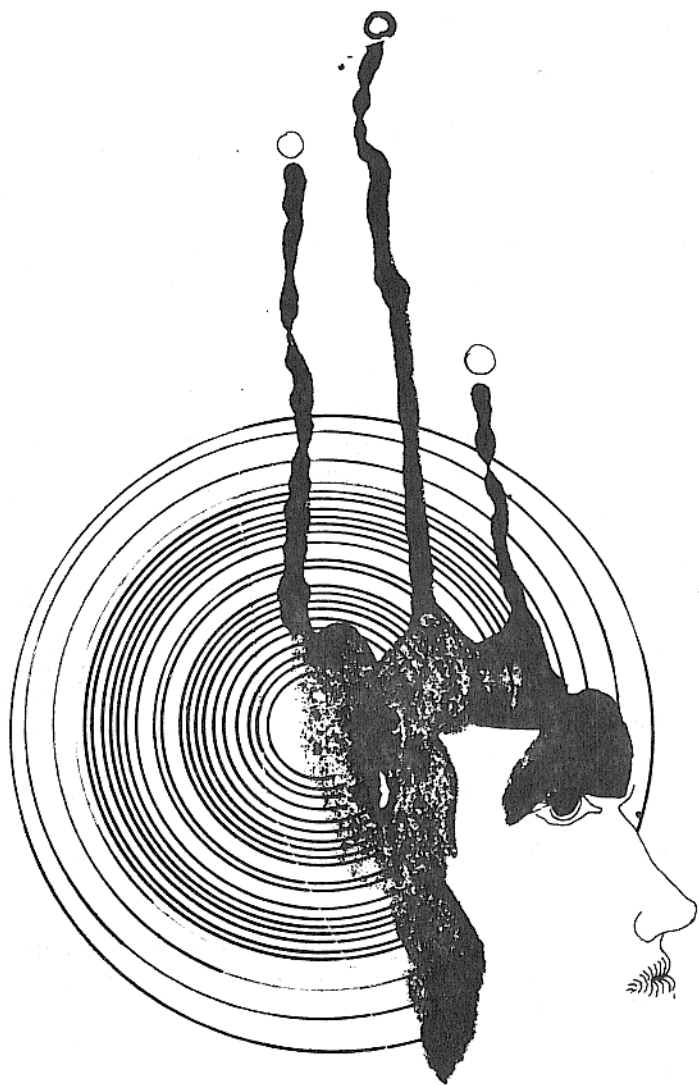


# Una Experiencia del Psicoanálisis en el Centro de Salud Mental

Elda Abrevaya



## UNA EXPERIENCIA DEL PSICOANÁLISIS EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL

*Elda Abrevaya, Profesora  
Departamento de Psicología*

¿Cómo aplicar el psicoanálisis en una institución psiquiátrica pública al servicio de la gente pobre? Este interrogante surge de mi experiencia de trabajo realizada desde 1981 en el contexto de dos Centros de Salud Mental. Durante estos años trabajé como psicóloga en la Clínica de Niños y Adolescentes del CSM de Caguas, luego desempeñé la función de directora en el CSM de Cayey. Actualmente presto mis servicios como consultora en la Clínica de Niños y Adolescentes del CSM de Cayey.

Este artículo no pretende ser una evaluación de los resultados de trabajo desde el punto de vista de su validez empírica. Todo lo contrario, se trata de una reflexión, que se desarrolla a partir de mi praxis como psicoanalista en la Clínica de Niños y Adolescentes.<sup>1</sup> Los problemas de tratamiento confrontados con el niño y su familia no se pueden entender sin referencia al contexto institucional y al discurso subyacente. Así intentaré **construir** este discurso institucional, atravesado por líneas de fuerza, que se remiten al cuadro socio-político del país. Pero antes de entrar en esta discusión, quiero hablar brevemente de la creación de los Centros de Salud Mental en Puerto Rico.

En 1961 la aprobación por el Congreso de los Estados Unidos de las leyes 88-164 y 89-105 propició la creación de Centros de Salud Mental de la Comunidad para brindar servicios de prevención, tratamiento y rehabilitación a aquellos que necesiten estos servicios cerca de su hogar (Secretaría Auxiliar de Salud Mental, 1971-1972). El objetivo es mantener el paciente en su comunidad, hospitalizándolo sólo por períodos cortos cuando sea necesario, evitando así la institucionalización de éste en el hospital psiquiátrico. El mismo año en el informe presentado al Congreso por la Joint Commission on Mental Illness and Health se afirma que:

“...el objetivo del tratamiento moderno de los pacientes afectados de trastornos psíquicos graves es hacerles capaces de vivir en la comunidad de manera normal. Para conseguirlo es necesario: 1) preservar al enfermo en la medida de lo posible de los efectos debilitadores de la institucionalización; 2) si el estado

---

<sup>1</sup> Esta reflexión es parte de una investigación, que esperamos publicar en un libro.

del paciente exige una hospitalización, remitirlo lo antes posible a su domicilio y a la vida de la colectividad; y 3) a continuación, mantenerlo en la comunidad el mayor tiempo posible."

(Castel, Castel y Lovell, 1980:126)

En los años 60 en los Estados Unidos se produce una transformación, a saber, un movimiento de modernización del sistema psiquiátrico y de desinstitucionalización de los pacientes internados. R. Castel señala cuatro factores subyacentes a este movimiento: a) el factor económico: el mantenimiento del hospital psiquiátrico cuesta caro. b) el factor administrativo: la gestión de grandes pabellones superpoblados se hace muy difícil. c) el factor filantrópico: la noción de "derecho al tratamiento" para los sectores más desfavorecidos es defendido por psiquiatras de inspiración humanista y progresista (Ibid: 125).

Como resultado de esta legislación y de la aprobada anteriormente en 1946, se inicia en Puerto Rico en 1968 el programa de implantación de los CSM de la Comunidad. Juan A. Roselló señala a propósito:

"Durante el 1967, 68 y 69, se alquilaron facilidades físicas y se programaron Centros para Caguas, Arecibo, Aguadilla, Mayagüez, Bayamón, Carolina y Fajardo. Se comenzó también la demarcación de la Región Sur para poder desarrollar un Centro de Salud Mental para el área de Adjuntas y Ponce." (Roselló, 1988: 536-537).

En 1973 se inaugura el CSM de Manatí. En 1975 se establecen los CSM de Cayey y Humacao, en 1978 el de Coamo. Los CSM deben proveer cinco servicios básicos: Clínica Externa, Hospitalización parcial (diurna), Hospitalización completa, Emergencia, Educación y Consultoría. Sin embargo, no todos los CSM brindan en la actualidad servicios de hospitalización (parcial o completa).

He comenzado este artículo con una interrogante, a saber: ¿cómo el psicoanálisis se puede aplicar al servicio de la gente pobre en el contexto del CSM? Esta pregunta hace surgir otra inmediatamente. ¿En qué medida la organización de un CSM posibilita un discurso analítico en el plano del tratamiento individual con el paciente?

