

Panel: “El trabajo hospitalario y la clínica de la violencia”

Renée Tula - Irene Levy - Liliana Pierini

Gracias a la invitación a participar en las III Jornadas de la Carrera de Especialización de Psicoanálisis con Niños "Infancia y Violencia", en el panel El Trabajo Hospitalario y la Clínica de la Violencia, nos hemos reunido tres psicólogas de los hospitales generales: Durand, Ramos Mejía y Vélez Sarsfield.

Hemos descubierto a través del intercambio de los trabajos presentados, los puntos de coincidencia en la observación de la realidad, acerca de la población que nos consulta. Aun cuando la, idiosincrasia de cada hospital y la forma de trabajo de cada Servicio, marca sus propias particularidades. Se ha notado un incremento en las consultas por niños en donde de alguna manera la violencia aparece, ya sea en trastornos graves de conducta, maltrato familiar, abuso sexual, abandono, etc., donde no necesariamente prevalece la violencia física; y el aumento de la violencia social debido a la desocupación y subocupación que genera necesidades básicas insatisfechas.

Si bien la violencia no es sólo patrimonio de esta época, es frecuente observar en el escenario de las demandas por un niño, el desamparo, la soledad, y la desprotección.

La pérdida del nivel adquisitivo de la población ha incrementado la demanda de prestaciones en el Hospital Público, dado que las Obras Sociales como los Sistemas Prepagos en un alto porcentaje, no cubren la Salud Mental dentro de sus planes asistenciales.

Esto también genera una situación de violencia que está dada por la lista de espera, tanto para el paciente como para el profesional en la posibilidad de contener la excesiva demanda.

Lugar de conflicto para articular nuestra escucha analítica en el entrecruzamiento con otros discursos que atraviesan la clínica del niño y dentro de la cual debemos ser operativos.

Lic. Renée Tula

Coordinadora del Area de Niños del Servicio de Psicopatología del H. DURAND

Pensar un tema tan central en estos días como la violencia presenta sus dificultades. Cuando una palabra inunda una época y la define, adquiere tanto significado que puede llegar a diluirse lo que uno trata de aprehender de ella.

Es tapa de diarios y revistas niños golpeados, padres golpeados, niños abandonados, prostituidos, la lista es larga y es analizada desde distintas disciplinas.

La matanza del hijo aparece en varios mitos que marcan el comienzo de las creencias en los orígenes de la cultura, como lo analiza el Dr. Rascovsky en su libro El filicidio, quien señala que dicho mito es a menudo un requisito esencial para el comienzo

de las relaciones armónicas del individuo o la sociedad con la deidad o bien constituye el fundamento de un pacto con ella.

Hasta no hace muchos años, pegarle a los hijos o a la mujer, era un derecho no discutido del padre, los maestros también mantenían estos derechos a través de los punteros y otras torturas que llamaban penitencia para que los niños crecieran derechos.

En el transcurso de la historia hubo muchas épocas teñidas o manchadas podríamos decir con violencia, cada una de ellas con su singularidad.

Para ver de qué manera esta situación está presente en nuestro quehacer revisé las admisiones realizadas entre febrero de 1995 y abril de 1996 por el Equipo de Psicopatología Infantil.

Se admitieron 235 pacientes entre 3 y 12 años de edad, a los cuales he dividido de acuerdo a su motivo de consulta:

	casos	%
1) Trastornos de aprendizaje	29	12,34
2) Trastornos de conducta	158	67,23
a) dificultades en la escuela	26	16,45
b) depresión, fobias, “es nervioso”, otros	76	48,10
c) agresividad	38	24,05
d) familiares	18	11,39
3) Psicósomáticos	38	16,17
a) alergia, asma, alopesias	18	74,37
b) enuresis	11	28,95
c) encopresis	6	15,79
d) tartamudeo	2	5,26
e) tics	1	2,63
4) Orgánicos	8	3,40
5) Abuso sexual	2	0,85
6) Situaciones traumáticas	2	0,85

Estos datos no difieren de los datos recogidos tradicionalmente en nuestro servicio, chicos inquietos, con bajo rendimiento escolar, que no aprenden, que pelean, psicósomáticos, etc., son los que hemos visto desfilar en muchos años de hospital. Pero focalizando más los datos surgen indicadores que fueron creciendo paulatinamente y que van perfilando situaciones que dan cuenta de una estructura sociofamiliar distinta.

