamiento de cada disciplina. La atención de Lucas entonces se organiza a partir de dos tratamientos “aislados” de un mismo padecer psíquico, como es lo estipulado en el Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental por el cual se rige el prestador de salud. No hay recepción común y los tratamientos psicoterapéuticos emprendidos, son paralelos,

sin coordinación interdisciplinaria. A pesar de que existiría un ámbito institucional (reunión semanal de equipo) donde se podría realizar un intercambio profesional desde una mirada conjunta de la situación de Lucas, ésta no se realiza, y por tanto la atención del niño se sostiene por “carriles paralelos”. Ambos profesionales pueden tomar conocimiento sobre el tratamiento simultáneo a partir de lo que la madre y el niño aportan en sus consultas, o a partir del interés de revisar la historia clínica donde se registra la atención en policlínicas, pero esto no es prescriptivo para ninguno de los especialistas. Se espera que ambos abordajes, el farmacológico y el psicológico, de forma separada, logren reducir el malestar que motivó la consulta, eliminando o limitando las manifestaciones sintomáticas que lo afectan en su vida diaria.

Cabe señalar que más allá de que el niño pudo acceder a consultas de psiquiatría y de psicología, la continuidad de la atención se constituyó en un elemento problemático, especialmente debido a que el sistema de acceso a los turnos en policlínicas es sumamente restrictivo y dificultoso para los usuarios del servicio. A partir del día 15 de cada mes se habilita la agenda de turnos de policlínicas de Salud Mental de todas las especialidades para el siguiente mes, y los cupos generalmente se agotan ese día o al siguiente. El servicio atiende una población muy amplia que incluye usuarios del hospital pero también de otros hospitales del departamento y de policlínicas de la RAP de ASSE, especialmente para la atención en psiquiatría. Dado que el sistema de asignación de turnos es “por orden de llegada” sin que haya un sistema de prioridades o reservas para quienes ya se encuentran en tratamiento, sucede que el usuario puede conseguir uno o dos turnos de atención por mes, o que quizás no consiga, y deba esperar al mes siguiente para la nueva apertura de agenda, lo que extiende aún más el intervalo de atención. Esto fue lo que pasó en el caso de Lucas: para psicología sólo podía acceder a un turno mensual, por lo que, por fuera de agenda, se le dieron otros turnos para que hubiera cierta continuidad en la atención (completando dos entrevistas al mes), que era imposible de lograr con el sistema oficial. Aún así se vuelve problemático considerar la existencia de una verdadera continuidad ya que un proceso psicoterapéutico exigiría una frecuencia semanal que no fue posible, donde los procesos transferenciales, que sostienen el tratamiento, pudieran desplegarse de manera adecuada, habilitando los cambios subjetivos necesarios.

3. Líneas De Análisis A Desarrollar

De la presentación de la situación clínica precedente seleccionaremos ciertos elementos que consideramos importante analizar y que guiarán la articulación teórico-clínica para comprender el caso delineado, desde los aportes teóricos de distintos autores. Cabe

señalar que el presente análisis y articulación no pretende dar una explicación exhaustiva de la situación clínica, ya que la misma, como todo elemento extraído de la realidad social, es compleja y multideterminada, y puede ser pasible de análisis desde distintos puntos de interés.

A los efectos de este trabajo, nos enfocaremos en delinear una posible comprensión del sufrimiento psíquico del niño que lo llevaron a ser atendido en el servicio de salud mental por parte del ESM y en el análisis de la atención brindada por este equipo profesional, desde su inserción institucional y funcionamiento interno. Reconocemos que en este recorte selectivo queda fuera del análisis un elemento muy importante cuyo abordaje excede las posibilidades de este trabajo: la intervención de los actores educativos en la situación clínica analizada y las posibilidades de acción que podrían desplegar. Esta línea de análisis constituiría un aporte valiosísimo para la comprensión en la complejidad, dado que los actores maestra-escuela-sistema educativo también son productores de la realidad del niño y no simple contexto.

El desarrollo del análisis estará orientado a exponer un campo de problemas que atraviesan la situación clínica seleccionada y que al mismo tiempo la configuran: qué se entiende por sufrimiento psíquico y cómo lo explican disciplinas como la psiquiatría y la psicología psicoanalítica, quiénes se hallan “habilitados” a padecer psíquicamente, cómo se da respuesta desde los distintos sectores a dicho padecimiento, cómo se relaciona esto con las políticas de salud y de salud mental específicamente, cuáles son los intereses que ponen en tensión a partir de estas políticas, cómo operan las instituciones que toman contacto con el padecimiento de las personas desde sus múltiples atravesamientos. Éstas, más que preguntas a responder, configuran un campo de problemáticas a desplegar.

4. Análisis de la situación clínica

En el presente análisis y articulación teórico-clínica intentaremos explicar algunos aspectos de la singularidad de Lucas desde la noción de sufrimiento psíquico y la relación de éste con los hechos que lo llevaron a ser atendido por el ESM. También analizaremos algunos planos de la atención de Lucas que consideramos relevantes y que tienen que ver con las condiciones institucionales y sanitarias así como las condiciones de escucha con las que el equipo pudo trabajar.

El marco de análisis con el que abordaremos la condición de sufrimiento psíquico será el enfoque psicoanalítico, y para el análisis de la actuación y funcionamiento del ESM se tomarán aportes de la psicología institucional, y de la sociología clínica.

4.1 El sufrimiento psíquico en los niños

Según lo consignan distintos especialistas de salud mental infantil, entre ellos, Beatriz Janin (2019) y Alicia Muñiz (2013), los niños en la actualidad llegan a las consultas de salud mental llevados por sus progenitores, generalmente derivados por los maestros o instituciones educativas a las que asisten, o por los pediatras por solicitud de los propios padres, porque sus comportamientos son perturbadores para los otros o no “encajan” en lo social o institucionalmente esperado. Como lo plantean Bafico, Janin y Muñiz, tales dificultades son interpretadas como problemas y deficiencias del niño y no como formas de expresión de un malestar que los niños no pueden tramitar de otra manera (Bafico, 2015; Janin, 2019; Muñiz, 2013). El sufrimiento infantil suele ser desestimado por los adultos y muchas veces se ubica la patología allí donde hay funcionamientos que molestan, dejando de lado lo que el niño siente. Se invisibiliza que los niños pueden sufrir y gozar, sentir y padecer, inhibirse o exaltarse, es decir, tener un psiquismo que le permite poder padecer todo cuanto atañe al existir. Se obvia el considerar cómo se confronta en tanto sujeto a la vida, a su deseo y de qué manera finalmente logra manejarlo. Muchas veces es a través de sus conductas “desadaptativas” que el niño logra manifestar estas formas particulares de arreglárselas con su deseo y su goce, manifestaciones sintomáticas por las que los adultos consultan. También es frecuente que se ubiquen como patológicas conductas y comportamientos que corresponden a momentos en el desarrollo infantil, mientras se resta trascendencia a otras que implican un fuerte malestar para el niño (Janin, 2019).

La idea misma de niño se ha modificado y aquello que se le exige, que se espera de él, que se supone normal en un niño, es hoy muy distinto de lo que se exigía y esperaba en otra época. Cada grupo social y cada época tienen su propia representación de lo que debe ser un niño. Como lo plantean Miguez y Sánchez (2015), la infancia como categoría analítica comienza a ser reconocida como construcción social en el marco de la razón moderna y los procesos mercantilizadores propios del sistema capitalista a fines del siglo XVIII, una noción de infancia distanciada de la adultez y que deja atrás la concepción histórica del niño como adulto en miniatura. En este contexto, a lo largo del siglo XX se consolidan marcos normativos que la potencian como etapa con características propias, con derechos específicos a su franja etaria para proteger sus esencialidades como sujetos en proceso de desarrollo cognitivo, afectivo y de sociabilidad. Pero actualmente, esta infancia “protegida normativa y discursivamente, en los hechos, está siendo sobreexigida con actividades y espacios institucionalizados para ser “buenos” reproductores en la adultez del deber ser hegemónico” (Miguez y Sánchez, 2015, p. 36). Muñiz (2013) explica que hoy la niñez se presenta de forma diversa; los niños actualmente muestran características que inicialmente pueden parecer disruptivas para los adultos e instituciones subjetivados en épocas

anteriores, y si esto no se aborda desde una perspectiva compleja, se pueden patologizar conductas que responden a los modos actuales de convivencia, de cotidianidades no estables, de condiciones de subjetivación que dejan a los niños en situaciones de vulnerabilidad psíquica (p. 144).

Cuando un niño nace, lo hace dentro de un grupo familiar y social que lo incluirá de determinada manera, que le asignará lugares y proyectará en él deseos. Se podría decir que todo sujeto firma cuando nace, un contrato con el grupo social al que pertenece, en el que se compromete a cumplir con determinadas pautas para ser considerado parte del grupo y obtener su reconocimiento. El ser humano es una estructura en intercambio permanente con el mundo que lo rodea y del cual es parte, y nos constituimos en una sociedad determinada; es imposible pensar la subjetividad sin pensar en la intersubjetividad, lo que ocurre con los otros y nuestros lazos con ellos. Reducir toda conducta a causas neurológicas borra a la sociedad como productora de subjetividades y a cada sujeto como tal. Es necesario tener en cuenta que en un niño su psiquismo se va construyendo a partir de las experiencias intersubjetivas que pueda establecer. Al decir de Janin (2019)

El psiquismo es una estructura abierta al mundo y éste es para un niño, fundamentalmente, los otros que lo rodean, marcados a su vez por una sociedad y una cultura. Otros que son sostén y fuente de placer o displacer, que son figuras de identificación y que transmiten valores, normas e ideales (p. 60).

Desde el psicoanálisis se entiende que un niño no es un producto liso y llano de un funcionamiento exclusivamente biológico, familiar o social sino que ese sujeto tiene ciertas disposiciones que le permiten, de un modo a veces azaroso, registrar e inscribir ciertas representaciones y no otras, vivenciar y registrar algunas situaciones de determinada manera sin que esto se corresponda puntualmente con la situación misma. Un niño está atento a la realidad psíquica de los otros que lo rodean y de ella toma fragmentos que elabora del modo que puede; delinea un recorrido propio, dado por sus propias disposiciones y por el encuentro que pudo armar con los adultos que lo rodean. Si se desconocen los avatares de la estructuración psíquica, si se piensan todas las manifestaciones infantiles como efectos de los genes o perturbaciones neurológicas en lugar de reflexionar sobre las consecuencias de la historia personal, familiar y de las situaciones sociales en la constitución subjetiva, se corre el riesgo de entender que los niños son “portadores” de déficits, siendo ellos mismos únicos responsables de lo que les pasa y de por qué se comportan como lo hacen (Janin, 2019). Adultos y niños se han producido en torno a condiciones diversas que presionan por ajustarse a lo establecido, considerando como falla (déficit) todo lo que se aparte de ese esperable. Si por el contrario se sostiene

una concepción que entiende que los niños presentan un psiquismo en estructuración, determinado de forma compleja y sobre todo singular, se puede habilitar un modo de comprensión en el que una conducta que se considera “molesta” por parte de los adultos en ciertos contextos, quizás responda a múltiples determinaciones en las que pesan tanto el medio social como el familiar y el modo particular en que ese niño tramita sus vivencias. Se trata de una mirada que relativizaría la afirmación de un déficit enclavado exclusivamente en los circuitos neuronales sino como expresión sintomática de factores coadyuvantes que se producen en condiciones de emergencia multideterminada (Janin, 2010).

Según Fainstein (2013) tomando los aportes de Freud, el sufrimiento humano tiene sus raíces en las fuerzas de la naturaleza, en la fragilidad corporal y en las relaciones con los otros (p. 27). Dependería de cada persona, de sus factores constitucionales, de su historia infantil y de las experiencias de displacer, que el sufrimiento resulte de un efecto directo de la indefensión, de la descarga sobre el cuerpo, de su descarga en la acción, de los mecanismos de defensa que afectan la mentalización y simbolización, o de conflictos entre los sistemas psíquicos y la realidad exterior (Fainstein, 2013, p. 27). En el caso de los niños, dado que se trata de un psiquismo en construcción donde el acceso a los procesos de simbolización recientemente se ha inaugurado, la expresión del sufrimiento se realiza a través de los comportamientos cotidianos que los niños desarrollan en los distintos contextos de los que forman parte, especialmente el hogar y la escuela. Pensar las causas de estas dificultades necesariamente nos debe remitir a la complejidad de las determinaciones, a lo aleatorio de la constitución subjetiva.