La aplicación del psicoanálisis en una institución puede situarse en dos niveles: El primero es "funcional" y se refiere a la dimensión de organización y dirección de las relaciones institucionales, fundamentadas en el modelo psicoanalítico (Jeammet, 1987: 154-155; Freccourt, 1970: 112). El segundo se refiere al objetivo "específico" de la institución, que es el tratamiento del paciente en el plano individual. El psicoanalista interviene aquí con un saber psicopatológico en el cuadro dual del tratamiento; o lo utiliza como parte de la formación clínica de los miembros de un equipo que brindan tratamiento.

Una orientación psicoanalítica de las relaciones institucionales (su aspecto "funcional") permite que los miembros de un equipo adopten un mínimo de

posiciones teóricas y técnicas comunes, posibilitando un acercamiento más coherente y menos fragmentado del paciente en diferentes niveles de trabajo (Azoulay, 1970: 43, 55). Por ejemplo, un paciente puede recibir los llamados servicios de psicoterapia del terapeuta, participar en actividades recreativas con un líder recreativo, así como también asistir a la terapia ocupacional con el terapeuta ocupacional. La discusión del trabajo realizado por diferentes miembros, a partir de una posición teórica común permite una integración y una comprensión mayor de las acciones de los diferentes miembros con respecto al paciente. La conceptualización psicoanalítica facilita el análisis del significado de las acciones de los protagonistas en el escenario institucional (entre el personal por una parte, entre el terapeuta y el paciente por otra parte). Esta conceptualización es muy útil para identificar los obstáculos que surgen continuamente en los intercambios entre los actores y para analizar las situaciones concretas del diario vivir en la institución<sup>2</sup>.

No obstante, plantear la posibilidad de una orientación psicoanalítica de las relaciones institucionales en el contexto del sistema público sería de orden de una utopía, pues este tipo de organización requiere una autonomía administrativa y económica y una concepción diferente de los servicios terapéuticos. En la realidad actual, es la Secretaría Auxiliar de Salud Mental en tanto aparato administrativo, quien rige las modalidades de acción en los CSM. Así cuando hablo de la aplicación del psicoanálisis en el contexto del CSM, estoy refiriéndome principalmente a los problemas de tratamiento con respecto al paciente en el plano individual.

La organización de las relaciones institucionales en el CSM se caracteriza por su precariedad. ¿Por qué entonces tratar de hacer psicoanálisis ahí? Esta pregunta, que nos sitúa de lleno en el terreno de las contradicciones, nos conduce a otra más fundamental. ¿Los profesionales del campo de salud mental deberíamos trabajar en el sistema de salud pública, ya que es tan deficiente; o deberíamos reservar nuestro saber a los consultorios privados donde se podría aplicar en plena libertad? ¿El trato respetuoso del paciente y el trabajo riguroso deberían ser únicamente destinados a los que pueden pagar?

Plantear el problema de la aplicación del psicoanálisis en el plano de una experiencia individual en el CSM es insólito. Quizás lo insólito tenga que ver con el abismo que separa el universo del CSM del de consultorio privado, al cual fue reservado históricamente el psicoanálisis<sup>3</sup>. Se podría considerar el psicoanálisis

<sup>2</sup> Las experiencias de los autores de la "anti-psiquiatría" (R. Laing, D. Cooper), de la "psicoterapia institucional" (J. Oury, G. Raimbault) y de la "institución estallida" (M. Mannoni) se ubican en esta perspectiva.

<sup>3</sup> Las posiciones de algunos psicoanalistas marxistas como W. Reich no han tenido incidencias sobre la praxis psicoanalítica, que se dirige a las clases sociales privilegiadas.

Algunos sectores del psicoanálisis argentino plantean hoy la necesidad de aplicar el psicoanálisis al servicio de grandes masas, superando los esquemas puristas de éste. Se trata de "adecuar las técnicas, sin traicionar la teoría". Véase "Centros polivalentes: el debate que se abre", *Psyche*, octubre 1986, año 1, núm. 3, p. 16. El psicoanalista, dice Gilberto Simoes, no puede venir terminado en Londres o París, listo para consumo. Tiene que ubicarse en el terreno de una totalidad constituida por la realidad nacional y latino-americana. Véase (Simoes, 1986:11).

como un lujo innecesario para la gente pobre. ¿Acaso los desposeídos no sufren de depresiones, neurosis o psicosis? ¿No se enferman ellos o se vuelven locos de malvivir o malamar?

Intentaré esbozar algunas líneas de fuerza que atraviesan la organización del CSM para demostrar como éstas delimitan un contexto particular de relaciones interpersonales.

## LA CONTRADICCION PSIQUIATRICA

La manera en que el terapeuta atiende al paciente está determinada por el contexto institucional. En el CSM todo el que atiende y presta atención de forma sistemática al paciente es designado como terapeuta (Laing, 1977: 247). Los enfermeros, técnicos de tratamiento psico-social, trabajadores sociales, psicólogos son considerados como terapeutas. Se perfila una tendencia significativa: los que brindan servicios terapéuticos son los que tienen menos formación teórica. En la medida en que el trabajador social y el psicólogo suben en la escala de clasificación burocrática se les confiere tareas directivas, administrativas o educativas. La falta de preparación académica de los enfermeros o técnicos de tratamiento no constituye un obstáculo principal para realizar este tipo de trabajo. Lo que parece más fundamental es el deseo que puede tener el terapeuta en cuanto a su trabajo y la posibilidad de recibir una formación clínica en el seno de la institución y afuera, en la Universidad<sup>4</sup>. Pero concebir tal alternativa de formación cuesta caro al sistema en términos de las implicaciones económicas y de otro tipo de concepción de trabajo. No hay que olvidar que los salarios de los trabajadores del campo de la salud son de los más bajos, comparados con los de otras agencias públicas.

El trabajador del CSM tampoco puede beneficiarse de una promoción profesional. El abandono en que tiene el sistema de Salud Mental al personal está ligado a su incapacidad en captar los diversos problemas en su totalidad y a la ausencia de un proyecto de transformación social del estado. Como el sistema no puede entender dichos problemas en sus contradicciones y de ese modo comenzar a superarlas, la respuesta que se da en su lugar se sitúa en el plano parcial y a menudo más fácil y económico para el mismo sistema. R. Castel señala justamente la psiquiatría como una práctica de contradicción. Esta última se remite, según él, a una situación donde coexisten elementos antagonistas y su oposición no puede ser superada sin transformar esa misma situación. Los sujetos implicados en dicha contradicción solamente pueden trabajar:

---

<sup>4</sup> Estoy pensando en la posibilidad de que se pueda asistir, por una parte, a seminarios, cursos relacionados con el trabajo y, por otra, la de seguir estudiando para obtener un grado en la Universidad. Los primeros se pueden realizar dentro de los horarios regulares de trabajo y los estudios con una licencia con sueldo. Este último arreglo constituye un privilegio, pocas veces concedido y menos a los que ocupan una posición inferior en la jerarquía institucional.