Nos encontramos que en la población admitida existe un 35% de padres separados, de ese porcentaje un 31% corresponde a padres desaparecidos, es decir, que no son conocidos por sus hijos, que no los han reconocido, este dato representa el 11,20% de la población consultante. Y hay otras cifras, 2,16% de niños adoptados, 2,15% de familias donde uno de los dos padres falleció, (cifra alta si se considera que la edad de los padres ha bajado considerablemente). Y un 3,9% de papás enfermos de un padecimiento mental.

Estos son datos extraídos de una primera entrevista de admisión, muchos de los cuales se incrementan en el proceso diagnóstico.

Solamente en un 6% se menciona la violencia familiar a través de situaciones de maltrato. En el servicio existe un equipo de Violencia Familiar, que es centro de referencia, por lo cual dichas consultas son evacuadas directamente a través de ese equipo.

En admisiones efectuadas entre marzo y septiembre de este año sobre un total de 217 admisiones se detectaron 30 de abuso sexual y 74 de maltratos físicos y negligencia.

En nuestro caso los datos más significativos que remiten a la situación de violencia es el alto grado de abandonos. Cuando hablamos de padres separados nos referimos a situaciones en su gran mayoría irregulares, en la cual la separación conlleva no sólo la pérdida de la función esposo-esposa sino también al deterioro de la función paterna. Si pensamos que la interacción madre hijo es donde la cría humana muestra su desvalimiento biológico y su necesidad de un otro, donde la madre inviste libidinalmente al niño, ella es la que se anticipa, interpreta, satisface sus necesidades. Son los padres los que brindan modelos identificatorios, recorrido estructurante y reestructurante de proyecto futuro, de continuación de sueño.

El niño es devenir, delegación en el mito familiar, en consecuencia el resquebrajamiento de los vínculos familiares, la desesperanza, la falta de futuro, ocupan el lugar de la ilusión desde lo individual hasta lo colectivo.

La indiferencia o la violencia que el adulto ejerce sobre el niño trae un quiebre en los procesos identificatorios que son la base de la individualidad en la constitución del sujeto. La falta de lugar de un padre dentro del ámbito social privan al niño de una interdependencia con el adulto y lo llevan a aumentar el desamparo y la inermidad. Entonces, los vínculos de los padres hacia el hijo se centran en el rechazo al niño, porque éste devela la condición esencial de desamparo e impotencia que los adultos quieren desterrar de sí. En una sociedad donde las familias son abandonadas y desamparadas por la situación socioeconómica los niños son las primeras víctimas.

Daré dos ejemplos que grafican distintas situaciones:

1) Alex es un niño de 8 años que está en tratamiento por problemas de conducta, vive con su mamá, su papá y una hermana de 16 años que es la encargada de traerlo a sesión. El papá trabaja en changas, la mamá por horas como doméstica y la hermana no hace nada, pues abandonó sus estudios y no consigue trabajo.

Alex había sido cambiado de escuela por su conducta, y estuvo unos meses sin problemas. Un día concurre la mamá y me relata que Alex está muy mal, comenzó con problemas de agresión en la escuela, la madre lo refiere como una dificultad de contención de la institución escuela o del tratamiento que no le está haciendo bien. En la entrevista tratamos de ver con la señora que cosas habían ocurrido qué pudieran haber afectado al niño, ella refiere un hecho al cual no le había dado importancia: el dueño de la casa que alquilan llega para reclamarle al padre, diciéndole que si no pagaban lo adeudado quedarían en la calle, lo que es dicho a los gritos; en medio de la discusión la mamá observa que el niño está espiando a través de una puerta entreabierta. De esto no se habló, pero agudizó su síntoma.

2) El segundo caso nos plantea un problema de valores, que tiene que ver con los mensajes dados por ciertos sectores de nuestra sociedad.

Julio es un nene de 8 años de clase media, el padre viene a consultar por un episodio de abuso sexual al cual fue sometido su hijo.

El nene estaba jugando al fútbol en un campito y después del partido un amigo mayor (15 años) le dijo que si se la dejaba apoyar le daba tres fichas para los juegos de video, el nene aceptó.

Esa noche la mamá lo nota muy angustiado, e indagando lo que le ocurría el nene le cuenta. Lo hablan con el papá, comprueban que no había sufrido ningún daño físico.

En una conversación posterior con el papá, en la cual este le dice que no se deje, Julio le responde ¿y por un millón de pesos?