Como lo explican Janin (2019) y Muñiz (2013), en la actualidad las solicitudes de atención en salud mental de niños se realizan principalmente por funcionamientos que no podrían considerarse estrictamente como síntomas neuróticos, entendiendo por éstos, la transacción entre el retorno de lo reprimido y el deseo punitivo, la prohibición superyoica, sino que son síntomas en el sentido general de este término, como aquello que aparece y que incomoda o molesta, pero no como efecto de un conflicto entre las instancias psíquicas. Las dificultades que preocupan a adultos e instituciones, como explica Janin (2019) “son efectos, ya no de la pelea entre los deseos y las prohibiciones, sino de conflictos que involucran a varios sujetos y en los que las defensas en juego son anteriores a la estabilización de la represión primaria”(p. 35). Según Fainstein, el sufrimiento es expresión de un compromiso subjetivo que se traduce en padecer un dolor psíquico y ese compromiso subjetivo puede resultar del propio impacto de estímulos en el psiquismo o por un obstáculo del procesamiento simbólico de tales estímulos en el psiquismo (p. 28). Así el abordaje del sufrimiento infantil debe contemplar varios niveles simultáneos, porque el niño no nace

enfermo psíquicamente sino que sus conductas se vuelven inadecuadas a partir de determinadas experiencias y para un determinado contexto. En relación a esto Muñiz advierte que “No deberíamos confundir patología con sufrimiento, siendo que ese sufrimiento tiene su origen en lo social y lo vincular” (Muñiz, 2013, p. 150) mientras que la patología reduciría el malestar a un problema endógeno. No se trata de negar la existencia de dificultades en las conductas de los niños sino de poder ampliar la escucha clínica, comprenderlas como manifestaciones de un malestar psíquico, ahondar en las determinaciones del mismo e intentar descifrar, poniéndolas en juego, el sufrimiento del niño. Janin expresa que no se debe confundir síntoma con cuadro psicopatológico y a lo que se debería aspirar es poder desarmar aquello que determina, de un modo singular, esa dificultad (Janin, 2019, p. 34).

La hipermodernidad desestima las determinaciones históricas del sufrimiento humano, lo que produce una desubjetivación de toda persona, en especial, de los niños y adolescentes, en tanto se elimina el factor intersubjetivo en su estructuración. El discurso mediático lleva a patologizar el sufrimiento en sus modos de manifestación, promoviendo la fantasía de que más felices somos cuanto menos sufrimos, pero el sufrimiento es parte constitutiva de la vida, del devenir de los sujetos y del desarrollo de los colectivos. Como lo manifiesta Fainstein, no es posible suprimir todo padecimiento pero sí mitigar mucho de él si se lo aborda desde una mirada compleja y no unicausal (Fainstein, 2013). Para esto, al decir de Muñiz, es necesario “establecer hipótesis acerca del porqué del enfermar (hacer síntomas) y acerca de las estrategias adecuadas para intervenir sobre ese sufrimiento a fin de producir alivio y bienestar para potencializar las capacidades sociales, cognitivas y afectivas del sujeto” (Muñiz, 2017, p. 16). Según Armus y Costa (2014), cuando se trata del sufrimiento de un niño, estas hipótesis se elaboran recorriendo desde el cuadro sintomático, tomando el dato biológico-médico, a una historia particular, referida también a la historia de los progenitores, de los vínculos tempranos, recorrido que conduce a constituirse sujeto en un contexto histórico social, y en ese recorrido, “aspectos del narcisismo, identificaciones, representaciones psíquicas, dan lugar al deseo, al sujeto deseante, y van construyendo, de una manera no lineal un camino a la autonomía y la independencia” (p. 281).

En la actualidad encontramos una multiplicación de tratamientos y abordajes apuntando al niño como único protagonista de la problemática por la cual es llevado a consulta, descuidando la cuestión de que se presentan múltiples factores interactuantes, entre los cuales no están excluidos los sociales y familiares. Bafico (2015) advierte que asistimos a un tiempo donde el campo de la singularidad es desestimado y los abordajes en salud mental privilegian el formato médico basado en el uso de tratados con tablas de

síndromes y trastornos, con la consiguiente administración de psicofármacos para tratar dichas patologías. Y esto abarca también la clínica de niños

Cualquier síntoma psíquico implica sufrimiento. En el caso del niño, además, no está ajeno a su entorno inmediato. Muchas veces su sintomatología está directamente ligada a la angustia o inquietud de los padres. La medicación muchas veces congela definitivamente la posibilidad de que ese sufrimiento psíquico pueda ser desplegado por el niño, quedando en el lugar de objeto. A veces la medicación tiende a obturar la capacidad de interrogación de los padres en torno a lo que aparece designado como sintomático en sus hijos. Su cuerpo pasa a ser objeto de la medicación, o de la aplicación de diferentes dispositivos. De esta manera se silencia su demanda mientras se cree estar aliviando un síntoma (Bafico, 2015, p. 98).

4.2 El Sufrimiento Psíquico De Lucas

En el caso de Lucas es posible pensar que su sufrimiento psíquico se manifiesta singularmente en las dificultades para aprender que la maestra le comunica a la mamá y por la cual ésta consulta en el servicio de salud mental. Los problemas para aprender que presenta Lucas constituyen el síntoma de un padecimiento subjetivo muy doloroso para este niño, produciendo efectos que se traducen en comportamientos patológicos, según la interpretación que realizan los adultos. Estas dificultades para aprender en la escuela deben ser ubicadas en la singularidad de la situación del niño y no como una categoría general donde se agrupan otras dificultades de aprendizaje que responden a otros determinantes. No se trata de “otro” problema de aprendizaje sino los problemas para aprender de Lucas, un niño que tempranamente ha vivido una experiencia de profundo impacto psíquico, dentro de una familia que tiene características y modos de funcionamiento también singulares. Sólo comprendiendo los distintos determinantes que se entrelazan en este cuadro sintomático, será posible comprender el sufrimiento de Lucas y de esta manera, poder establecer un tratamiento que pueda ayudarlo a superar sus dificultades, atendiendo su padecer.

4.2.1 Los Problemas En El Aprendizaje. Desde el psicoanálisis, la conceptualización de aprendizaje está asociada al proceso de simbolización y a la necesaria presencia de un otro que habilite tal proceso. Según Beatriz Janin, el aprender implica un trabajo psíquico en el que se entrecruzan los deseos y sus avatares, el yo y los ideales; “el aprendizaje escolar es un efecto de transmisiones, inscripciones y ligazones que involucran a varios protagonistas: el niño, la escuela, la familia y la sociedad en su conjunto” (Janin, 2019, p. 89). Para esta autora, aprender, desde su raíz etimológica, es apoderarse psíquicamente de algo, una actividad a nivel psíquico que supone invertir, representar, transformar y armar nuevos circuitos de representaciones (Janin, 2002).

Patricia Álvarez (2002) explica que la producción simbólica es la actividad psíquica encargada de la construcción de representaciones que le permiten al sujeto interpretar el mundo en el que se inscribe en función de las relaciones de sentido que establece y que a su vez se modifica a través de los elementos que organizan su singular trama de significaciones históricamente constituida. Para esta autora, existe una estrecha relación entre el proceso de constitución psíquica y la forma en que construye sus relaciones de sentido que dan lugar a la producción simbólica, un vínculo entre el trabajo psíquico de elaboración de representaciones, los destinos pulsionales y las relaciones de objeto como sostiene André Green (1990, citado por Álvarez, 2002). Desde lo cognitivo, la construcción de objetividades exige como condición primaria un movimiento de deseo hacia los objetos y sus relaciones. En relación a esto, Alicia Fernandez plantea que el pensamiento simbólico es como una trama en la que la inteligencia sería el hilo horizontal, y el deseo, el vertical; al mismo tiempo se genera la organización lógica y la significación simbólica (Fernandez, 1999).

Piera Aulagnier (1977) elaboró uno de los modelos con los que interpretamos la génesis de la actividad representativa en la infancia. Para la autora, la actividad psíquica está constituida por el conjunto de tres modos de funcionamiento: el proceso originario, el proceso primario y el proceso secundario. Cada tiempo de fundación de las distintas instancias psíquicas resignifica a los de mayor precariedad y los incluye. El primero de ellos es el proceso originario en el que se constituyen los esbozos del aparato psíquico que se caracteriza por la tendencia a manifestarse a través de reacciones intensas, desorganizadas y masivas que se expresan en una precaria actividad representativa conocida como actividad pictográfica y sus elementos, pictogramas. Este primer período de organización del psiquismo es rápidamente sucedido por la entrada en funciones del proceso primario cuya actividad representativa característica es la fantasía, producto psíquico que surge para compensar psíquicamente la ausencia de la madre. El contenido de dichas fantasías suele representar los rasgos identificatorios que el niño imagina que posee el nuevo espacio que sus referentes primarios constituyen. Cuando el niño ingresa a la escuela, se le ofrece un nuevo escenario de sujetos y objetos con los que establecerá relaciones de sentido reeditando con ellos situaciones originarias pasando de objetos exclusivamente sexuales a objetos socialmente valorados con lo que reproduce relaciones semejantes a las experimentadas con los objetos parentales -pero nunca iguales- por lo que se modifican las formas de operar psíquicamente, constituyéndose así el tercer modo de funcionamiento psíquico que es el proceso secundario. La actividad representativa de este tercer momento es la producción simbólica, que es la más compleja de las actividades psíquicas.

Schlemenson, quien analiza la obra de varios autores en relación al aprendizaje, explica que tanto Bleichmar, como Aulagnier y como Castoriadis, consideran a la producción simbólica de un individuo como una actividad sustitutiva, sublimatoria, que le permite diferir la fantasía que caracteriza a su actividad primaria y depositarla parcialmente en representaciones sociales de características simbólicas que atraen y actúan como una nueva oportunidad para el enriquecimiento del psiquismo (Schlemenson, 2006). Al ser una actividad sustitutiva, la producción simbólica hunde sus raíces en la sexualidad de cada sujeto, por eso porta en sí aspectos vinculados con los contenidos libidinales y con las formas propias de sustitución; “el trabajo de representación se funda en la necesidad psíquica de tramitar la energía pulsional que se origina en la fundación del cuerpo erógeno” (Patricia Álvarez, 2004, p. 61, citado por Bo, 2006).

Según Schlemenson (2006), los niños con problemas en sus aprendizajes psicológicamente se caracterizan por la presencia de restricciones en su producción simbólica y presentan perturbaciones significativas en el dominio de algunas o todas las áreas del conocimiento, con pérdida de la curiosidad y del deseo para la incorporación de novedades. Rego (2006) opina que los niños que no aprenden nos muestran las detenciones y fallas que el camino de complejización simbólica puede presentar, donde obstáculos de índole subjetivo y significado histórico se traducen en modos rígidos de producción simbólica, es decir, en modalidades precarias, fijas y restrictivas de interpretar el mundo, que en cada niño adquirirán aspectos singulares anclados en su historia libidinal. Para Suarez (2006), los niños con dificultades de aprendizaje se caracterizan por la presencia de fracturas o inhibiciones en la actividad representativa; la producción simbólica, forma representativa más compleja característica del proceso secundario, se ve comprometida y de este modo, la producción de conocimientos, pensamientos, enunciados e ideas se ve detenida u obstaculizada, lo cual es traducido, en el nivel escolar, como fracaso.

Alicia Fernandez (1999) concibe a los problemas de aprendizaje, cuando no se trata de dificultades orgánicas, como la manifestación de una inteligencia atrapada por el deseo. El ser humano, para aprender, debe poner en juego, su organismo individual heredado, su cuerpo libidinalmente construido, su inteligencia autoconstruida interaccionalmente y la arquitectura del deseo, deseo que es siempre deseo de Otro. El aprender transcurre en el seno de un vínculo humano cuya matriz se conforma en los primeros vínculos, pues la prematuridad humana impone a otro semejante adulto para que el niño, aprendiendo y creciendo, pueda vivir. El aprendizaje es un proceso cuya matriz es vincular y su raíz es corporal; su despliegue creativo se pone en juego a través de la articulación

inteligencia-deseo y de los procesos puramente cognitivos. “Sólo observando cómo aprende y luego cuál es la originalidad de su fracaso (a partir del cual se diferencia como sujeto) estaremos en camino de elucidar por qué no aprende” (Fernandez, 1999, p.54). Esta autora también plantea que para analizar las perturbaciones en el proceso de aprender no podemos detenernos solamente en la dificultad específica como tampoco caer en el reduccionismo de adscribir todo trastorno en forma general y común ya sea a razones afectivas o a la dinámica familiar; al negar la participación del deseo, el organismo, el cuerpo y la inteligencia del niño en la gestación de la dificultad, se le negará también la posibilidad de participar activamente en su propia cura (Fernández, 1999).