“...uno de sus términos, el más accesible, negando, subestimando o dando una solución verbal a la presencia del otro. Esto no quiere decir que lo que hacen sea irrisorio, inútil o intrínsecamente malo. Pero su práctica, por más rigurosa que sea permanece parcial. Atacando a un sólo elemento de la contradicción, no la **resuelve**. Al contrario, invalidando el otro término, la **encubre** en su totalidad”  
(Castel, 1977: 151-152)

Se trata entonces:

“...de una **práctica de sustitución**, es decir, en una cierta medida, de una **cobertura técnica** a un problema de poder que se plantea en primer lugar en otro sitio. Más bien: que este desplazamiento de una contradicción socio-política a una solución técnico-científica es el **problema fundamental** al que históricamente ha correspondido la existencia de una medicina mental.”

(Ibid., 152)

El abandono del personal de parte del sistema está también relacionado con otros factores. Al sistema de Salud Mental no le interesa, en última instancia, ofrecer servicios de calidad y con este propósito mejorar las condiciones de trabajo de los que ofrecen tales servicios. Su función es otra: la de administrar la enfermedad mental. El personal sufre de la misma marginación y estigma que padecen los enfermos mentales en la comunidad. Los trabajadores son marginados al colocárseles en un lugar doblemente estigmatizado: los que acuden al CSM son pobres y sobre todo son locos.

El CSM no solamente es un lugar estigmatizado para el mismo sistema, sino que lo es también para las personas que allí acuden de la comunidad. Además, a esta percepción se añade una imagen negativa: la del “empleado público”. Los usuarios, por experiencia, conocen la actitud distante, indiferente o burocrática, que tiende a caracterizar al empleado público. No confían en él.

Estas imágenes negativas intervienen en el trabajo que efectúo. En las entrevistas iniciales los esfuerzos realizados para establecer un encuadre terapéutico estarán enmarcados en la percepción que tienen los padres y el niño del CSM <sup>5</sup>. La resistencia en el niño en abordar sus dificultades dentro del contexto de una consulta o un tratamiento, se expresa a veces en la renuencia a venir al centro. Los padres me han traído el temor de su hijo que dice: “Yo no estoy loco. No quiero ir”. El hecho de que las Clínicas de Niños y Adolescentes se ubiquen (lo que constituye un serio problema) en una institución psiquiátrica donde se atienden a adultos agitados o en crisis, contribuye a los temores del niño en cuanto al CSM, identificado con el lugar de los locos. Además, muchas veces los niños conocen de cerca el problema de la enfermedad mental, padecido por algún miembro de la familia.

Se puede ver hasta qué punto se hace difícil una discusión “puramente” clínica

<sup>5</sup> Para una definición de la noción de encuadre véase sección más adelante.

cuando se trata de reflexionar sobre esa experiencia de trabajo en el CSM. J. Oury sostiene que no se puede concebir los hechos clínicos fuera de una práctica amplia:

“...es decir, de toda práctica político-analítica en su articulación con los hechos concretos: el sujeto en sufrimiento, las disfunciones familiares, las miserias biológicas y sociales—la puesta en acto de una crítica permanente del modo de funcionamiento de los establecimientos e instituciones psiquiátricas tanto como pedagógicas.” (Oury, J., 1983:6)

Mi trabajo clínico se encuentra constantemente atravesado por un conjunto de relaciones institucionales y extra-institucionales. Voy a identificar dos instancias en este conjunto de relaciones a fin de facilitar la discusión. La primera concierne a la población atendida y la segunda al contexto institucional propiamente.

## LA POBLACION

Mi trabajo se dirige a una población ubicada en el sector rural y rural-urbano. Los paisajes humanos aquí están marcados por una miseria que tiene por cara el desempleo, la criminalidad, la drogadicción, el alcoholismo, la violencia doméstica y la enfermedad mental. El padre frecuentemente se encuentra ausente del escenario familiar. Los niños están a cargo de una madre, una abuela o a veces del Departamento gubernamental de Servicios Sociales: niños maltratados por la vida o malqueridos. Para éstos, la infancia no es un paraíso o un mundo idílico.

La posibilidad de establecer con estas familias una relación de continuidad y estabilidad en el contexto del tratamiento es invariablemente baja. Estas tienden a abandonar un trabajo terapéutico iniciado por varias razones. Antes que todo, deben responder a problemas urgentes de la supervivencia (la obtención de dinero, vivienda, problemas de salud...). Cuando vienen de sectores lejanos en la ruralía, no pueden sufragar el costo de la transportación. Para la mayoría de ellas, los subsidios gubernamentales para la alimentación constituyen la fuente principal de ingreso. El CSM tampoco se percibe como un lugar donde pueden abordar sus dificultades. Es visto mas bien como un lugar de consumo. Se les provee cosas: medicamentos, cartas y certificados para posibles ayudas económicas y otros asuntos como es, por ejemplo, un juicio en el Tribunal.

## LA INSTITUCION

Los CSM carecen de una organización terapéutica. Con esta idea me refiero a la necesidad de concebir la estructura institucional de tal manera que cada relación, intercambio o función esté orientado para viabilizar y facilitar una comunicación auténtica entre el paciente y el terapeuta. Si tomamos la relación paciente-terapeuta como el eje de esta organización, no es menos importante el contacto que tiene el paciente con diferentes personas que trabajan en la institución (el conserje, la

secretaria, el conductor de la ambulancia, el encargado de los expedientes...) desde el momento que éste franquea la puerta del establecimiento. Habría que señalar que lo esencial en una institución psiquiátrica no siempre es curar, sino que se pueda dar un espacio libre y vivo para los intercambios. La institución, con su misma estructura, fija las relaciones entre los protagonistas con una estereotipia y rigidez. La posibilidad de acoger al paciente en su desamparo, de recibir su locura o conducta extraña es más vital para éste que ofrecerle un tratamiento que se dirija a eliminar sus síntomas, como lo hace la psiquiatría tradicional<sup>6</sup>.

Lo que rige las relaciones institucionales en el CSM no es una concepción clínica en respuesta al sufrimiento, sino una visión burocrática. En lugar de estar al servicio de las personas, el vasto aparato burocrático y centralizado controla las relaciones humanas. Se convierte así en un mecanismo de enajenación. A esta enajenación contribuye grandemente el hecho de que las decisiones y normas que rigen los servicios sean establecidas en la Secretaría Auxiliar de Salud Mental. A través de los comunicados que llegan a los CSM, los funcionarios en el nivel central dictan las pautas de la acción a llevar a cabo. Esta estructura decisional tiene como objetivo el homogeneizar las modalidades de acción y pretende regular el funcionamiento de los centros. Produce efectos enajenantes en el personal, el cual percibe las decisiones como arbitrarias porque éstas no se relacionan con la complejidad de su trabajo y con las particularidades locales (históricas, geográficas, económicas...) propias a cada centro. A esta arbitrariedad se añade el factor de inestabilidad del sistema. Las decisiones cambian con cada administración, jefe de servicio o director nuevo. La inseguridad de trabajo se plantea para una parte del personal que trabaja por contrato. Este es el caso de los empleados transitorios y de los que trabajan en servicios consultivos.