Lic. Irene Levy

Coordinadora del Área de Niños del servicio de Psicopatología del Hospital Ramos Mejía.

Comienzo con esta cita de Winnicott: *"Estaba entonces en mis comienzos como especialista en pediatría, y es fácil imaginar cuan excitante me resultaba encontrarme ante infinidad de casos clínicos y obtener, por parte de padres de diferentes culturas, miembros de la clase sociales que acuden a los hospitales, la confirmación de que todos podían necesitar de las teorías psicoanalíticas que estaban comenzando a adquirir un significado para mí a través de la propia experiencia."*

Se trata de otra guerra, de otros desaparecidos. Pero también es una guerra y sigue habiendo desaparecidos. En la clínica que escuchamos en un Hospital General, sobre todo en los últimos tres años, son excepcionales las consultas no relacionadas con alguna crisis, resquebrajamiento, corte profundo, desarraigos, mudanzas, maltrato, abuso, pérdidas económicas. Un entramado en situaciones familiares donde es difícil hablar de historia familiar.

Muertes, separaciones, desocupación, son algunas de las cuestiones que atraviesan a los padres de estos niños que sufren y por los que nos consultan en los hospitales.

Es ardua la escucha psicoanalítica cuando la violencia desde todos los ámbitos nos golpea.

Vicente A. Galli en su artículo *"Trabajo clínico, terrorismo de Estado y futuro de los psicoanalistas"* dice: *"El psiquismo es historia hecha estructura pulsional y funcionante en el presente. Las historias sociales, las historias individuales y los contextos actuales se entrecruzan y se enlazan, convirtiéndose en causas eficaces inconscientes: deseos, identificaciones, desidentificaciones de sentidos y valores. También se convierten en proyectos de futuro que apuntan, en su esperanza, a superar insatisfacciones y anhelos tensos por su realización inacabada. Conflictos de ideales, muchas veces recubiertos por idealizaciones restitutivas."*

¿Qué es la violencia hoy en un Hospital General?

Intentaré responder desde distintos lugares:

En la Clínica hoy es difícil escuchar una consulta que no este atravesada por algún modo de violencia. Expondré estas cuestiones con viñetas de casos de niños que tengo en la actualidad en tratamiento.

El caso Mario, niño de 10 años, a quien la Directora de la escuela de recuperación a la que asiste, le dice al niño, por un hecho puntual, "ladrón". Si pensamos en su vicisitud, en su lugar familiar, en las fuerzas que desencadenan esta situación, entenderíamos que decirle a este niño, desde ese lugar "ladrón", es significarlo y perpetuarlo en el delincuente

que deberá fatídicamente ser institucionalizado. Sólo bastaría presentar un caso clínico para mostrar las violencias a las que está expuesto un niño. Violencias que pueden arrasarse con su subjetividad, que no permiten que algo se escriba allí a su manera. Y desde la clínica, sin embargo, es vital crear ese espacio psíquico, el lugar donde un niño pueda vivir y ser, y encontrar su identidad. Ese es nuestro objetivo.

El caso José, niño de 6 años que se escapaba de la escuela y corría a las vías del tren pues quería matarse. Le pedía al papá - quien tenía un revolver para defenderse de los asaltos - que lo matara con su arma. Luego de comenzar el tratamiento, algunas cuestiones empezaron a tomar significación en este imperativo: un hermanito de José había muerto al salir de la incubadora, malformado, sin esperanzas de vida, seis meses antes de que José fuera gestado. Su mamá veía en José a este otro a quien nunca pudo amamantar, ni agarrar, ni salvar pues nació sin esperanzas de vida. Hoy José está mejor, pero sólo a veces puede llegar al hospital. El padre, despedido de su trabajo, un desocupado más vive de changas, lo trae sólo si el trabajo va bien, una vez a la semana. La mamá, en más de una entrevista, manifestó la angustia de que sus hijos puedan pasar hambre. José tiene dos hermanas. Decía la mamá: "veo que él no quiere jugar". Hay muchas cuestiones por las que José no puede jugar, pero también se vivía un clima de tristeza por el papá sin trabajo desde hacía dos meses. La mamá lloraba en la entrevista pues no quería más pedir prestado.