Silvia Bleichmar (2001) plantea que es importante diferenciar, cuando un niño tiene problemas en el aprendizaje, si tales dificultades se corresponderían a síntomas o trastornos¹, porque esto guiará la forma de intervención con el niño para superar tales dificultades, y la clave de esta diferenciación estaría reconocer si en ese niño el inconsciente se halla constituido o no. Para esta autora, la represión originaria constituye el origen del inconsciente y funda así el aparato psíquico, separándose el sistema inconsciente y el sistema preconscious-consciente; una vez establecida esta separación se estaría en presencia de un psiquismo bien constituido, el cual habilitaría la función de simbolización (Bleichmar, 1984). En el caso de los niños que presentan un psiquismo bien constituido y dificultades para aprender, se puede hablar de dificultades como síntomas. Las dificultades de aprendizaje entendidas como trastorno por el contrario, desde el punto de vista de Bleichmar, se originarían en niños cuyo psiquismo presenta fallas en su constitución, en las que no se ha instalado adecuadamente la diferenciación intersistémica. Alicia Kachinovsky expresa que se podría hablar de problemas de aprendizaje como trastornos sólo en “aquellas circunstancias en las que la curiosidad intelectual no ha llegado a constituirse” (Kachinovsky, 2012, p. 117). Bleichmar (2001) expresa que en estos casos se trata de un psiquismo inadecuadamente constituido por lo que hay elementos imposibilitados de ligarse, los cuales se traducirían en dificultades de diversos tipos. También Janin (2011) se refiere a trastornos de aprendizaje cuando el inconsciente en el sujeto se constituye con agujeros representacionales, que generaría contenidos no ligados que se expresarían como problemas para aprender conocimientos exigidos por la escuela. Kachinovsky, tomando los aportes de Bleichmar, enfatiza que resulta muy importante diferenciar entre “aquellas circunstancias en las que la curiosidad intelectual no ha llegado a constituirse (inhibición intelectual primaria) de otras en las que, una vez constituida, ha sido coartada (inhibición

¹ los términos síntoma y trastornos son aquí utilizados por la autora con un sentido distinto al de síntoma como producto transaccional entre instancias psíquicas (Diccionario de Psicoanálisis de Laplanche y Pontalis) y al de trastorno como conjunto de signos y manifestaciones sintomáticas que definen una entidad psicopatológica propia de los manuales de psiquiatría como el DSM V.

intelectual secundaria)” (Kachinovsky, 2012, p. 117). Al respecto Bleichmar plantea que para hablar de una curiosidad intelectual inhibida hay que haber definido si la curiosidad intelectual verdaderamente se ha constituido y si su no desarrollo es consecuencia de la inhibición derivada de la represión secundaria o si, por el contrario, esta curiosidad directamente no se ha constituido nunca (Bleichmar, 1984).

En el caso de Lucas, a partir de su historia conocida a través de los relatos de la mamá, podemos llegar a inferir que los problemas para aprender consignados por su maestra, se asociarían más a síntomas desde la noción previamente expuesta, dado que según lo expresado por la madre, el niño no habría manifestado problemas de manera previa, habría aprendido adecuadamente, es decir, no habría habido una inhibición intelectual primaria, sino que ésta habría tenido lugar secundariamente. Podríamos inferir que en Lucas se han constituido adecuadamente los sistemas psíquicos que posibilitan el accionar de la función simbólica, pero que el despliegue de la misma se vio perturbada por mecanismos psíquicos resultantes de movimientos económicos y dinámicos dentro del psiquismo. Vale la aclaración de que esta es una inferencia extraída del relato de la mamá de Lucas y no sabemos si el niño comenzó a manifestar dificultades escolares sólo después de la experiencia de IAE del papá. Tal vez, las dificultades ya se habían empezado a manifestar previamente pero la madre, frente a lo comunicado por la maestra, pudo haberlas relacionado exclusivamente con el evento familiar. La historia relatada por la mamá y también por Lucas, habla de una familia con múltiples dificultades vinculares, donde la violencia, en distintas formas, ha estado siempre presente. Unas figuras parentales con ciertas dificultades para metabolizar sus deseos, tolerar sus propias angustias y contener al niño, y con ciertas limitaciones para ofrecerle a su hijo variedad de posibilidades simbólicas para el armado de redes representacionales. En este caso se estaría sosteniendo una idea más cercana a la noción de trastorno de Bleichmar, fallas muy tempranas en el armado psíquico. También es posible pensar que quizás, algunas de las dificultades expresadas por Lucas puedan relacionarse con vacíos representacionales o lagunas del entramado psíquico, por la forma de operar de su psiquismo frente aquello que lo desbordó en sus posibilidades, y no como una falla en la represión originaria sino como marcas de un desgarramiento. Cualquiera de estas hipótesis clínicas exigiría una ampliación de la indagación sobre la historia de vida de Lucas entrelazada con su presente.

Según Alicia Fernandez (1999), tomando los aportes de Freud y Laplanche, el síntoma alude y elude al conflicto; lo elude para no contactarse con la angustia, pero al mismo tiempo estaría señalando una marca, aludiendo al conflicto. El síntoma es el retorno de lo reprimido, una transacción que tiene que ver con una lucha entre instancias

conscientes e inconscientes, para que aquello que se pretendió y se pretende reprimir se mantenga reprimido; no es algo que haya sido sepultado. Hay una lucha constante para que lo reprimido no aparezca, pero el retorno de esto aparece en forma transaccional y sustitutiva, a través de movimientos de condensación y desplazamiento. El código que elige el síntoma para manifestarse nunca se selecciona al azar. Si el síntoma consiste en no aprender, si el lugar elegido es el aprendizaje y lo atrapado es la inteligencia, estaría indicando algo referido al saber u ocultar, al conocer, al mostrar o no mostrar, al apropiarse. En el síntoma de aprendizaje, el mensaje está encapsulado y la inteligencia atrapada; no se posee palabras objetivantes, ni están disponibles los recursos de la elaboración cognitiva. El niño renuncia a aprender, o aprende perturbadamente, marcando a la construcción de su inteligencia. En relación con otros síntomas, el síntoma en el aprendizaje tiene un carácter distinto y una especificidad particular pues en este, la transacción incluye el atrapamiento de la inteligencia y más precisamente la capacidad de aprender. La estructura inteligente forma parte de lo inconsciente, y el aprendizaje es una función en la que participan tanto la estructura inteligente como la estructura deseante, ambas inconscientes. En el caso de Lucas, el síntoma en el aprendizaje, puede ser resultado de la transacción entre los sentimientos, fantasías, deseos e ideas inconscientes desplegadas a partir de la vivencia traumática que se le hacen insoportables, y la necesidad de no contactarse con la angustia que tales elementos inconscientes le provocan. El “saber” sobre esos pensamientos, fantasías, sentimientos y deseos es lo que es necesario reprimir, y en ese saber, también queda asociado el saber sobre el mundo que le ofrece la escuela. Además, si un niño, en lugar de poder realizar sucesivas traducciones de sus deseos y encontrar satisfacciones sustitutivas, tiene que gastar toda su energía psíquica en mantener reprimidos sus deseos, no podrá tenerla disponible para explorar nuevos conocimientos (Fernández, 1999).

También aspectos familiares pueden tener una relación muy estrecha en la formación de síntomas en el aprendizaje, los cuales estarían asociados con el tipo de circulación del conocimiento dentro de la familia y especialmente con el accionar del secreto en el sistema intrafamiliar, como lo explican Alicia Fernandez y Beatriz Janin. “El secreto se trata de informaciones vinculadas con la historia del grupo familiar o aspectos particulares de uno de sus miembros, que en general son ocultadas parcialmente, a sabiendas de que no son desconocidas por los otros integrantes” (Fernandez, 1999, p. 115). Lo que sería especialmente patógeno es que el sujeto se ve obligado a esconder ese secreto que siempre refiere a un hecho vergonzoso para la familia, porque develarlo conllevaría a la ruptura de la alianza familiar, que mantiene unido a ese grupo, a modo de sutura de una herida que siempre está a punto de romperse. Así este secreto refiere no tanto al desconocimiento del hecho vergonzoso, sino a la imposibilidad de poder hablar sobre el

mismo, a partir de no poder simbolizar esta situación. El que debe guardar el secreto puede construir un problema de aprendizaje del orden del síntoma, y las dificultades en tal caso, como lo analiza Alicia Fernández, se centrarán en el “mostrar” que sabe, o la otra cara de la moneda, olvidar lo que supo para no correr el riesgo de que se le “escape”, en no recordar o desmentir que sabe.

Esto se podría identificar en la condición de Lucas. En la clase pareciera que aprende, realiza las actividades propuestas pero al otro día no puede consignar sobre lo que supuestamente había aprendido, como si se hubiera olvidado de lo que aprendió, y a nivel de las entrevistas de atención psicológica, expresar que sus padres se peleaban mucho entre ellos y con otros integrantes de la familia, y luego desmentirlo “yo de las peleas no sé”, como lo expresaba en entrevistas posteriores. En cuanto al secreto familiar, éste tiene que ver con el intento de autoeliminación del papá, del cual no se habló más dentro de la familia, o si se enunció fue de manera circunstancial, obviando nombrar al hecho como tal; el padre volvió a la casa luego de haber estado internado en cuidados intensivos, y no se abordó el tema. Nadie le dijo a Lucas lo que estaba pasando con el papá pero él se enteraba por las conversaciones que escuchaba. Sebastián retornó a la casa como si nada hubiera pasado, retomando sus rutinas, y tácitamente quedó establecido que el evento de IAE había quedado en el pasado y de lo cual no se hablaría más. Lo que sí cambió y de lo cual tampoco se enunció ni conversó con Lucas, fue que él y Claudia ya no eran una pareja conyugal sino convivientes que compartían el cuidado de Lucas y la atención del almacén, y que por lo tanto él debía dormir en el living, desplegando cada noche un colchón, sábanas y mantas enrolladas en un rincón. Mucho secreto, mucho ocultamiento de lo inocultable, mucho silencio, muchas preguntas sin contestar para un niño que necesitó saber para comprender lo que pasó, y una obligación de no nombrar ni de mostrar que se supo del mismo. Figuras parentales, saber, familia, elementos inconscientes, simbolización, secreto, escuela y un profundo sufrimiento psíquico que se anudan en una manifestación sintomática singular, la de Lucas.

Otra de las dificultades escolares consignadas por la maestra que según ésta afectaban el aprendizaje del niño era el problema de la atención en clase: “tiene la cabeza en cualquier lado”. Aquí cabe destacar la salvedad que realiza Alicia Fernández acerca de que actualmente, por parte de distintos profesionales, se ha sustituido el antiguo supuesto de que “si el niño no aprende es porque no entiende” por otro supuesto muy poderoso que dice que “si el niño no aprende es porque padece de desatención o hiperactividad” como certeza explicativa rotunda del fracaso escolar. Esto tiene efectos en las prácticas pedagógicas, porque los adultos se quitan la responsabilidad de buscar la forma de que el

niño aprenda al asignársela al propio niño que es quien no pone suficiente empeño por atender (Fernández, 2012).

Más allá de este supuesto tan potente y generalizado, existe una relación entre atender y aprender enunciada por autores psicoanalíticos y de las neurociencias. Como lo explica Beatriz Janin (2010), para poder aprender algo se tiene que poder atender a ese algo, poder concentrarse en ese tema para luego poder apropiarse de él a través de distintas operaciones psíquicas. Alicia Fernández expone que pensar y atender requieren una de la otra ya que es imposible atender dejando de lado el significar; la actividad atencional supondría una selección de elementos del mundo y tal selección está condicionada por la historia singular del sujeto y por las circunstancias (Fernández, 2012). Cristóforo (2015) realiza un análisis de la noción psicoanalítica de atención por parte de distintos autores y sintetiza explicando que atender supone una investidura de los otros y del mundo, y la capacidad de sostener dicha investidura, que la atención es una función del yo en tanto inhibidor de procesos psíquicos primarios, y que la atención es una función que se desarrolla en un vínculo, relacionado directamente con los vínculos primarios. Tanto Cristóforo (2015) como Muñiz (2017) entienden entonces que las dificultades de la atención tendrían que ver con dificultades en investir la realidad y en la inhibición de procesos psíquicos primarios

Si atender es investir una parte de la realidad, las dificultades en la atención estarán mostrando la dificultad del yo para investir ese recorte de la realidad, y/o, para inhibir procesos psíquicos primarios que penetran en los procesos perceptivos (Cristóforo, 2015, p.30)

Janin (2010) como Untoiglich (2005) ponen en duda la afirmación de que un niño que presenta dificultades de atención no atiende, por lo que modifican ese enunciado y expresan que el niño no atiende -lo que la maestra le enseña- porque está atendiendo a otra cosa, y que no hay niños que no atiendan en absoluto. Esto se evidenciaría, en el caso de Lucas, cuando participa en clase y realiza intervenciones orales con temas que no eran del todo ajustados a lo que se estaban trabajando y que la maestra lo interpreta como errores fruto de la desatención, pero que podemos pensar de que se trataban de temas a los cuales él sí les estaba atendiendo-investiendo pero no se correspondía con lo que se estaba trabajando en clase. Las dificultades para investir el mundo, al decir de Janin, podrían tener que ver con una desinvestidura del mismo porque se lo percibe como muy hostil y en muchos casos ocurre esto para investir fantasías en las que se siente más seguro, o porque directamente nunca lo han investido a él como sujeto (esto ya tendría que ver con fallas muy tempranas en la estructuración psíquica producto de los avatares de los vínculos primarios) (Janin, 2010). Alicia Fernández aquí también utiliza la metáfora del preso que construye su propia

celda al decir que “la atención es atrapada” por psiquismo del propio sujeto, especialmente desde sus elementos inconscientes (Fernández, 2012).