En un contexto donde la dimensión clínica es ignorada en provecho de normas administrativas, no hay espacio para una reflexión de las relaciones institucionales en función de un proyecto terapéutico. En la relación que establece el terapeuta y el médico con el paciente, los medicamentos se convierten en "fetiches". El paciente los procura como algo insustituible, que simboliza su seguridad y de que no va a "enfermarse de los nervios". Para el médico y el terapeuta, el medicamento sirve de defensa; está ahí para protegerlos de la angustia que le comunica el paciente. Este tiende a transmitir una angustia de muerte y el deseo sexual de agresión, muy marcado cuando se trata del psicótico (Mannoni, 1983: 54). En la medida en que la relación al paciente se reglamenta y se normaliza a través de ciertos rituales (en torno a proveer medicamentos, cartas, consejos...) no queda espacio para el desarrollo de una comunicación íntima entre terapeuta y paciente.

---

<sup>6</sup> En la película argentina *El hombre mirando al sureste*, de Eliseo Subiela, Rantés interroga al cuerpo médico. ¿Por qué no dejan de perseguir a los tristes, los pobres de espíritu, los que no han podido soportar el espanto? ¿Por qué no dejan de un lado la voluntad de querer curar a cualquier precio con las técnicas comunes al manicomio y comienzan a escuchar a ellos?



## EL DIAGNOSTICO

La relación con el paciente tiende a instaurarse en un clima de anonimato. Su identidad y singularidad se borran tras un número de expediente. El paciente es abordado a través de este número. Deviene en un objeto que puede ser transferido de un terapeuta a otro. El estilo impersonal sirve de protección a éste y le ahorra toda la complejidad de un compromiso afectivo con el paciente. ¿Cómo acoger al otro cuando el terapeuta trabaja en medio de un desorden institucional que tiene como efecto el desconocimiento del lugar desde el cual actúa? Sin embargo, habría que señalar el valor de este trabajo a pesar de sus limitaciones y defectos.

El trabajo del terapeuta no es nada fácil. Este realiza año tras año una labor con la población más problemática del país en términos sociales sin que él esté exento de dificultades de orden social y afectivo. Lleva a cabo su labor en ausencia de perspectivas profesionales y de promoción. Además, es responsable del seguimiento de un número alto de pacientes<sup>7</sup>.

Una vez que el paciente se admite al Centro, pronto se ve involucrado en una dinámica relacional que le asigna un lugar específico y permanente en el sistema psiquiátrico. Así se convierte en una entidad abstracta, en un diagnóstico. Sus síntomas son clasificados según las categorías descriptivas que aparecen en el **Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM III)**<sup>8</sup>. El paciente llevará consigo este diagnóstico como parte de su identidad. Se fijará así "dentro de los límites nosográficos, límites que se convierten en las fronteras de su identidad" (Mannoni, 1983: 21).

No es raro encontrar a un adulto con el diagnóstico de "retardación" u otro, establecido y fijado para siempre en su niñez. Al ser admitido a la institución, el paciente comienza su "carrera" de cliente en el sistema psiquiátrico: se mantiene como cliente del CSM, pasando por el ciclo de admisiones-altas-readmisiones-hospitalizaciones (Goffman, 1979: 133). Ni siquiera está libre del estigma aún cuando es un ex-paciente. Lo que puede decir o hacer será evaluado por los demás en función de su pasado psiquiátrico, que le sigue pesando en el presente.

El diagnóstico clínico es un instrumento útil y necesario para el trabajo. Deberá establecerse en el proceso terapéutico y ser sujeto a las revisiones de acuerdo a las transformaciones del paciente. No obstante, la crítica que le hacemos al igual que

---

<sup>7</sup> Durante el año fiscal 1986-1987 los CSM atendieron un total de 52,730 pacientes. El CSM de Cayey atendió un total de 4,272 pacientes. Más de 50% de este total fue atendido en la Clínica Externa. Para dar una idea del volumen de trabajo que eso representa, voy a indicar la cantidad de pacientes que corresponde a cada terapeuta (según las estadísticas del mes de mayo de 1987). La Clínica Externa está compuesta por doce miembros. Identificaré cada terapeuta con una letra. Terapeuta A tenía a su cargo (su "case-load") 266 pacientes; Terapeuta B: 237; Terapeuta C: 273; Terapeuta D: 246; Terapeuta E: 177; Terapeuta F: 246; Terapeuta G: 215; Terapeuta H: 239; Terapeuta I: 240; Terapeuta J: 237; Terapeuta K: 190; Terapeuta L y Terapeuta M tenían a su cargo, trabajando en común 381 pacientes geriátricos.

<sup>8</sup> El DSM-III es un instrumento desarrollado por la Asociación Psiquiátrica de los Estados Unidos para el diagnóstico de los desórdenes mentales. (Véase American Psychiatric Association, 1980).

Néstor Braunstein, es el uso que le da el sistema psiquiátrico al reducir el ser viviente a una entidad abstracta, producto de clasificación (Braunstein, 1980: 33). La problemática del paciente, la cual siempre remite a un cuerpo en sufrimiento, deberá encajar en las categorías descriptivas del diagnóstico tipo DSM-III. La clasificación supone un saber del psiquiatra o especialista, que va por encima de lo que el sujeto puede y quiere saber de sí mismo; lo objetiva al convertirlo en una cosa (Basaglia: 1970). Freud, todo lo contrario, muestra que los síntomas del sujeto se remiten siempre a "otra escena", a la del inconsciente. Se trata de un saber que escapa a él: "el sujeto sabe todo sin saberlo" (Freud y Breuer, 1981: 96). El síntoma aparece como un lenguaje que hay que descifrar a condición de que el analista pueda escuchar su doble sentido: literal y metafórico.

## LA VOLUNTAD DE SABER

En el contexto de las relaciones institucionales antes expuestas, el terapeuta no puede escuchar al paciente. Tampoco la institución significa el acto de escuchar y la comunicación como necesarios e importantes. La actitud del terapeuta hacia el paciente es condicionada por lo que la institución privilegia como modo de acción. Las entrevistas iniciales se realizan con el propósito de evaluar el "funcionamiento" del paciente que se admite al centro. Estas son orientadas por el tipo de información que debe aparecer en el expediente y no en función de las necesidades de él. La información se refiere al historial del problema, historial familiar, al de hospitalizaciones psiquiátricas, al de enfermedades físicas, etc. En estas entrevistas el terapeuta debe preguntarle al paciente si tiene ideas suicidas u homicidas. La visión empirista subyacente se lleva al extremo de tomar lo que dice por la realidad. Si éste responde que efectivamente ha pensado quitarse la vida, entonces no habría problemas en tanto que esta información aparece en el expediente. Pero si acaso él lo piensa y no lo dice debido a sus convicciones religiosas u otras razones, ¿qué pasaría en tal caso?