En una sesión José dice: "No me gusta jugar en el recreo". Winnicott en el caso Piggie, dice que la niña cada vez traía un problema específico a tratar. Así fue con José, después de lo que dijo nos pusimos a jugar al garabato, y luego eligió de la caja de juegos los bloques para armar. Me pidió si tenía el papel que decía cómo se hacía. No lo encontramos. Se puso a jugar, tímidamente, pero no era como al principio de su tratamiento, en que miraba los juguetes en las bolsitas o la caja y apenas los tocaba para volver a guardarlos. Ahora jugaba: armó un autito con rueditas, lo deslizó, se divirtió y me miró. Yo trataba de hacer una casa que luego fue un robot. José se animó, cobró vida en la sesión, aparta del lugar de una mirada en duelo que aún su madre llora por su hermanito muerto. Terminamos la sesión contentos con una ciudad en el escritorio del consultorio, un edificio, una escuela con banderita (utilicé la tijera y el papel glacé para hacerlo deliberadamente creando objetos que cobraban animación frente a sus ojos). José quería hacer un semáforo que se le caía pero terminó sosteniéndolo con sus manitos para que no se desarmara. Semáforo, súper yo, luz roja, paremos un poco con las ganas de vivir que es peligroso se estará diciendo José que sólo hace dos meses fue internado luego de una crisis asmática severa. Esta mamá tan sacrificada, que viene desde lejos, quien no aceptó una derivación. Su bebé murió en este hospital (José N. Ramos Mejía"), y luego de algunos meses acepta ella hacer un tratamiento psicológico.

Si pensamos en Winnicott, en el caso Piggie, donde realizó el tratamiento con las entrevistas a pedido, estas podrían ser una posibilidad en el trabajo hoy en el hospital, en relación a cómo sostener los tratamientos de niños - muchos de ellos en riesgo - en una situación social donde todo es momentáneo.

En cada uno de estos casos las dificultades que el niño y su familia enfrentan, a veces parecen insuperables, pero algo de la vida insiste en esa búsqueda de salidas y curación. Piera Aulagnier dice en *La violencia de la interpretación*: "en el momento en que el yo del niño descubre lo exterior a la familia, en el momento en que su mirada busca allí un signo que le dé derecho de ciudadanía entre sus semejantes, encuentra un veredicto que le niega ese derecho, que apenas le propone un contrato inaceptable: en efecto respetar lo

que se ofrece implica que se resigne a ser un engranaje sin valor al servicio de una máquina que no oculta su decisión de explotarlo o excluirlo. Este veredicto redobla aquello que había percibido en la relación de su yo con la pareja parental, como rechazo de autonomía, como previsión de contradecir lo dicho. Estos veredictos no son idénticos, el familiar y el extrafamiliar. Plantear una identidad entre represión social y represión en sentido psicoanalítico, entre explotación económica y apropiación por parte de la madre del pensamiento del niño, no tiene ningún sentido, sin embargo, y debido a que el niño comienza a proyectar sobre la escena social el pattern de su problemática en relación con los ocupantes del espacio familiar puede observarse la inscripción sobre esta escena del redoblamiento de una misma dialéctica, en la que, de ese modo se encuentra doblemente apresado."

Este redoblamiento, que entrecruza lo intrafamiliar con lo extrafamiliar es ineludible, es lo que encontramos hoy en nuestra clínica hospitalaria, donde el niño queda doblemente apresado.

Los niños se quieren matar, ¿de qué muerte quieren morir esos niños? Cada muerte soñada por estos niños denuncia la falta de sostén y contención. Marilú Pelento en su trabajo "*Duelos y trastornos psicossomáticos*" dice: ..."*que sucede cuando el sufrimiento traspasa el nivel de lo tolerable? Esta pregunta exige, en primer lugar, conjeturar o detectar cuál pudo ser - en el caso de existir - esa fuente de sufrimiento extremo.*"

De aquellos que pueden llegar a los hospitales, todavía, nosotros recibimos en su mayoría consultas cuyo motivo en sí no es la violencia, sino que ésta aparece encubierta, negada o desencadenante.

¿Qué podemos hacer los analistas de niños en un hospital? Entiendo necesario instrumentar abordajes creativos, acordes a la demanda. Espacios interdisciplinarios, grupos terapéuticos. En nuestro hospital hemos realizado algunas estadísticas que nos permiten corroborar el crecimiento de la violencia.

En el año 1995 de 200 casos que consultaron en la admisión del equipo de niños, el 30% de estos casos incluye diferentes grados y modalidades de violencia familiar.