Recordar, aprender, pensar y atender, según lo explica Fernández, se entrelazan continuamente, cada accionar depende de los otros. Sin aprender, la permanencia de lo atendido sería un simple memorizar desubjetivante; el aprender introduce la novedad en lo que “ya estaba”; el recordar introduce lo propio en lo que proviene de los otros para poder significarlo. La adquisición del conocimiento y su mantenimiento suelen considerarse como dos momentos separados y sin embargo ambos están íntimamente relacionados; son construcciones que se someten a continuas reconstrucciones (si no, no hay aprendizaje) donde operan los procesos atencionales. Y no se puede atender al presente ni proyectarse a un futuro sin recordar el pasado (Fernández, 2012, p.163). Lucas no puede atender al presente -o por lo menos en la medida que la escuela le exige- sin recordar un pasado que duele mucho. En las dificultades manifestadas por Lucas es posible reconocer cómo se hallan anudadas todos estos procesos de forma singular, mostrando cómo la afectación de uno de ellos tiene efectos en los otros, de tal manera que no se pueden pensar en dificultades aisladas, sino que su comprensión exige una mirada que fluctúa entre lo específico pero al mismo tiempo, en la integralidad.

4.2.2 El Trauma Psíquico. Consideramos que la situación vivida por Lucas con el intento de autoeliminación del padre puede configurarse como una experiencia traumática, experiencia que es inscripta de forma particular en un psiquismo en construcción y que por lo tanto tiene efectos particulares en el sujeto. El niño encontró a su padre ahorcado en el galpón de su casa, inconsciente, luego de una pelea con la mamá. Si bien el padre pudo sobrevivir tras haber recibido atención médica a tiempo, lo percibido por el niño, fue la de un cuerpo muerto pendiendo del techo, visiblemente inerte, el cuerpo de su padre. A eso se le suma el haber sido la persona quien lo encontró y quien dio aviso a la madre, el haber presenciado la desesperación de ella buscando ayuda y las posteriores maniobras para rescatarlo y revivirlo, y el ser testigo de cómo se lo llevaban inconsciente (¿vivo? ¿muerto?) sin que él supiera qué iba pasar después. Al circunscribir lo ocurrido con Lucas como una experiencia del orden de lo traumático, nos parece importante desarrollar algunos apartados para profundizar en la noción de trauma psíquico para poder comprender la singularidad del padecimiento de este niño.

El concepto de trauma constituye una noción importante dentro de la obra de Freud, quien lo introduce y desarrolla vastamente, por lo que es ineludible su referencia en este análisis. Según lo explican Baranger, Baranger y Mom (1987), el concepto de de trauma

psíquico sufre una evolución en el sentido de una ampliación progresiva del concepto y un alejamiento cada vez mayor del uso médico (como efracción brusca en la homeostasis orgánica) a medida que Freud va elaborando y modificando la teoría psicoanalítica. En sus primeros intentos de conceptualización, Freud concebía el trauma psíquico como esencialmente producido por un factor ambiental que invade al yo y que no puede ser descargado por reacción, viendo negada su salida por elaboración asociativa; estableció una definición metapsicológica fundamentalmente económica: partió de la idea de que el trauma psíquico es un exceso de excitación neuronal que se desprende de experiencias tempranas de la infancia, siempre de carácter sexual y que, al no poder ser derivado por vía motriz ni integrarse asociativamente, se extravía en el sistema nervioso. Esta noción de trauma surge de las indagaciones de Freud que lo llevaron a explicar la etiología de las neurosis histéricas formando parte de lo que luego se lo conoció como la teoría de la seducción por parte de un adulto perverso, teoría abandonada posteriormente por el autor y sustituida por la teoría de la fantasía (Baranger, Baranger y Mom, 1987).

En *Más allá del principio del placer* (1920), a partir del interés en las neurosis de guerra, Freud retoma el concepto de trauma y lo relaciona con las barreras frente al estímulo; llamó traumáticas a las excitaciones externas muy intensas capaces de traspasar la protección de la barrera antiestímulo (Baranger, Baranger y Mom, 1987). La idea era que un suceso, como un suceso externo, provoca una enorme perturbación en la economía energética del organismo y moviliza todas las defensas. Freud reconoció en los sueños perturbadores y recurrentes de las víctimas algo que no se ajustaba al principio del placer, y lo describió como una compulsión de repetición que se instaura más allá del principio del placer y que lo desborda, relacionándolo con la pulsión de muerte. Baranger, Baranger y Mom (1987) explican que Freud realiza un corrimiento de la noción de trauma hacia la de situación traumática al relacionar estos conceptos con su teoría de la angustia en *Inhibición, síntoma y angustia* (1926); en esta expresa que la situación traumática de base es la situación de desvalimiento primitiva, de total impotencia motriz o psíquica frente a la irrupción de estímulos de origen externo o interno que en su momento produjo una inundación de angustia automática.

Marcelo Viñar, quien aborda la noción psicoanalítica de trauma inicialmente desde la comprensión de los efectos de la violencia de Estado durante la dictadura militar y luego como efecto de distintos hechos sociales, sintetiza los aportes freudianos expresando que es de sentido común reservar la calificación de traumático a aquellas situaciones que exceden a las violencias promediales que son inherentes a la peripecia de la sexualidad infantil. Esta es una violencia necesaria, o al menos, ineludible. Su exceso

por causas exógenas define hoy la noción de trauma. Con lo que nos viene de adentro (la pulsión) y lo que nos viene de afuera (la experiencia), la incesante actividad autoerotizante construye significaciones sucesivas, donde un sujeto se sitúa y sitúa al mundo circundante (humano y natural). Yo llamaría hoy trauma o situación traumática al hecho de que este metabolismo perpetuo de autoconservación se vea invadido, inundado, o excedido por una situación que el psiquismo no puede significar, o no puede modificar y se rompe o interrumpe la producción simbólica que funda la existencia psíquica y transitoria o definitivamente se crea un agujero o un desgarró que se requiere remendar (Viñar, 2005, p.49).

Psiquismo excedido en sus límites, interrupción de los mecanismos habituales por los cuales el aparato psíquico tramita las distintas experiencias del sujeto, y la marca de un vacío de lo que no se pudo simbolizar y que insiste sin temporalidad. Viñar agrega que la singularidad del trauma no sólo tiene que ver con cómo la situación traumática se anuda con la historia de vínculos y experiencias previas del sujeto, sino también con la manera en que ese sujeto podrá significar, a posteriori, los acontecimientos, sea como marca devastadora o como producción sublimatoria (Viñar, 2005).

Lucas viviendo una experiencia que a todas luces supera las endebles defensas de su psiquismo en constitución, una agitación interna de su yo inmaduro obligado a procesar, de forma intempestiva, un enorme monto de excitación psíquica que superó su sistema de protección interna. Lucas tramitando una situación de extrema violencia para una organización psíquica aún en proceso de estructuración, situación que ningún niño debería atravesar jamás.

Benyakar y Lezica (2005) plantean que usualmente se hace uso indistinto a los términos trauma y situación traumática, tanto en el área médica como en los medios de comunicación y en publicaciones especializadas, y los mismos se vacían de sentido. Lo traumático siempre incluye la conjunción entre lo subjetivo personal (el sujeto) y lo social-ambiental. Estos autores proponen diferenciar tres términos asociados al acontecer traumático: la situación disruptiva como evento fáctico desestabilizante, la vivencia traumática que correspondería a la reacción subjetiva ante esa realidad desestabilizante, y la experiencia traumática que denota la simultaneidad e interrelación entre la situación y la vivencia.

La situación disruptiva se trataría de un evento que por sus características intrínsecas implicaría una exigencia de trabajo impuesta al psiquismo más allá de lo que éste tolera, obligándolo a recurrir a procesos estabilizadores no siempre exitosos en evitar el

malestar psíquico; una situación que abrupta e imprevistamente desborda toda previsión y defensa. En el caso de Lucas, la situación disruptiva estaría dada por el IAE paterno y la presencia del niño como testigo ocular y vivencial del mismo. Estos autores además resaltan que cuando el evento tiene causas humanas intencionales, los que causan especial daño psíquico son aquellos realizados por un otro ubicado en el rol de amparo, como sería el caso del papá de niño que voluntariamente decide terminar con su vida en la propia casa en donde sabía que se encontraba su hijo. El evento se tornaría disruptivo a partir del narcisismo contrariado del sujeto porque lo desestabilizante afecta la integridad sostenida por las pulsiones de autoconservación y la tendencia omnipotente de dominio de la realidad de la persona (Benyakar y Lezica, 2005).

Benyakar y Lezica (2005) y Echeburúa (2009) manifiestan que lo traumático generaría las condiciones para que se diera una alteración en la elaboración psíquica usual de un sujeto singular. Estos autores insisten en que lo traumatogénico no refiere a una causalidad unívoca -a tal suceso, tal efecto- sino que remite a una causalidad estructuralmente compleja; será considerada traumática en la medida en que la situación, de potencial disruptivo, haga emerger -en forma masiva y repentina- angustia automática, angustia que no permite el desarrollo de defensas psíquicas eficaces, es decir, defensas psíquicas que den lugar a la elaboración, y que permanece como “mojón” en el mapa psíquico, como afecto señalizador y cualificador de esa circunstancia. Podemos decir, en el caso de Lucas, que la experiencia fue traumática, especialmente por los efectos que la misma tuvo en su psiquismo inmaduro.

Una situación puede ser disruptiva para un conjunto más o menos grande de personas debido a las cualidades intrínsecas del evento en sí (inesperado, de graves consecuencias, doloroso) pero esa situación podrá ser traumática según el efecto psíquico en cada sujeto, determinado esto por múltiples factores en los que se incluye la intervención de las series complementarias freudianas, las cuales refieren a la interrelación, a cada instante, de lo hereditario y lo adquirido, que a su vez comprende lo infantil estructurante con el estado psíquico en el momento en que actúa el desencadenante (Freud, 1992/1916-1917). Podemos pensar en la intensa vivencia de terror y desvalimiento experimentada por Lucas al ver a su padre “muerto” pendiendo del techo y luego manipulado como un objeto, ver cómo lo trasladaban para procurar atención médica, la angustia masiva que en ese momento irrumpió en un psiquismo tan inmaduro, ¿cómo podía integrar todo el horror que estaba viviendo?, ¿cómo no pensar que esto tendría efectos dañinos en su psiquismo?

Tanto Benyakar y Lezica (2005) como Schkolnik (2005) consideran que en una vivencia traumática no se trata de que exista ausencia de inscripción psíquica y de representaciones psíquicas como suele ser parte del discurso psicologizante que se despliega en relación al tema, porque consideran que esto llevaría a admitir que muchas vivencias no traspasan el umbral de lo meramente perceptivo sensorial y no se explicarían los fenómenos de repetición y de actualización de las vivencias en que se expresa en el recuerdo, los sueños, los flashbacks y otras manifestaciones sintomáticas.

Schkolnik (2005) expresa que las marcas de lo percibido, en tanto siempre se invisten desde la pulsión -que es lo propio del sujeto- se inscriben como representaciones a nivel psíquico y lo que habría entonces serían distintos tipos de inscripciones que estarían disponibles o no a la resignificación necesaria para su procesamiento psíquico. Para esta autora, cuando un sujeto muestra síntomas que se asociarían con un vacío representacional, lo que estaría realmente mostrando sería una falla en el procesamiento psíquico, una dificultad en establecer cadenas representacionales que permitan la tarea de resignificación necesaria para la elaboración psíquica a través de la ligazón con la palabra. Se trataría de un fracaso en el proceso de simbolización, proceso que surge a partir de la ligazón entre representaciones que permitiría la configuración de una red que habilita la circulación del afecto y la necesaria resignificación que promueva la apertura al sentido. Así la interrupción de los procesos de traducción darían lugar a limitaciones para instaurar un registro metafórico necesario en el trabajo elaborativo que evite el exceso de excitación no ligada, y al no poder establecerse adecuadamente las redes y constructos simbólicos susceptibles de organizar lo que proviene de lo pulsional, se dificulta el proceso de resignificación y la consiguiente emergencia de sentidos. Al fracasar el encadenamiento representacional posibilitador del surgimiento del sentido, el exceso de excitación se vierte en distintas manifestaciones conductuales y comportamentales que se detectan como sintomáticas (Schkolnik, 2005, párr. 14).