Las preguntas del terapeuta dirigidas a saber si el paciente tiene ideas suicidas u homicidas, responde a la necesidad de la institución psiquiátrica de protegerse legalmente ante la eventualidad de que éste pueda agredirse o bien agredir o matar a otra persona. La institución podría estar sujeta a un pleito civil en este caso. Si un paciente expresa que tiene ideas suicidas y no está medicado "adecuadamente" o no es referido al hospital psiquiátrico, el psiquiatra correría un riesgo, el de una acción legal si le sucede algo al paciente. La posibilidad de una acción legal condiciona la manera en que el psiquiatra atiende y medica al paciente.

La necesidad de la institución de obtener cierta información (se utiliza a menudo el término de "sacar información", término muy corriente en la práctica pública y privada, que implica una manipulación del paciente) supone que ciertos conocimientos acerca de éste pertenecen a la institución. ¿Por qué la institución debe saber más de lo que el paciente quiera o pueda decir sobre sí mismo? ¿Qué es

lo que justifica esta "voluntad de saber" (Foucault, 1977).

Esta interrogante nos remite a la función que cumple el sistema psiquiátrico dentro del orden social existente, es decir la de control y segregación de los que son "problemáticos" para dicho orden. Las personas que presentan una "inadaptación" a la vida social son canalizadas hacia el CSM. Las instituciones públicas (el Departamento de Instrucción Pública, el Departamento de Servicios Sociales, el Tribunal, los hospitales, etc.) se convierten precisamente en lugares de detección de la inadaptación en el niño, el adolescente y el adulto. Ante la demanda social, la función de la institución psiquiátrica es clara: la de quedarse con todo paciente que se admite para la gestión de su "enfermedad" (Basaglia, 1970; Castel, Castel y Lovell, 1980; Castel, 1984).

Algunos servicios psicológicos de los hospitales (por ejemplo, en una unidad pediátrica) que se dirigen a niños y adolescentes con diagnóstico de hiperactividad, déficit de atención, retardación mental (a menudo confundida con la psicosis infantil), problemas de aprendizaje, desorden de conducta utilizan hasta la saciedad la farmacoterapia. Se recetan dosis altas de anti-depresivos, anti-psicóticos a niños y adolescentes "problemáticos" en la ausencia de alternativas educativas, terapéuticas y vocacionales reales. Las situaciones conflictivas y contradictorias, a las cuales remiten estas poblaciones ponen en evidencia los agudos problemas sociales y familiares que van más allá de las fronteras de la institución hospitalaria o psiquiátrica. R. Castel señala esta tendencia a la medicalización de una contradicción:

"La medicina mental continúa haciendo lo que siempre ha hecho, y muy difícilmente podría ser otra cosa diferente de aquello para lo cual ha sido instituida: para medicalizar una contradicción." (Castel, 1977: 158)

R. Castel apunta también cómo se ha creado una impresionante red de detección y de medicalización de los problemas de la infancia en los Estados Unidos (Castel, Castel y Lovell, 1980: 195-205). Todo lo que se refiere al fracaso o inadaptación escolar es diagnosticado en términos de enfermedad individual, situación muy parecida a lo que está ocurriendo en Puerto Rico.

Hasta ahora he tratado de delimitar un espacio institucional atravesado por ciertas líneas de fuerza. Entre éstas he discutido la visión burocrática que predomina en la organización del CSM, las condiciones de trabajo (ausencia de formación clínica y de promoción, salarios muy bajos, inseguridad de trabajo para los que trabajan por contrato, cantidades grandes de pacientes a atender...), la utilización excesiva de medicamentos, la carrera del paciente que entra para permanecer en el sistema. Esas líneas de fuerza parten de un cuadro socio-político externo a la institución, pero que determinan lo que se desarrollará como proceso interno en la institución. No habría manera de hablar de los procesos psicológicos dentro de la institución o en el contexto de tratamiento sin hacer referencia a este cuadro socio-político de una sociedad precisa, en un momento determinado de su historia (Tosquelles, 1976:13).

## EL ENCUADRE

He señalado en qué medida la relación del terapeuta hacia el paciente está mediatizada por relaciones sociales ligadas a un cuadro material objetivo. La falta de deseo y compromiso afectivo con respecto al paciente y una actitud defensiva caracterizan la posición del terapeuta. La institución reduce el paciente a un objeto y está lejos de poder acogerlo en su desamparo.

Si pasamos a otro escenario, al de la situación analítica en el consultorio privado, constatamos que el psicoanalista trata de asegurar un "encuadre" para recibir la parte más desamparada del paciente. En la situación analítica José Bleger distingue entre los fenómenos que forman un proceso y el encuadre (Bleger, 1981: 283). El encuadre corresponde al papel del analista, al conjunto de factores espacio-tiempo, a una parte de la técnica que incluye el establecimiento de los horarios y los honorarios. En otras palabras, el encuadre constituye las coordenadas dentro de las cuales toma lugar el proceso analítico. Winnicott y los psicoanalistas kleinianos utilizan el término "setting" para referirse a un conjunto de condiciones, consignas y reglas que el psicoanalista intenta instalar a fin de propiciar el desarrollo del proceso analítico (Winnicott, 1979; Geismann, 1986: 7; Anzieu, 1986: 12).

El encuadre, según Bleger, es depositario de la parte psicótica de la personalidad del paciente, es decir de la parte no—diferenciada y no—resuelta de los lazos simbióticos primitivos (Bleger, 1981: 299). La no-diferenciación se refiere al hecho de que la criatura humana al nacer no se distingue como una entidad corporal separada de su medio ambiente. Al contrario, se confunde con él<sup>9</sup>. La noción freudiana de desamparo (*Hilflosigkeit*) se refiere a la dependencia absoluta del lactante de la persona encargada de cuidarlo<sup>10</sup>. Wallon sostiene que en el ser humano la dependencia del otro, del "socius", está inscrita en lo más íntimo de su ser<sup>11</sup>. Está inscrita genéticamente, es decir en la incompletud biológica que lo caracteriza al principio de la vida. Por esta incompletud, la necesidad de ser amado nunca abandonará al ser humano.

Si la cuestión de mantener un encuadre es tan fundamental en la relación terapéutica, entonces la institución psiquiátrica debería estar organizada para posibilitar la creación de una estabilidad y permanencia en el seno de la relación del terapeuta con respecto al paciente a fin de contener su angustia y, por ende, de recibir su locura. Sin embargo, hemos visto que ese no es el caso. Para la institución el bienestar del paciente y su acogida no constituyen el elemento más importante.

Habría que señalar la relación entre la posibilidad de establecer un encuadre (en

<sup>9</sup> Winnicott expresa que "No existe nada que pueda llamarse niño". Se refiere aquí a la imposibilidad de concebir un lactante fuera de los cuidados maternos. Véase "La teoría de la relación paterno-filial" (1960) en Winnicott, 1979: 44.

<sup>10</sup> Véase *Inhibición, síntoma y angustia*, Freud, 1981: 2865.