En relación con esto y tratando de comprender en mayor especificidad cómo la experiencia traumática es capaz de generar modificaciones en el psiquismo, tomamos los aportes realizados por Antonello y Herzog (2012) quienes analizan distintas obras de Freud que explican el funcionamiento de la memoria desde la teoría psicoanalítica y su relación con el trauma. Según estos autores, Freud en *Proyecto para una psicología científica* (1895) y en *Nota sobre la "pizarra mágica"* (1924) presenta como contenidos del aparato psíquico a los signos de percepción, los cuales son inscriptos y retranscriptos a partir de los nuevos signos que el aparato va recibiendo de manera continua. Debido a esto, lo recordado no coincide con el acontecimiento en sí, sino que se trata de un producto resultado de varias

retranscripciones. A través de la memoria actualizamos informaciones del pasado, impresiones psíquicas, vivenciadas o fantaseadas, pero también a partir de la memoria, podemos construir nuevas representaciones.

Antonello y Herzog (2012) explican que posteriormente, como parte de una profundización sobre el funcionamiento del aparato psíquico, en la *Carta 52* de Freud a Wilhelm Fliess (1896/1986), Freud reconocerá que existirían dos tipos de impresiones psíquicas, generadas conforme a la capacidad yoica para dominar la cantidad de excitación: las huellas de memoria y las marcas. La huella de memoria sería la impresión mnémica que puede ser activada por el recuerdo porque está inscripto como representación, mientras que la marca se trataría de un tipo de impresión que no tiene representación de ningún tipo, por lo que no puede ser evocada como recuerdo. Las marcas, entonces, se caracterizan por no sufrir ninguna traducción; éstas conservan asociadas la excitación inicial y son procesadas dentro del psiquismo según las leyes psicológicas vigentes en el período anterior, es decir, bajo el funcionamiento de proceso primario. Por esta razón las marcas se mantienen fuera de los sistemas de representación y de las reglas aplicadas a las mismas (proceso secundario), subsistiendo en el aparato psíquico bajo otras determinaciones que Freud asocia a la compulsión a la repetición en *Más allá del principio de placer* (1920). La ausencia de ligazones directas con las representaciones-palabra del registro preconciente-conciente se explicaría por el hecho de que estas marcas constituyen algo que no puede ser expresado a través del discurso. La energía del proceso primario, energía no ligada, que circula libremente en el aparato psíquico, también puede reactivar aquellas representaciones-cosa asociadas a vivencias de dolor que en su origen producían displacer.

Estos autores plantean que según Freud, el trauma, al igual que las experiencias de dolor, se caracterizaría por una ruptura del escudo protector de para-excitaciones, el cual protege al aparato psíquico de las excitaciones excesivas externas (Antonello y Herzog, 2012). El dolor es el resultado de la ruptura de la protección, rotura que lleva a un aumento brutal de tensión en el interior del aparato psíquico. El dolor entonces se constituye como una fuente emisora de excitación, motivo por el cual Freud llamó al dolor pseudo-pulsión en la obra *Las pulsiones y sus destinos* (1915), porque el dolor pasa a comportarse como una fuente interna y siendo así, se torna imposible emprender una fuga. Frente al exceso experimentado y la inundación del aparato psíquico por el montante de energía, el yo, tomado por sorpresa, no tiene el poder de refrenar el impacto de esa experiencia, lo que se configuraría como una marca psíquica. Así, el problema principal del aparato psíquico es capturar la energía libre invasora, lo que indica un modo de funcionamiento fuera del principio de placer. Como no existe un medio para impedir que el aparato psíquico sea

objeto constante de las excitaciones, el problema central para la sobrevivencia del sujeto es el dominio de esa energía. Es a través de la ligazón que la energía pulsional puede asumir formas organizadas y ser representada psíquicamente. En caso de que no sea posible realizar procesos de simbolización, se estará en presencia de algo caótico, extraño al yo, conocido como lo irrepresentable que se manifestará a través de la repetición.

Los autores concluyen que el trauma constituye una herida abierta en el yo, por un acontecimiento violento que le impide ser elaborado simbólicamente, configurando las marcas psíquicas. El exceso presente en esas vivencias dolorosas imposibilita su representación, de forma que la vivencia traumática subsiste de forma literal, no dominada y retorna en forma de compulsión a la repetición (Antonello y Herzog, 2012, p. 119).

En el caso de Lucas, si bien él puede relatar la serie eventos que tuvieron lugar en torno al IAE del padre, lo que nos haría suponer que la tensión que lo inundó pudo ser ligada a representaciones, sería razonable también poder inferir que no toda la excitación experimentada haya sido completamente ligada. Dado que se trata de un aparato psíquico en construcción, en los procesos psíquicos de este tipo pudieron ocurrir fallas y este montante de energía no ligada se haya configurado como marcas psíquicas, las cuales se manifestarían en las distintas expresiones sintomáticas que pueden estar sosteniendo sus dificultades para aprender.

4.2.3 Lo Traumático Y El Aprendizaje. Como se explicó previamente, Janin plantea que para poder aprender es necesario investir el mundo, atender, poder grabar lo aprendido (memoria), apropiarse creativamente de ese conocimiento y ligarlo con otros saberes y así, atención, inscripción, pensamiento (movimientos representacionales) y elaboración (armado de nuevos pensamientos) serían momentos fundamentales en el proceso de aprender (Janin, 2002). Pero ¿qué ocurre con el aprendizaje de un niño cuando lo traumático irrumpe en su vida? Porque es indudable que una de las principales tareas que realiza un sujeto a esa edad que es aprender lo que la sociedad le exige que aprenda para poder ser parte de la misma, no se vea afectada, de alguna forma, por la experiencia traumática vivida, ya que como se ha visto, el trauma genera movimientos psíquicos de diversa índole, especialmente en un psiquismo en construcción.

Para esta autora, para poder pensar -que es lo que caracteriza al aprendizaje escolar- algo del orden del sufrimiento se debe dar en el sentido de aceptar que la satisfacción del deseo sea diferido pero las situaciones de sufrimiento excesivo puede llevar a situaciones de desinvestidura extremas, de expulsión de la capacidad de pensar. El

camino de la simbolización está impulsado por la ausencia del objeto, dado que si éste está siempre presente, no hay desplazamiento posible ni necesidad de representarlo simbólicamente, pero también es necesaria cierta presencia del objeto, porque la ausencia absoluta no posibilita la simbolización sino que deja un vacío en la trama representacional. En este juego de presencias-ausencias se constituye el pensamiento mientras que el trauma puede obturar posibilidades de pensar, de romper ligaduras. Y esto puede reproducirse en el aprendizaje de la lectoescritura.

Escribir es recuperar un vínculo que se ha perdido y que a la vez está presente, pero aprender a leer y a escribir no sólo es internarse en un nuevo mundo, sino re-crearlo. Por esta razón, para Janin (2002), algunos niños tratan las letras como unidades sin sentido a las cuales no pueden unir porque lo que está quebrado es todo enlace; una palabra es para ellos un conjunto de letras desarticuladas. El funcionamiento tanático, propio de la compulsión a la repetición desencadenado por aquello no ligado a partir de la vivencia traumática, aparece en esta desarticulación permanente (Janin, 2002). Quizás esto pueda estar pasando con Lucas y sus dificultades para formar palabras, la dificultad para unir letras en sílabas que se articulen para formar palabras, palabras que dicen cosas de un mundo externo que fue capaz de generarle extremo terror.

Puede entonces haber problemas de aprendizaje por rupturas en la trama representacional inconsciente, en las representaciones-cosa y en las representaciones-palabra, ya que se constituye el inconsciente con agujeros representacionales que promueven la no inscripción, la desligazón. Para que algo efectivamente se inscriba tiene que tener raíces en lo inconsciente porque sino, sólo se trataría de mera repetición.

Para poder desarrollar pensamientos hay que poder pensar tanto lo placentero como lo displacentero. Si al pensar el sujeto se encuentra con algo que le genera displacer y se frena el pensamiento, irán quedando vacíos o lagunas en el pensamiento preconscious "que funcionan como el agujero negro, en el sentido de que tienden a atraer a sí todo lo que conecta con ellos" (Janin, 2004, p.29). Asociado a esto, también puede haber problemas de aprendizaje cuando el terror toma toda la escena, terror que inunda al sujeto frente a la vivencia de desvalimiento característico de la experiencia traumática, el recordar se vuelve tan insostenible, por lo que se anula la materia prima del pensamiento porque se impide el acceso al reservorio mnemico como defensa del yo frente a la angustia. A veces el sujeto activamente se niega a saber porque ese no saber posibilita armar un "como si" de desconocimiento del terror.

Podríamos pensar que algo de esto también se pone en juego en los problemas de Lucas con el aprendizaje escolar: el no recordar, el no hacer uso de la memoria, porque pensar lo remitiría a la noche del IAE de su papá que al decir de Janín, funcionaría como el agujero negro del pensamiento, y la enorme energía que debe disponer para no pensar.

Schlemenson, a partir del análisis que Piera Aulagnier realiza sobre la génesis de la actividad representativa, explica que dado que no hay sustitución sino resignificación de las instancias psíquicas primitivas en el desarrollo de los modos de funcionamiento psíquico, en las producciones secundarias aparecen restos no reprimidos que coexisten con formas de funcionamiento psíquico más complejas. Si hay elementos históricos de orden traumático que persisten sin ligar, el pasaje al proceso secundario es precario o insuficiente, pues dichos restos no reprimidos invaden las producciones secundarias y las contaminan y se dan capturas libidinales que dificultan el acceso al proceso secundario (Schlemenson, 2006).

También podemos pensar, como se vio previamente, que en Lucas se produjo una desinversión del mundo real que afecta inicialmente los procesos atencionales como forma de protección frente a un mundo, inicialmente presentado por los progenitores, que es capaz de generarle tanto dolor al violentarlo de forma extrema como lo fue la experiencia traumática atravesada. ¿Cómo volver a invertir libidinalmente el mundo que puede ser capaz de dañar y dejarlo en una situación de desvalimiento absoluto? Quizás la forma que encontró su psiquismo para no sucumbir frente a lo vivenciado fue el invertir las fantasías, quitándole la investidura a elementos de la realidad más objetivos como lo son los conocimientos escolares. Y esto pudo haber afectado la capacidad para inhibir procesos psíquicos primarios que se despliegan interfiriendo en los procesos de simbolización exigidos para el aprendizaje escolar.

Teresita Bo (2006) plantea que hay niños que pueden relatar diversos acontecimientos, incluso algunos ciertamente traumáticos, pero no pueden atribuirles ningún sentido, salvo aquellos congelados, únicos, que los llevan a repetir trozos de su historia. Hay un relato, pero generalmente desafectivizado; hay palabras para contar los hechos fácticos pero no hay posibilidad de encontrarle un sentido. Hay afectos desligados de dichas experiencias, una desarticulación entre representaciones y afectos, al decir de Benyakar y Lezica, resultado del evento disruptivo. Y esta desarticulación no permite ligar acontecimientos a la historia del sujeto. En el caso de Lucas, por su edad y por funcionamiento tanático de repetición compulsiva, no puede asociar lo que le pasa en la escuela con su vivencia extrema. Lucas puede relatar los eventos que tuvieron lugar, pero lo

trata como algo más que le pasó, como cuenta que jugó a la PlayStation con su hermano la tarde anterior. Será labor del trabajo psicoterapéutico ampliar el proceso asociativo que se encuentra restringido, propiciando la subjetivación como forma de complejización psíquica.

4.3 El Dispositivo Sanitario Para La Atención En Salud Mental

Las dificultades para aprender de Lucas, que como se ha expuesto, responderían al efecto de lo traumático en su psiquismo, es interpretado por la maestra y por la escuela como un problema mental, y que por lo tanto, debe ser atendido y solucionado ¿exclusivamente?, desde un dispositivo sanitario. La condición de Lucas es ubicada en el lugar de la patología, de lo enfermo, lo que hay que curar. A nivel estatal se dispone que la atención en salud incluya también la atención a aquellos aspectos del vivir y el enfermar que se engloban como de “salud mental” , a través de servicios de Salud Mental en centros de salud públicos y privados desplegados en el país, como el que acude Claudia para solicitar ayuda. ¿Qué implica que existan estos servicios que “atienden la salud mental” de sujetos como Lucas, que expresan un sufrimiento psíquico? ¿Cómo realmente lo hacen? ¿Por qué y para qué?

La atención en salud mental históricamente ha sido un aspecto problemático para el estado uruguayo, y la atención que hoy se brinda es el resultado de un largo recorrido como lo plantean Techera y Apud (2013), para llegar a la actualidad a una organización sanitaria que se implementa en la convivencia de tres modelos: el asilar, el hospitalocéntrico y el comunitario. Desde 1880² hasta la actualidad, se han dado importantes cambios en la forma de entender a la salud mental, cambios que responden a diferentes procesos sociales, históricos, políticos, que propiciaron cambios subjetivos, institucionales y legales habilitantes de nuevas formas de atención en salud mental.

La atención sanitaria en salud mental está asegurada por ciertas leyes y normativas que determinan la existencia del servicio a nivel institucional y organizacional, y su forma de funcionamiento. Según Aguilar Villanueva (1992), estas leyes y normativas son productos gubernamentales, creados por sujetos que se ubican en distintas posiciones dentro del campo social, y son el resultado de procesos de lucha de intereses entre distintos colectivos que defienden ciertas concepciones sobre las que se aglutinan dichos intereses. Las reivindicaciones de estos colectivos colocan en tensión distintos paradigmas, ideologías, fundamentaciones epistemológicas y valores que configuran el espacio de lo público (Aguilar Villanueva, 1992), como por ejemplo: ¿qué se entiende por salud? ¿qué se entiende por salud mental? ¿cómo debe organizarse y funcionar la salud pública de un país? ¿qué obligaciones tiene el Estado en relación a esto? ¿qué prioridad tiene el sector salud para ese

² año de creación del Hospital Vilardebó como primer dispositivo de atención para enfermos mentales en Uruguay

Estado? ¿qué papel desempeñan la salud y la salud mental dentro de las políticas públicas? En el proceso de construcción y discusión de un proyecto de ley, en las negociaciones con distintos actores implicados, estos colectivos intentarán que sus intereses se vean promovidos en la esfera pública por sobre los demás, obteniendo la legitimación que los asegure.

La implementación de la atención en salud mental de los usuarios del SNIS por parte de los prestadores de salud, como derecho de los primeros y obligación de los segundos, implica, siguiendo la expresión utilizada por Adriana Molas en su tesis de maestría, la “bajada” de un paradigma de salud, salud mental y salud pública a niveles de concreción que permitan su cumplimiento (Molas, 2012). Es decir, se trataría de la adaptación de los discursos plasmados en documentos elaborados por expertos, a los espacios reales y concretos donde se buscan generar los impactos descritos en forma de objetivos. Esta adaptación implica cambios en la legislación y normativas, modificaciones y transformaciones institucionales y organizacionales complejas, que involucran procesos y actores múltiples, y se dan en determinado contexto social, político y económico que incide en su formulación e implementación.

En el caso de Uruguay esta serie de cambios implicaron:

1. la creación en 2007 del SNIS por la Ley n°18.211 como parte de la reforma sanitaria estatal. Éste mantiene como principios una concepción de salud como un proceso integral que abarca al sujeto en todas sus dimensiones considerando el ambiente físico y social donde transcurre su vida, y la salud como un derecho a garantizar. También, en el artículo 4 de la presente ley, se proclama que el SNIS tendrá como objetivo alcanzar el más alto nivel posible de salud de la población mediante el desarrollo integrado de actividades que contribuyan a la mejora de la calidad de vida de la población (Uruguay, 2007);
2. la promulgación en 2011 del PIPSM como parte de una segunda etapa de la reforma sanitaria, en el que se expone que la salud mental es parte de la salud integral de las personas, y para lo cual se debe garantizar el acceso a distintas prestaciones en salud mental, incluidas las psicoterapias, para ciertas poblaciones que se consideran prioritarias (MSP, 2011);
3. la aprobación en 2017 de la Ley n°19.529 de Salud Mental, tras la lucha histórica de organizaciones sociales para que la atención en salud mental incorporara la perspectiva de derechos humanos. Esta ley define a la salud mental como

un estado de bienestar en el cual la persona es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de

forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. Dicho estado es el resultado de un proceso dinámico, determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos (Ley n°19.529, Art.2; Uruguay, 2017);

4. la aprobación en 2019 del nuevo Plan de Salud Mental, en el cual se definen estrategias para promover la salud mental, para reducir la morbimortalidad y la exclusión de las personas con trastornos mentales, y “brindar una atención de calidad, basada en los derechos humanos y centrada en un modelo comunitario e intersectorial de atención” (MSP, 2019, p.25).

Más allá de cómo se organiza la atención sanitaria a nivel institucional, existe un elemento central que no es claramente puesto en discusión y que tiene que ver con la noción misma de salud mental. Este aspecto se vuelve problemático a la hora de definir una política pública que tenga a la salud mental como objeto, dada la naturaleza polisémica e imprecisa de tal concepto (al igual que el concepto de salud), que no se encuentra exenta de conflictos epistemológicos y políticos al establecer cómo se vinculan la salud y lo mental. En relación a esto Restrepo y Jaramillo (2012) plantean que la construcción de “una” salud mental es

un artificio sincretista, puesto que, en sentido estricto, no existe una categoría homogénea y unificada, con bordes epistemológicos, teóricos y metodológicos bien definidos de lo que podamos llamar “salud mental”. Esta polifonía tiene sus raíces en razones de índole conceptual, ideológica, antropológica y/o filosófica, que dan paso a múltiples versiones de lo que entendemos por salud mental (Restrepo y Jaramillo, 2012, p. 207)

Entonces dada esta imposibilidad de definir de forma universal qué es la salud mental, y menos aún, cómo se debería intervenir en ella, es que se plantean políticas públicas y programas que tienen centralidad en curar, corregir, tratar o prevenir la enfermedad mental -como lo opuesto a la salud mental- junto con otros que se hallan abocados en incluir a la salud mental como un componente más de la salud integral (Restrepo y Jaramillo, 2012).

Como lo plantea Robert Pérez, el debate sobre el tipo de servicio de salud mental más adecuado de implementar muchas veces queda reducido a una polarización respecto al estatus institucional del tratamiento en cuanto al modelo a desarrollar, que en realidad es secundario a la discusión sobre las concepciones de salud mental desde donde se propone cada modelo o su articulación. Planteado de diferente modo, “¿de qué manera el modelo de atención definido garantiza que realmente se atienda lo que se dice atender?” (Pérez, 2013, p.155). Según Restrepo y Jaramillo, la noción de salud mental está netamente vinculada a

una posición política que la sustenta y para la cual es funcional, no siendo suficiente un cambio en cuanto a concepciones patologizantes o no patologizantes del sujeto, sino que es necesario un “cambio de racionalidad y sobre todo un cambio en la posición política” (Restrepo y Jaramillo, 2012, p. 208).

La atención a la salud mental, como fue referido previamente, forma parte de una política pública de salud que el estado uruguayo ha decidido llevar adelante. Martín de Lellis define a las políticas públicas como un conjunto de respuestas articuladas en múltiples niveles de decisión: desde un nivel centralizado de conducción en el cual se adoptan decisiones correspondientes al nivel nacional, hasta la aplicación de programas y proyectos que abarcan un conjunto de proyectos operativos que se ejecutan finalmente en el ámbito de las instituciones y servicios de salud (de Lellis, 2006, p.552). Por su parte Aguilar Villanueva (1992, citado por García, 2010) plantea que una política pública puede pensarse como “un comportamiento propositivo que se pone en movimiento con la decisión de alcanzar ciertos objetivos a través de ciertos medios y se pone énfasis en su carácter procesual ... en un doble sentido, como “el curso de acción deliberadamente diseñado y el curso de acción efectivamente seguido” (p.5). Desde esta perspectiva es tan importante lo que se propone la política en el diseño, como lo que ella realmente produce en sus acciones y el impacto que esto genera. García (2010) explica que desde las instancias de diseño por parte de expertos y el posterior curso que efectivamente toman las acciones en los espacios concretos de las organizaciones, se visualiza que el proceso de implementación de la política implica un recorrido que “aterriza” o adapta los planos abstractos del derecho y la conceptualización, a los planos de la acción y la realización. Al decir de Aguilar Villanueva

el curso de acción que se desata y que efectivamente es desarrollado, intencional o reactivamente, por los varios actores gubernamentales, por los otros poderes estatales, por la multitud de diferentes actores políticos, grupos económicos y organizaciones sociales, con sus interacciones cooperativas o conflictivas, puede distanciarse más o menos de la estrategia intencional de acción colectiva, diseñada y organizada por la autoridad estatal (Aguilar Villanueva, 1992, p. 7).

En relación a la atención a la salud mental en nuestro país, como se ha visto, el SNIS se crea a partir de la priorización de una noción de salud bajo un modelo social-expansivo (Saforcada, 2006) que incluye la atención a la salud mental como parte de la salud integral de las personas. Esto queda plasmado luego en el PIPSM, es garantizado posteriormente por la Ley de Salud Mental y también contenido en el Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027. Sin embargo, como lo explica García (2012), hay una adaptación de las políticas de salud mental a las prácticas concretas en los territorios, es decir, en los centros de salud

que finalmente organizan y proveen la atención en salud mental, que es donde realmente se ve el impacto de tales políticas. Aplicando las expresiones de García (2012), para el caso de las políticas de salud mental en nuestro país, hay un claro curso de acción diseñado bajo ciertos postulados e ideas rectoras, y otro curso de acción, menos claro y visible, que es el efectivamente seguido. Es decir, el marco institucional de la política de salud mental, con su sustento académico, político y profesional detrás, resulta distinto a los procesos organizacionales en donde finalmente se termina implementando tal política.

La atención de Lucas por parte del ESM permite visibilizar algunas de estas distancias y cuestionar si las intervenciones realizadas desde el sistema de salud se alinean con una perspectiva de salud mental que el propio sistema postula seguir y promover. Según se ha expuesto previamente, desde lo discursivo plasmado en documentos oficiales, se asegura que todas las personas tendrán acceso a la atención en salud mental, pero al mismo tiempo, la asignación de los recursos humanos hacia los centros de salud que hacen posible esa atención, se vuelve insuficiente para cumplir con tal prestación, por lo que la atención en continuidad se vuelve una barrera de accesibilidad real, como lo fue para Lucas. Se plantea además, en dichos documentos, que la atención en salud mental debe ser integral, centralizarse en los sujetos y en su motivo de consulta que resulta de un padecimiento singular, pero la persona es atendida de forma separada por el profesional médico y por el profesional de la psicología, que pueden intercambiar información atinente a la situación de la persona o no, y que desarrollan tratamientos paralelos frente a un mismo padecimiento. La centralidad de la atención en la persona -Lucas en este caso- atendiendo la singularidad de su padecimiento, tampoco es lo que finalmente guía las prácticas del ESM como se ha expuesto, sino el interés por solucionar aquello que se presenta inicialmente como disruptivo y molesto para la sociedad. Se expresa además que los profesionales de la salud mental trabajarán constituyendo equipos donde se coordinarán líneas de acción y se intercambiarán puntos de vista sin que prime un tipo de enfoque, pero el funcionamiento del ESM que brindó atención a Lucas, no evidenció esto. Es decir, discursivamente se promueve un modelo biopsicosocial pero se continúa priorizando el modelo biomédico en las estrategias organizacionales de los centros asistenciales.

Según lo constatado a partir del análisis de documentos previamente señalados y lo recogido por la experiencia directa de haber sido participante en un servicio de salud mental, es posible reconocer que las políticas de salud mental que se llevan adelante actualmente en nuestro país, parecieran tener un diseño adecuado, especialmente si uno analiza su retórica. Sin embargo, en el plano de la vida cotidiana de las personas -tanto sea usuarios como operadores del sistema de salud- su implementación genera también malestar y

sufrimiento por la forma en que se organiza y ejecuta tal atención, lo cual resulta paradójico. Así se vuelve más claro el hecho, como lo explica Molas, que las transformaciones en la formulación de las políticas no han generado todavía una transformación acorde y necesaria en las instituciones ni en las organizaciones donde éstas se ejecutan concretamente (Molas, 2013, p. 53). Nosotros agregaríamos que tampoco en los sujetos que intervienen en el escenario de la salud mental. Esto tendría que ver, en parte, en que tal ejecución queda bajo la responsabilidad de diferentes actores técnicos, administrativos, profesionales y no profesionales, que ocupan distintos lugares institucionales, donde deben asumir compromisos que limitan sus posibilidades de acción. Es posible preguntarse, entonces, para estos actores institucionales que ejecutan las políticas, qué es para ellos la salud mental, qué significados le otorgan y cómo trabajan las tensiones devenidas de los distintos planos conflictivos que hacen a la implementación en territorio de la política pública. Porque finalmente son estos actores quienes delinearán la atención real que se presta en los servicios de salud como al que acudieron Lucas y su mamá, y condicionan las posibilidades de que las intervenciones desde el sistema sanitario mejoren la salud integral de las personas.

4.4 *El ESM Y La Atención A Lucas*

Junto con el reconocimiento de los efectos que tiene la adaptación de la política a los espacios concretos de los servicios de salud los cuales, se ha expuesto, afectan la calidad de la atención de los usuarios que la demandan, también es posible pensar en lo problemático de la atención de Lucas desde un análisis de las particulares condiciones institucionales y organizacionales del ESM que brindó tal atención. Es necesario recordar que todas las acciones que se incluyen en la atención de personas en los centros de salud implican un encuentro, un encuentro entre alguien que solicita ayuda y que porta una historia singular, y un profesional o un equipo de profesionales que también portan historias personales, teóricas, prácticas e institucionales, las cuales se desplegarán en ese encuentro e intervendrán de forma implícita en el mismo, abriendo u obturando posibilidades de escucha, y posibilitando o limitando ciertas prácticas.