<sup>11</sup> Véase Henri Wallon, "El papel del otro en la conciencia del yo", en Wallon, 1980: 110-118.

el consultorio privado y en la oficina en CSM) y el cuadro socio-político. En el contexto del CSM, hemos visto que la organización misma de las relaciones institucionales no viabiliza la creación de un encuadre para el tratamiento. En la situación psicoanalítica en el consultorio privado, el psicoanalista puede establecer un encuadre solamente si puede contar con ciertas condiciones: económicas, culturales y socio-políticas. El analizante cuenta con un ingreso que le permite pagar los honorarios. Pertenece a una clase social que le posibilita hablar el mismo lenguaje cultural con el psicoanalista. (Castel, 1980: 56). El mantenimiento de la situación analítica implica una realidad social donde está puesta en paréntesis la violencia y el peso de las necesidades inmediatas. En otras palabras, el dispositivo analítico implica como su condición de posibilidad un cuadro socio-político, a menudo ignorado por los psicoanalistas.

## LOS PROCESOS INSTITUCIONALES

El análisis de los procesos institucionales en el contexto del CSM permite identificar el impacto del aparato burocrático en las relaciones entre el personal. Estas se canalizan a través del conjunto de normas, reglamentos y decisiones institucionales. Sin embargo, el movimiento en la institución no se puede captar en una dicotomía entre los que deciden y tienen poder en el nivel central y los que ejecutan en el CSM (Foucault, 1977: 112-115). Si bien existen unos parámetros establecidos por el conjunto de normas, reglamentos y decisiones, los procesos internos reflejan múltiples relaciones de fuerza.

Aparecen relaciones conflictivas entre diferentes grupos profesionales (luchas de poder entre psiquiatras y psicólogos, entre psicólogos y trabajadores sociales, entre técnicos de tratamiento psico-social y enfermeras), entre diferentes unidades de trabajo o entre los miembros que pertenecen a un mismo grupo profesional. Los enfrentamientos pasionales entre los protagonistas se manifiestan en forma de luchas de prestancia, rivalidad, ajuste de cuentas, ataques o críticas verbales. Estos aseguran la función de mantener su propio sentido de identidad, amenazado por los procesos grupales. Las relaciones entre los miembros de un grupo son vividas esencialmente en el plano de las representaciones imaginarias más arcaicas. La situación de grupo hace resurgir en éstos las fantasías más primitivas (de desmembración), que se sitúan en una época anterior a la constitución del sujeto, en los primeros meses de la vida (Anzieu, 1978: 130-140). Los protagonistas se defienden contra la ansiedad psicótica (paranoide) en forma de sospecha y hostilidad<sup>12</sup>.

---

<sup>12</sup> M. Klein distingue la posición paranoide-esquizoide, que se sitúa en los primeros tres o cuatro meses de la vida y la posición depresiva, que toma lugar a partir de cuatro o seis meses. Mientras que en la primera predomina una relación de objeto parcial, en la segunda se trata de una relación de objeto total. Como señala Bleger, a cada posición corresponden ansiedades, objetos y defensas específicas. Véase J. Bleger, *op. cit.*: 93; Mannoni, 1983: 81.

A fin de romper la captación imaginaria que predomina en las relaciones duales de perseguidor-perseguido, es necesario crear mediaciones institucionales o instancias simbólicas. En los esfuerzos de los anti-psiquiatras (Laing, Cooper) y de los que sostienen la "psicoterapia institucional" (J. Oury, F. Tosquelles, G. Raimbault) se puede identificar una preocupación principal. Se trata de:

"llegar a introducir posibilidades técnicas para que el discurso que se da en la institución no permanezca encerrado en una situación imaginaria sin salida y para que pueda, en consecuencia, producir efectos significantes." (Mannoni, 1983: 83)

Dentro de la red de relaciones de fuerza que se crea en la institución, el paciente constituye el eslabón más débil de la cadena de relaciones jerárquicas. Si existe una categoría en cuanto a la cual se plantea agudamente el problema de la libertad es el enfermo mental. Su vida queda siempre a la merced del otro—su familia, el psiquiatra, el terapeuta, la enfermera...—quien decide por él. Es una persona sin derechos y sin defensa.

El terapeuta ejerce una relación de poder sobre el paciente. Esto es posible porque a) el paciente está enfermo y está en una posición de demanda. Pide asistencia, medicamentos... b) es pobre. La relación de poder cambiaría si éste perteneciera a una clase social alta, beneficiándose de un nivel económico y cultural más elevado. El paciente del CSM, consciente de su posición social inferior, se presenta de forma humilde y sumiso. Es curioso, esta relación cambia de cierta manera cuando el enfermo se ubica en un plano de igualdad con el terapeuta, produciendo un efecto de desconcierto en éste. Esto me sucedió hace unos días.

Estaba en una entrevista con una madre que había venido a solicitar los servicios de la Clínica de Niños y Adolescentes para sus dos hijos. Al principio de la entrevista me incomodó su actitud, que consideré "agresiva y reivindicativa". Me costó trabajo darme cuenta hasta qué punto uno, ubicado en este escenario institucional, contaba con la sumisión del otro, que parecía normal y natural. Una actitud diferente, de rebeldía y reto, produce una disonancia en la relación terapeuta-paciente.

Basaglia señala que las instituciones tales como la familia, la escuela, la fábrica, la universidad, el hospital se caracterizan por una separación entre los que detentan el poder y los que no lo tienen. En el caso del enfermo mental, mientras que su valor social corresponde a un valor económico efectivo y por consecuencia a un poder contractual, no está tan sometido a la voluntad del médico o del profesional. Pero a partir del momento en que este valor económico le falla y el poder contractual desaparece, el paciente "comienza entonces su verdadera carrera de enfermo mental en un lugar donde su figura social ya no tiene ni peso, ni valor (Basaglia, 1970: 111)<sup>13</sup>.

## UNA TRAYECTORIA

Ahora que he delimitado el espacio institucional en sus líneas generales, puedo hablar de algunos aspectos de mi experiencia como psicoanalista. Mi trabajo constituye una experiencia aislada en la trayectoria institucional, que viene a negar el discurso institucional. Sin embargo, la falta de una organización terapéutica en el seno del CSM deja paradójicamente un lugar para la inventiva personal. Pienso que lo más inquietante en una institución psiquiátrica sería su carácter autoritario, que reglamenta todas las relaciones en nombre de la racionalidad científica (médica). La demanda de la institución interviene en este caso de tal manera que sobredetermina todo lo que se puede hacer ahí, cerrando toda posibilidad de una expresión personal y creativa.

Mi experiencia podría ser vista en su doble dimensión: Por un lado, se trata de abrir una brecha, compensando algunas fallas de la institución a fin de realizar el trabajo clínico con el niño y sus padres. Por otro lado, dentro del contexto de tratamiento se intenta entender a los actores a partir de las relaciones sociales que constituyen su mundo material para desenredar los hilos de su subjetividad. En otras palabras, la problemática subjetiva del actor es vista, no como una patología individual o un conjunto de síntomas en sí, sino ubicándola en el contexto de las relaciones sociales de éste, en sus múltiples determinaciones.