Las dificultades para llevar adelante un real trabajo en equipo, interdisciplinario, que dé cuenta de una atención en salud mental cuyo foco esté colocado en el sujeto y en la singularidad de sus condiciones de vida, pueden comprenderse un poco más si se presta atención a los fenómenos institucionales que atraviesan al ESM. Para esto tomaremos aportes de autores del campo del Análisis Institucional y de la Sociología Clínica.

Una institución, al decir de René Kaës, es una formación social que participa en los procesos de producción y reproducción de la sociedad organizando tareas socialmente necesarias y sus correlatos: representaciones de lo que se hace en la institución, estructura de comunicaciones, asignación de roles y reglamentaciones, jerarquías funcionales y control social (Kaës, 1996, p. 30). La institución moviliza funciones y procesos psíquicos en los sujetos, los domeña, y como conjunto, impone a sus sujetos una exigencia de trabajo psíquico sobre las formaciones y los procesos involucrados dentro del vínculo institucional, en su relación con la institución como objeto, con sus miembros y con los objetos institucionales. Los vínculos instituidos, como cualquier otro, están organizados por la lógica de lo social, de lo económico, de lo jurídico y lo político entre otros (Kaës, 1998).

Kaës expresa que en los vínculos entre los sujetos que conforman una institución puede existir cierto grado de sufrimiento psíquico, el cual si es lo suficientemente intenso, puede llegar a impedir el cumplimiento de la principal función que tiene por cometido dicha institución (Kaës, 1998). A nivel de los vínculos institucionales, este sufrimiento se referiría al malestar intenso que surge de las propias condiciones de la relación intersubjetiva entre los sujetos constituyentes de la institución, y no simplemente a las características individuales de éstos. Este malestar tendría efectos sobre las prácticas que llevan adelante los sujetos dentro de la institución.

El autor destaca tres fuentes principales del sufrimiento en el vínculo institucional: A) el propio hecho institucional, es decir, el hecho alrededor del cual se erige la institución, B) la estructura social y la estructura inconsciente de la propia institución, c) la configuración psíquica de los sujetos que se vinculan productivamente en la institución. Kaës es enfático al expresar que se sufre de la relación con la institución y dentro de esa relación (Kaës, 1998, p. 37). Plantea que

sufrimos del hecho institucional mismo en razón de los contratos, pactos y acuerdos, inconscientes o no, que nos vinculan recíprocamente en una relación asimétrica, desigual, donde se ejerce necesariamente la violencia, donde se experimenta necesariamente la distancia entre por un lado las exigencias restrictivas y los sacrificios o abandonos de los intereses del Yo, y por el otro, los beneficios esperados” (Kaës, 1998, p 37).

También explica que en muchas instituciones, especialmente en aquellas que son muy valoradas por el cometido que cumplen en la sociedad, puede darse una forma de sufrimiento asociado a los obstáculos para la realización de la tarea primaria, tarea en la que la institución funda su razón de ser, su finalidad, la razón del

vínculo que establece con sus sujetos. Si esta tarea no se cumple, la institución no puede sobrevivir o lo hace a expensas de un intenso sufrimiento, sufrimiento que afecta la capacidad institucional para lograr los objetivos que guían su quehacer (Kaës, 1998). En el caso de una institución de salud, la tarea primaria es atender la salud de los sujetos, procurando mejorar su calidad de vida, y si esta tarea no se desarrolla adecuadamente, no se logra el cometido institucional, y allí se instala un sufrimiento que es vivenciado por lo sujetos, atravesando todos los vínculos. Podría ser ésta la condición del servicio de salud mental que brindó atención a Lucas, donde se detectaron importantes dificultades para cumplir fehacientemente con la tarea primaria de tal servicio, y en el que es posible reconocer distintos signos de sufrimiento atravesando las prácticas de los profesionales.

Kaës plantea que existen conductas institucionales sintomáticas de sufrimiento sólo distinguibles tras un análisis reflexivo y elucidatorio del funcionamiento institucional (Kaës, 1998). Algunas de las conductas sintomáticas indicadas serían: la parálisis y el apabullamiento en cuanto a la manera de llevar adelante las funciones que permiten cumplir con las metas aspiracionales y fundacionales de la institución, y el activismo de los sujetos puesto en la investidura en labores institucionales secundarias o burocráticas y no en la tarea primaria. Kaës explica que “estos síntomas no sólo atestiguan la ausencia de espacio para pensar, sino que también contribuyen a mantener el pensamiento fuera de uso” (Kaës, 1998, p. 36). No pensar en lo que se hace, no pensar por qué y para qué se hace lo que se hace ni de qué forma. Hacer o creer que se hace algo porque así está pautado en documentos y en contratos, funcionar como una máquina sin fin. Todos estos aspectos caracterizan el funcionamiento del ESM. El hecho de que se den estas conductas sintomáticas también estaría evidenciando el debilitamiento o destrucción de dispositivos de contención y de transformación de las ansiedades primitivas de los sujetos enlazados en el vínculo institucional (Kaës, 1998), como lo podría constituir el espacio de encuentro semanal obligatorio si este se configurara bajo nuevas premisas.

Sobre el sufrimiento en los vínculos institucionales, Jean-Pierre Pinel (1998) también explica que la institución es un montaje que realiza el aparejamiento de registros y lógicas de diferentes niveles (p.66), y por esta razón es una instancia de articulación de formaciones psíquicas muy sensible a los efectos de desligazón. Si esto se genera, los vínculos institucionales se desregulan, lo que produce un sufrimiento psíquico que afecta a las personas y a los grupos miembros del conjunto (p.63). Plantea además que la desligazón generadora de sufrimiento muchas veces procede de las fisuras latentes de la estructura institucional (p. 60), y que en estas instituciones, se van sucediendo episodios disfuncionales

a lo largo del tiempo que pueden categorizarse como inoperancias por desgaste institucional.

Se produciría el quiebre de las funciones defensivas institucionales, dándose un predominio de lo arcaico, por lo que la angustia sorda o masiva se difunde al conjunto de las instancias institucionales (Kaës, 1998). Esto se manifiesta en ataques contra todo pensamiento que se desmarca del discurso del mito fundacional que fundamenta el sentido de las prácticas de la organización, en este caso, trabajar por la salud mental de los usuarios del sistema de salud (Pinel, 1998, p.66). También se manifiesta en los modos de conexión entre los sujetos, los cuales se vuelven parciales en la relación con la tarea primaria, que es colocada en un segundo plano, desplazada por la atención a lo estrictamente burocrático (Pinel, 1998, p.66) o de mínima incidencia para los usuarios del servicio, como ser el control exhaustivo de la asistencia a las reuniones semanales o la continua verificación de la marcación del descanso reglamentario en el sensor biométrico.

Esta desligazón se asociaría a un borrado de los diferenciadores personales y grupales pues “se produce una confusión entre marco y proceso, entre institución y organización, entre fines y medio, entre acto, palabra y pensamiento, entre registro profesional y privado, entre polo técnico y registro de lo tratante” (Pinel, 1998, p. 66). Contra esta desdiferenciación se instala, por ejemplo, la rigidización de los mecanismos internos de funcionamiento, que para el caso de este ESM, podría asociarse con el estricto trabajo para el cual se fue contratado y en los horarios fijos destinados para esto, sin la posibilidad de flexibilización que exigiría el trabajo interdisciplinario. Se instala además la parcialización, compartimentación y aislación de la comunicación interpersonal entre los integrantes del grupo, lo cual tiene efectos negativos en la reciprocidad de los vínculos y en el tono emocional de estos. También tiene lugar una parálisis de la acción del grupo (Pinel, 1998, p.67), la cual oscila desde un frenesí de actos o de proyectos insignificantes o irrealizables que ocupan tiempo y atención de los funcionarios -algo constatado durante la experiencia de practicantado-, o el caso extremo del no cumplimiento de las tareas mínimas que exige el trabajo, por desinterés o por inasistencias frecuentes. Los falsos consensos que se establecen dentro del grupo están destinados a preservar el mito de un funcionamiento unitario cuando la realidad fáctica evidencia que no hay tal unidad, ni de trabajo, ni de discursos (Pinel, 1998, p.67) .

Eugene Enriquez (1989) se refiere a esto como el “trabajo de la muerte” en la institución, aludiendo a la pulsión de muerte operando en el funcionamiento institucional, generando un aumento de la entropía y desorganización que culmina con la imposibilidad de

cumplir con las funciones que le dan sentido de existencia a la institución como tal, lo que implicaría la muerte institucional. A nivel del equipo de trabajo se van sucediendo situaciones que son el resultado, pero al mismo tiempo, productoras de dicha desorganización. Se llevan a cabo actividades que buscan contrarrestar dicha degradación, como la instalación de reuniones de equipo y sesiones de trabajo en común que se vuelven rituales vacíos, ya que no se abordan los verdaderos problemas, porque si lo hicieran pondría en peligro al grupo y a la identidad de cada cual. Dice el autor "la organización mortífera es la que al hacer las conductas totalmente conflictivas pero no tratables o, por el contrario, conflictivas y no significativas, culmina en el silencio del deseo, en la instauración de un proceso de descomposición al que todo el mundo concurre" (Enriquez, 1989, p.110).

Enriquez explica que lo mortífero puede empujar a la violencia interna directa entre los propios sujetos, adquiriendo formas variadas como la agresión verbal -hecho constatado in situ-, o en la actitud apática de desinvestimiento en la acción que llevan adelante (Enriquez, 1989). La queja y el malestar es lo que predomina y no hay motivación para pensar juntos nuevas estrategias de intervención que posibiliten otros resultados. Esta situación es la que se verificaría en el ESM que brindó la atención a Lucas, por lo cual es posible pensar que tal equipo de técnicos, en tales circunstancias, no se encontrara en las condiciones óptimas para escuchar y alojar el padecimiento de este niño, dado que el equipo se encontraría en la situación de tener que lidiar con su propio sufrimiento.

5. Consideraciones Finales

El análisis de la situación clínica de Lucas y su atención por parte del ESM, pone en evidencia el complejo entramado de hechos, relaciones, realidades y saberes que se anudan en esta experiencia singular, las cuales aquí se pretendieron desplegar y problematizar. Se buscó realizar un abordaje que intentara dar cuenta de la complejidad, dentro de las posibilidades de un trabajo de articulación teórico-clínica, y que más allá de encontrar explicaciones únicas y cerradas, habilitara el ejercicio de reflexión y cuestionamiento sobre lo que hacemos desde nuestras prácticas profesionales.

Lucas es parte de una familia donde la violencia ha atravesado los distintos vínculos que en ella se despliegan, violencia que tiene su mayor expresión en el IAE de su padre en la misma casa que comparten y que lo obliga a ser testigo de hechos que ningún niño debería presenciar. El desbordamiento de su psiquismo por un evento que irrumpe en su historia de vida, que no puede ser simbolizado en el momento de la ocurrencia de tales hechos, pero que permanece en el aparato psíquico produciendo efectos, "haciendo síntoma". Una familia que ante la incapacidad de procesar lo sucedido, busca ocultar el

hecho desde el no nombrarlo, desde la desmentida, dejando al niño en un lugar de confusión y soledad.

Lucas es derivado por la maestra porque “tiene la cabeza en cualquier lado”, y es quien determina que lo que hay que atender con urgencia es que el niño no aprende. Y si no aprende, fracasa, y así fracasan el niño y la escuela. El intenso sufrimiento psíquico de este niño generado a partir de la vivencia traumática, hace síntoma en la escuela, interrumpiendo su proceso de aprendizaje. Esto es entendido como una patología, tanto por la escuela como por el sistema de salud, y la medicación se coloca en el lugar de acallar esos síntomas que constituyen una molestia para el sistema adulto y productivo, una estrategia terapéutica que “soluciona” rápidamente los problemas que motivaron la consulta.

Lucas es recibido por un equipo de salud mental que es parte de un dispositivo institucional diseñado y creado como parte de una política pública, cuyo objeto principal es velar la salud de las personas, incluyendo la atención a la salud mental, política sustentada en ciertos paradigmas y concepciones, y defendidos por ciertos colectivos pero sin fuertes consensos. Se trata además de un equipo de salud mental que por sus propias dinámicas internas atravesadas por lo institucionalmente dispuesto, lo atiende como un sujeto doble, el sujeto de la psiquiatría y el de la psicología, y su sufrimiento es escuchado sin ser realmente alojado.

Finalmente esta situación clínica resulta funcionar como un analizador de varios planos intervinientes y productores de la misma, el cual se trataría, tomando la noción de Lapassade (1979, citado en Manero Brito, 2017), de un dispositivo, elemento o hecho que permite hacer emerger o provocar la aparición de dimensiones ocultas, silenciadas o no explícitas en la práctica social. Estas dimensiones, por no ser visibles, no se cuestionan ni problematizan, y al no cuestionarse se repiten, aunque muchos actores reconozcan que se generan situaciones intolerables que es necesario cambiar. Algunas de las dimensiones que se hicieron visibles tuvieron que ver con: el reconocimiento de la particular forma de expresión del sufrimiento psíquico en un niño, padecimiento minimizado y acallado por los adultos que debieron darle voz y lugar; la forma en que la escuela gestiona las manifestaciones de ese sufrimiento sin reconocerlo (aunque esto no fuera desarrollado en este trabajo); la manera en que el sufrimiento mental del niño es atendido por un equipo profesional que pertenece a una institución que dice atender la salud mental de las personas; la problemática configuración política e institucional de la atención a la salud mental en el país y las particulares condiciones y dinámica interna del equipo de salud que configuraron la atención de Lucas por parte del mismo.

A partir de los análisis expuestos en los distintos apartados, se hace evidente cómo el sufrimiento atraviesa la realidad del niño, ubicándolo en el lugar de enfermo “al que hay que curar”, pero que también atravesaría a ese equipo de salud mental, desde su marco institucional y organizativo, y cuyo funcionamiento interno estaría signado por el profundo malestar en sus vínculos intersubjetivos, lo cual obturaría las posibilidades de escuchar y alojar a quienes procuran su intervención.

En definitiva Lucas no encuentra, en las instituciones encargadas de cuidarlo, de potenciar su desarrollo y su bienestar, la posibilidad de ser comprendido y escuchado. Las interrogantes que continúan resonando son: ¿quién realmente se hace cargo del sufrimiento de Lucas? ¿es posible hacer algo para que otros niños, que al igual que Lucas, atraviesan situaciones de extremo dolor, puedan ser respetuosamente alojados en su sufrimiento y atendidos por las instituciones cuyo cometido es procurar su bienestar integral? Creemos que este es un desafío que los distintos actores involucrados debemos emprender.

El campo de la salud y especialmente, el de la salud mental, es un campo aún en construcción. Nada está dado de una vez y para siempre, menos aún en el terreno de lo social. Ni los paradigmas que sostienen concepciones de salud y salud mental, ni las políticas públicas que sostienen la gestión de la salud, ni las leyes promulgadas que regulan el campo normativo y organizativo de la atención en territorio, ni nuestras prácticas profesionales que desarrollamos “atendiendo a la salud mental”. Justamente allí se ubica la posibilidad de generar los cambios que consideramos necesarios para dar una verdadera atención al sufrimiento mental de las personas. Como profesionales del campo de la salud, procurar, desde las posiciones que ocupemos, que se discutan y problematicen las concepciones e ideas sobre salud y salud mental que llenan los medios y los discursos de las autoridades de gobierno, de las autoridades institucionales, de los políticos, de los académicos y de los distintos colectivos sociales, pero también reflexionar sobre nuestras prácticas y las concepciones sobre las que se sostienen. Porque de lo que no se habla, se invisibiliza y se perpetúa, y quedarnos en el lugar de la queja no es una opción.

Referencias Bibliográficas

- Aguilar Villanueva, L. (1992). *La hechura de las políticas sociales*. Grupo Editorial.
- Álvarez, P. (2002). Constitución psíquica, dificultades de simbolización y problemas de aprendizaje. *Cuestiones de infancia*, 6, 98-106
<http://dspace.uces.edu.ar:8180/Xmloi/handle/123456789/299>
- Antonello, S.F., Herzog, R. (2012). A memória na obra freudiana, para além de representação. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 64(1), 111-121
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1809-52672012000100009&script=sci_abstract&lng=es
- Aulagnier, P. (1977). *La violencia de la interpretación*. Buenos Aires: Amorrortu
- Armus, M., Costa, J. (2014). Entre la clínica exagerada y la clínica exasperada. Puentes, diferencias y rupturas en salud mental infanto juvenil. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 25(116), 279-289
<http://www.editorialpolemos.com.ar/docs/vertex/vertex116.pdf#page=40>
- Bafico, J. (2015). Los niños no atienden pero hablan, ¿los escuchamos?. En M. N. Míguez (Coord.), *Patologización de la infancia en Uruguay: aportes críticos en clave interdisciplinaria* (pp. 93-117). Estudios Sociológicos Editora.
- Baranger, M., Baranger, W., Mom, J. (1987). El trauma psíquico infantil, de nosotros a Freud. Trauma puro, retroactividad y reconstrucción. *Revista de psicoanálisis*, 44(4), 745-774.
- Benyakar, M, Lezica, A. (2005). *Lo traumático, clínica y paradoja: Vol. I. El proceso traumático*. Biblos
- Bleichmar, S. (2001). *Clínica psicoanalítica y neogénesis*. Buenos Aires: Amorrortu
- Bleichmar, S. (1984). *En los orígenes del sujeto psíquico. Del mito a la historia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bo, E. (2006). Intervenciones. En L. Wettengel y G. Prol (Comps.), *Tratamiento de los problemas en el aprendizaje. Actualización en clínica psicopedagógica* (pp. 39-52). Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico
- Castoriadis, C.;Vicens, A. (1983). *La institución imaginaria de la sociedad* (Vol. 1, p. 189). Barcelona: Tusquets.
- Convenio entre la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) y la Universidad de la República - Facultad de Psicología. Montevideo, Uruguay, 30 de diciembre de 2009.
- Cristóforo, A. (2015). Eficacia de la psicoterapia psicoanalítica en situación de grupo para niños con dificultades de atención. Tesis Doctoral. Universidad del Salvador

<http://racimo.usal.edu.ar/id/eprint/5438>

- De Lellis, M. (2006). *Psicología y políticas públicas de salud*. Paidós
- Echeburúa, E. (2009). *Superar el trauma. El tratamiento de las víctimas de sucesos violentos*. Pirámide.
- Enriquez, E. (1989). El trabajo de la muerte en las instituciones. En R. Kaës, J. Bleger, E. Enriquez, F. Fornari, P. Fustier, R. Rousillon, P. Vidal, *La institución y las instituciones: estudios psicoanalíticos* (pp. 84 -119)). Paidós
- Fainstein, A. (2013). Formas actuales del sufrimiento. En H. Lerner (Comp.), *Los sufrimientos* (pp. 27-40). Psicolibro
- Fernandez, A. M., López, M., Boralklevich, S., Ojam, E., Cabrera, C. (2014). La indagación de las implicaciones: un aporte metodológico en el campo de problemas de la subjetividad. *Revista Sujeto, Subjetividad y Cultura*, (8), 5-20.
<http://www.anamfernandez.com.ar/wp-content/uploads/2015/03/La-indagaci%C3%B3n-de-las-implicaciones.-UN-APORTE.-ARCIS-2014.pdf>
- Fernandez, A., Del Cueto, A. (1985). El dispositivo grupal. En E. Pavlovsky (Coord.) *Lo Grupal 2* (pp.13-56). Búsqueda.
- Freud, S. (1992). 23° Conferencia. Los caminos de formación de síntoma. En J. L Etcheverry (Trad.), *Obras completas* (Vol. 16, pp. 326-343). Amorrortu. Trabajo original publicado en 1916-1917)
- Galende, E. (2006). Breve historia de la crueldad disciplinaria. En E. Galende y A. J. Kraut, *El sufrimiento mental. El poder, la ley y los derechos* (pp.15-97). Lugar
- García, S. (2008). Protección especial en el campo de la infancia y adolescencia, Cambios y continuidades en las políticas de infancia en el Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay. *Cuadernos de la ENIA*
<http://dspace.mides.gub.uy:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/276/Garcia%20Socorro%20PROTECCION%20ESPECIAL%20EN%20EL%20CAMPO%20DE%20LA%20INFANCIA%20Y%20LA%20ADOLESCENCIA%20.pdf?sequence=1>
- Janin, B. (2019). *El sufrimiento psíquico en los niños: psicopatología infantil y constitución subjetiva*. Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico.
- Janin, B. (2002). Vicisitudes del proceso de aprender. *Cuestiones de infancia*, 6, 24-35.
<http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/handle/123456789/577>
- Janin, B. (2010). ¿Síndrome de ADHD? Aportes psicoanalíticos sobre los trastornos de la atención y la hiperkinesia. Trabajo presentado en el II Simposio Internacional sobre Patologización de la Infancia “Niños o Síndromes”
<http://www.forumadd.com.ar/documentos7t2.htm>
- Kachinovsky, A. (2012), *Enigmas del saber. Historias de aprendices*. Montevideo: Universidad de la República (Uruguay), CSIC.

- Kaës, R (1998). Sufrimiento y psicopatología de los vínculos instituidos. Una introducción. En R. Kaës., A. Correale, E. Diet, B. Duez, O. Kernberg., J. P. Pinel, *Sufrimiento y psicopatología de los vínculos institucionales: elementos de la práctica psicoanalítica en institución* (pp.13-58). Paidós
- Larrosa, J. (2009). Experiencia y alteridad en educación. En C. Skliar y J. Larrosa (Comps.), *Experiencia y alteridad en educación* (pp. 13-44). Homo sapiens.
- Lourau, R. (1991). *Implicación y Sobreimplicación*. Conferencia dictada en “El Espacio institucional. La dimensión institucional de las prácticas sociales”, en Buenos Aires, del 21 al 24 de Noviembre de 1991.
- Manero Brito, R. (2017). El concepto de analizador en el socioanálisis. *TRAMAS. Subjetividad Y Procesos Sociales*, 2(48), 113-140.
<https://tramas.xoc.uam.mx/index.php/tramas/article/view/823#:~:text=https%3A/tramas.xoc.uam.mx/index.php/tramas/article/view/823>
- Míguez, M. N. y Sanchez, I. (2015). Etiquetas infantiles. En M. N. Míguez (Coord.), *Patologización de la infancia en Uruguay: aportes críticos en clave interdisciplinar*.(pp. 29-60). Estudios Sociológicos Editora.
- Ministerio de Salud Pública. (2011). *Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud*.
<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Plan%20de%20Prestaciones%20en%20Salud%20Mental.pdf>
- Ministerio de Salud Pública. (2019). Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027.
<https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/comunicacion/noticias/msp-aprobo-plan-nacional-salud-mental-2020-2027>
- Molas, A. (2013). Clínicas del Acontecimiento y Políticas de Estado. En N. de León (Comp.), *Salud Mental en debate. Pasado, Presente y Futuro de las Políticas en Salud Mental* (pp. 51-55). UDELAR-CSIC
- Molas, A. (2012.). *La bajada de la política : derechos humanos de adolescentes víctimas de violencia*. [Tesis de maestría. Universidad de la República]. Colibrí.
<https://hdl.handle.net/20.500.12008/4870>
- Muñiz, A. (2013). Abordajes clínicos de las problemáticas actuales de la infancia. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 3(2), 135-154.
<https://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/165>
- Muñiz, A. (2017). *Impacto a nivel de los vínculos intrafamiliares del diagnóstico psicopatológico y del tratamiento por dificultades en la atención y por hiperactividad en niños escolares: un estudio de caso múltiple* [Tesis de doctorado, Universidad del Salvador]. Racimo.

<https://racimo.usal.edu.ar/id/eprint/5569>

- Pinel, J.P. (1998). La desligazón patológica de los vínculos institucionales en las instituciones de tratamiento y reeducación. Enfoque económico y principios de intervención. En R. Kaës., A. Correale, E. Diet, B. Duez, O. Kernberg., J. P. Pinel, *Sufrimiento y psicopatología de los vínculos institucionales: elementos de la práctica psicoanalítica en institución* (pp. 59-89). Paidós
- Rego, V. (2006). "Tres momentos de un encuentro". Reflexiones acerca del encuadre en el tratamiento psicopedagógico grupal. En L. Wettengel y G. Prol (Comps.), *Tratamiento de los problemas en el aprendizaje. Actualización en clínica psicopedagógica* (pp. 27-38). Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico
- Restrepo, D. y Jaramillo, J. (2012). Concepciones de Salud Mental en el campo de la Salud Pública. *Revista Nacional de Salud Pública*, 30 (2), 201-211.
<http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v30n2/v30n2a09.pdf>
- Schkolnik, F. (2005). Efectos de lo traumático en la subjetivación. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, (100), 73-90.
<http://publicaciones.apuruguay.org/index.php/rup/article/view/1529>
- Techera, A., Apud, I. (2013). Políticas de Salud Mental en Uruguay. En N. de León (Comp.), *Salud Mental en debate. Pasado, Presente y Futuro de las Políticas en Salud Mental* (pp. 25-36). UDELAR-CSIC
- Untoiglich, G. (2005). *Diagnósticos en la infancia: en busca de la subjetividad perdida, un debate desde la complejidad*. Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico
- Uruguay (2007, diciembre 13). Ley N°18.211: Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud.
<https://www.impo.com.uy/bases/leyes-originales/18211-2007>
- Uruguay (2011, setiembre 9). Decreto N°305/011: Inclusión en el Decreto N°465/008 de las prestaciones referidas al "Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud".
<https://www.impo.com.uy/bases/decretos-originales/305-2011/1>