De hecho sería sumamente difícil cerrar los ojos ante una realidad social cuyo impacto sobre la vida íntima de las personas resulta abrumador. Los síntomas (tales como desórdenes escolares, problemas de conducta, fobias, insomnio, incontinencia, mutismo, retraso del lenguaje...) manifestados por los niños reflejan conflictos familiares o a veces escolares, ligados a una etiología social. La enfermedad mental de los padres, el alcoholismo, la drogadicción, la violencia social rodean la vida de estos niños.

La dificultad en este tipo de trabajo es comprender la problemática subjetiva, ubicándola en su contexto y a la vez saber que uno está ahí para intervenir en el plano de la realidad psíquica (los deseos y las fantasías) y no en el de la realidad material. Me parece que eso constituye el punto más complejo del trabajo. No se trata de operar una dicotomía entre la realidad material y la realidad psíquica, pero tampoco de jugar el papel del trabajador social para ayudar a la persona a resolver sus problemas estrictamente sociales. La tentación es grande. Voy a dar un ejemplo a fin de ilustrar la dificultad de mantener la especificidad del trabajo analítico en este contexto social.

Pedro, de diez años, estuvo en tratamiento desde el mes de enero de 1986. La

---

<sup>13</sup> La relación de servicio personalizada, según Goffman, es característica de las sociedades liberales en una economía de mercado. Corresponde a una relación que une un profesional, que presta un servicio personal especializado, a un cliente. El carácter contractual se refiere a los honorarios que debe pagar el cliente en cambio del servicio ofrecido. Gracias a su competencia técnica el profesional brinda respeto y confianza a su cliente.

---

cura fue interrumpida en octubre de 1987 debido a problemas familiares que lo dejaron en un estado de desamparo. El proceso terapéutico fue puntualizado, en sus estancamientos y progresos, por la violencia masculina. La figura del padre aparece destructora y amenazante para Pedro, lo que no permite identificarse con ésta. (El padre había intentado matar a la madre). La relación del segundo esposo con la madre reproduce esa violencia.

Pedro actualiza una situación de peligro en su comportamiento. Un día la madre se queja de la conducta intolerable de su hijo: éste se opone al padrastro y a la madre; pelea con sus amigos en la escuela; se va de la escuela sin asistir a las clases. Mientras ella me cuenta estos problemas, oculta la parte más importante. Se trata de un incidente en donde el padrastro intentó apuñalarla. En esta época ella estaba embarazada de su quinto hijo. Cuando me expresa que su esposo la sigue amenazando de muerte, yo intervengo para referirla a Servicios Sociales y Servicios Legales.

La oriento sin entrar en un juego de complicidad contra el esposo "malo". Ubico esta situación en un terreno conflictivo de la pareja sin tomar parte. La refiero a la persona que la va a atender en Servicios Sociales este mismo día, pero sin intervenir en los pasos que dará para definir su relación con el esposo. A pesar de la orden del juez que prohibía al esposo volver a la casa, la madre permite a éste regresar. Si yo hubiera tomado posición contra el esposo, ella no hubiera podido traer su hijo al tratamiento. Le hubiera creado un conflicto, entre sus sentimientos en cuanto al esposo y mi opinión sobre éste.

Evidentemente, la frontera que separa mi intervención (en el plano de la realidad) de una posible interferencia en el mundo subjetivo de ella es muy fina y se debe evitar en la medida en que se pueda. Mi acción en este caso implicó obviar lo que los psicoanalistas llaman la neutralidad analítica". Neutralidad es una de las características que define la actitud del psicoanalista en la cura e implica ser neutral en cuanto a los valores y juicios religiosos, morales y sociales del analizante<sup>14</sup>. La cura no se debe dirigir en función de un ideal del psicoanalista. No obstante, el término de "neutralidad analítica" es ambiguo. Se refiere a la necesidad de que el psicoanalista no debe orientar la cura en función de su propia visión del mundo. ¿Pero cómo estar ahí para entender al otro si no es a través de su propio marco de referencia, constituido por sus propios valores, prejuicios y sentimientos?

## CASO DE ANGEL

A través del caso de Angel quiero demostrar cómo la enfermedad mental de un padre puede llegar a afectar a todos los miembros de la familia, provocando un estado de desamparo en éstos. Mi intervención consistió en tres entrevistas. Había citado a los padres para una cuarta entrevista. No volvieron.

---

<sup>14</sup> Véase "Neutralidad" en Laplanche y Pontalis, 1983: 256.



La madre de Angel, una joven mujer sensible, se presenta con su hijo de seis años, de ojos verdes y de mirada viva. Ella me trae su situación familiar. Hace tres años que la familia regresó de los Estados Unidos. El esposo, quien trabajaba en una fábrica, padece de enfermedad mental. Piensa que la gente se burla de él. No sale de su casa. Cela a su esposa y por esta razón, desde hace tres meses, ella tuvo que renunciar a su trabajo en la fábrica. Pensando que su esposa le había sido infiel, un día él cogió un cuchillo y la amenazó de muerte. La misma noche Angel soñó que el padre quería matarlo con un cuchillo. (El niño duerme en el mismo cuarto de los padres).

Según la madre, su hijo pasó por un período en donde se identificaba con su padre depresivo. Se quedaba acostado en la cama hasta que comenzó a ir a la escuela y así superó esa dificultad. La familia se encuentra sin ingresos y espera poder beneficiarse del Seguro Social por la enfermedad del esposo. La angustia de él es grande y teme que por alguna razón puedan rechazar su solicitud de Seguro Social.

La madre me pide que atienda también a su hija. Esta última habló recientemente de la difícil situación familiar a la trabajadora social de la escuela y expresó a su madre que deseaba hablar con un profesional. A ésta no le gustó que otras personas se enteraran de sus problemas. La resistencia en comunicar las dificultades de su vida íntima, que la hacían sufrir enormemente, se hace sentir también en la entrevista conmigo.

Sabiendo que es sobre todo ella quien está perdida y necesita apoyo, la cito a otra entrevista, que toma lugar en circunstancias particulares. Ella viene acompañada de su esposo, quien no confiaba en ella y por eso había llegado con ella. Lo veo a él al final y noto que luce muy enfermo. La expresión agresiva en el rostro y su gran angustia me hacen pensar que se siente como un animal acorralado.

Ella me habla bajito para que él no la oiga, ya que se encuentra afuera. (La ventana de la oficina que estaba abierta daba al jardín). El temor de ella me obliga también a hablar bajito por no saber exactamente donde él está y lo que puede hacer. Llora y de momento se bloquea como si quisiera rechazar algo de su pensamiento. Luego me relata la situación que la atormentaba en medio del desorden familiar. Se siente culpable por las dificultades de su hija, de diez años. Esta reprocha a su madre de preferir a Angel. Pide a su madre pruebas de amor (que la coja en los brazos como a una niñita), lo que confunde a ésta.

La relación de la madre hacia su hija es ambivalente. Por un lado, expresa los aspectos negativos de su hija refiriéndose a las dificultades de ésta (coger dinero, mentir, celar su hermano...). Por otro lado, los aspectos positivos de ella amenazan a la madre en su propia imagen de mujer. Su hija tiene muy buenas notas en la escuela mientras que ella no era buena estudiante. El éxito escolar de su hija significa la posibilidad de que ésta pueda tener una profesión en un futuro y no sufrir como ella, siendo dependiente del esposo. Trae sus preocupaciones en cuanto a la sexualidad de su hija, ya que la percibe como despierta en este plano.

Aquí podemos ver cómo las situaciones concretas de la existencia (la enfermedad

---

del esposo, las dificultades psicológicas como consecuencia de ésta, los problemas económicos, la relación conflictiva madre-hija) delimitan un espacio de vida, acosando a los miembros de la familia y en qué medida estas situaciones producen unas limitaciones en la continuidad del trabajo terapéutico. Este último se interrumpió en un momento en que los sentimientos de persecución del padre se habían agudizado. No asistieron a una cuarta cita que había dado para ambos padres. Vemos cómo el impacto de la enfermedad mental y de los problemas familiares no permitieron la creación de un encuadre terapéutico.

Los factores esenciales que constituyen el encuadre en psicoanálisis de niño son diferentes de los del encuadre en psicoanálisis de adulto. Entre éstos, el papel y la presencia de los padres es fundamental en la medida en que el niño es dependiente de ellos para todo en su vida. Es necesario que ellos sirvan de garantes al establecimiento y mantenimiento del encuadre, por ejemplo trayendo a su hijo regularmente a las citas y colaborando con el psicoanalista (Oury, N., 1986).

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- American Psychiatric Association. 1980. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, APA.
- Anzieu, Didier. 1978. *Le groupe et l'inconscient*. Paris, Dunod. (Traducción española: *El grupo y el inconsciente*, Madrid, Biblioteca Nueva.
- \_\_\_\_\_. 1986. "Cadre psychanalytique et enveloppes psychiques", *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, no. 2, p. 12-24.
- Azoulay, Jean. 1970. "Sur une tentative de psychanalyse appliquée", *Interprétation*, vol. 4, no. 1 y 2, p. 41-65.
- Basaglia, Franco. 1970. *L'institution en négation*. Paris, Seuil. (Traducción española: *La institución en negación*, México, Siglo XXI).
- \_\_\_\_\_. y Basaglia Ongaro, Franca. 1977. *Los crímenes de la paz*. México, Siglo XXI.
- Bleger, José. 1981. *Symbiose et ambigüité*. Paris, PUF. (Traducción francesa del original en español: *Simbiosis y ambigüedad*, Buenos Aires, Paidós, 1975.
- Braunstein, Néstor. 1980. *Psiquiatría, teoría del sujeto, psicoanálisis*. México, Siglo XXI.
- Castel, Robert. 1980. *El psicoanálisis*. México, Siglo XXI.
- \_\_\_\_\_. 1977. "La contradicción psiquiátrica", en Basaglia, F. y Basaglia Ongaro, F., 1977.
- \_\_\_\_\_. 1984. *La gestión de los riesgos*. Barcelona, Anagrama.
- Castel, Françoise, Castel, Robert, Lovell Anne. 1980. *La sociedad psiquiátrica avanzada. El modelo norteamericano*. Barcelona, Anagrama.
- Dolto, Françoise. 1982. *Séminaire de psychanalyse d'enfants*, II. Paris, Seuil. (Traducción española: *Seminario de psicoanálisis de niños*, II, México, Siglo XXI).
- Foucault, Michel. 1977. *Historia de la sexualidad, tomo I: La voluntad de saber*. México, Siglo XXI.
- Frécourt, Jean. 1970. "Malaise dans l'institution", *Interprétation*, vol. 4, no. 1 y 2, enero-junio, p. 109-131.
- Freud, Sigmund. 1981. *Obras completas*, Madrid, Biblioteca Nueva.
- \_\_\_\_\_. y Joseph Breuer. 1981. "Estudios sobre la histeria", en Freud, 1981.
- Geissmann, Claudine. 1986. "Un cadre approprié. Les vicissitudes de sa construction. Anna Freud et Mélanie Klein", *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, no. 2, p. 42-63.
- Geissmann, Pierre. 1986. "Le cadre", *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, no. 2, p. 7-10.
- Goffman, Erving. 1970. *Internados*. Buenos Aires, Amorrortu.

- Jeammet, Philippe. 1987. Intervención en la mesa redonda sobre el tema "Psychanalyse et institutions pour enfants", *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, no. 3. p. 154-160.
- Laing, Ronald. 1977. "Consideraciones sobre la psiquiatría", en Basaglia y Basaglia, 1977, p. 247.
- Laplanche, Jean y Pontalis, J. B. 1967. *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris, PUF. (Traducción española: *Diccionario de psicoanálisis*. Barcelona, Labor, 1983).
- Mannoni, Maud. 1983. *El psiquiatra, su loco y el psicoanálisis*. México, Siglo XXI.
- \_\_\_\_\_. 1983. *Le symptôme et le savoir*. Paris, Scuil.
- Oury, Jean. 1976. *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle*. Paris, Payot.
- \_\_\_\_\_. 1983. "Intervention", en Mannoni, M., *Le Symptôme et le savoir*.
- Oury, Nicole. 1986. "Les parents et le cadre", *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, no. 2, p. 105-110.
- Roselló, Juan. S. F. *Historia de la psiquiatría en Puerto Rico: Siglo XX*, San Juan, Centro Gráfico del Caribe (en vías de publicación).
- Secretaría Auxiliar de Salud Mental. 1971-72. *Informe Anual*.
- Simoës, G. 1986. "Politizamos el psicoanálisis", *Psyché*, no. 3, octubre.
- Tosquelles, François. 1976. "Préface" en Jean Oury, *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle*. Paris, Payot.
- Wallon, Henri. 1980. *Psicología del niño: una comprensión dialéctica del desarrollo, tomo I*. Antología editada por Jesús Palacios, Madrid, Pablo del Río.
- Winnicott, D. W. 1971. *De la pédiatrie á la psychanalyse*. Paris, Payot.
- \_\_\_\_\_. 1979. *Escritos de pediatria y psicoanálisis*. Barcelona, Laia.
- \_\_\_\_\_. 1979. *El proceso de maduración en el niño*. Barcelona, Laia.

### ABSTRACT

In this article the author tried to establish the context of the institutional relations in the Mental Health Center in order to situate the clinical work she achieves with the child and his family. This institutional context is remitted necessarily to a social-political frame that determines it. The modes in which the patient is attended and the position he occupies in the Mental Health Center depend on the conception of "therapy". This conception meets its basis in extra-institutional forces that originate in a specific social-political frame.

In the context of her experience of treatment with the child, the possibility to establish a therapeutic setting is obstructed. The social reality, impacting the life of the parents, interferes constantly in the sphere of psychoanalytical intervention.