De este porcentaje de casos de violencia, diez derivaciones provienen de pediatría, catorce de otras especialidades, veinticinco de las escuelas (maestras o equipos de orientación escolar) y nueve consultas espontáneas.

De esas 60 consultas con algún grado de violencia familiar hay aproximadamente 18 casos de alcoholismo o drogadicción en los padres. En su mayoría la violencia no es el motivo de consulta. Pero sí lo es, en algunos casos de riesgo, derivamos a equipos especializados e interdisciplinarios de violencia y maltrato familiar.

De estos 60 casos, algunos pocos son de violencia física hacia los hijos, en su mayoría la problemática aparece en la pareja de padres del niño o de una pareja de uno de los padres. También en su mayoría son padres varones que ejercen la violencia, psicológica en unos pocos casos, prevaleciendo la violencia física.

Hemos observado también dentro de la violencia, el abandono y el abuso sexual, con un crecimiento importante en el transcurso de 1996, del abuso sexual.

Frente a estas problemáticas, hemos podido instrumentar, desde el año pasado, la admisión interdisciplinaria, con la inclusión en la primera escucha a los padres del niño, de una asistente social. Ya antes, existía la inclusión de una psicopedagoga. De este modo podemos decidir derivaciones o estrategias según la problemática y la urgencia, contando con el profesional en ese momento.

Dice Luis Hornstein en "*Cuerpo, historia, interpretación*": "No se trata de oponer realidad objetiva a representación fantasmática, sino de encontrar relaciones entre las circunstancias reales responsables de experiencias significativas en la historia de un sujeto y las circunstancias fantasmáticas que acompañan su representación mediante la realidad psíquica y por ella. Entre ambas se interponen las circunstancias interpretadas productos del yo que, quiere dilucidar las causas y los efectos de las batallas ganadas y perdidas, de las alianzas respetadas y de las traiciones padecidas."

Hace pocas semanas recibimos la urgencia de un niño que escapó de la escuela y no volvió a su casa hasta la noche. La maestra le contó a su mamá, quién con su negación produjo abandonos serios hacia este niño, que le decía que se quería matar, que él era culpable. El papá en la primera entrevista admitió tener una violencia incontrolable. Hoy el niño está en la etapa diagnóstica, y los padres fueron a tratamiento en el área de adultos como condición para el tratamiento del niño. Los analistas de niños debemos maniobrar constantemente con los padres, con las maestras, con los juzgados, por lo cual vemos cómo sobre la escena fantasmática del niño, se monta la escena social. Rescatarlo de ese lugar en que queda doblemente apresado, es nuestro objetivo, poniendo a disposición todas las estrategias, toda la creatividad.

Hospital Vélez Sarsfield Práctica hospitalaria en el área de Infancia y Violencia. LILIANA MABEL PIERINI

Coordinadora del equipo Infanto Juvenil de la Sección de Psicopatología del Hospital Velez Sarfield

El equipo de psicopatología de la institución está compuesto por dieciocho profesionales, de los cuales siete pertenecen al equipo de Infanto Juvenil. (Hay un solo profesional rentado, dos psicólogos concurrentes una psicopedagoga como becaria adscripta y cuatro psicólogas que están haciendo su pasantía por nuestra institución provenientes de la Carrera de Especialización en Niños de la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires). La planta física está compuesta por dos consultorios para entrevistas individuales, tres salas para tratamiento de grupos y familia (utilizadas como aulas durante el día, pues funciona como unidad docente).

El servicio funciona desde su creación en 1985 como grupo de trabajo y actualmente como Sección de Psicopatología

La división en dos sectores, fue la respuesta más adecuada a la escasez de profesionales y al estilo de formación.

En el área de Infante Juvenil, los profesionales trabajan en la atención psicológica y psicopedagógica de los pacientes . No poseemos psiquiatra especialista en Infante Juvenil, neurólogo, psicomotricista ni musicoterapeuta.

Actualmente el volumen de consultas es de 310 mensuales en promedio, de las cuales el 15% están relacionadas con el tema violencia. Esta cifra aumenta durante el período escolar en los niños y es estable en los grupos de embarazadas adolescentes.

Las entrevistas de admisión se realizan en conjunto (una psicóloga y una psicopedagoga) esto siempre y cuando la demanda lo permita y se busca orientar al consultante hacia alguna de las siguientes posibilidades: Psicodiagnóstico - Terapia Individual - Terapia Grupal - Grupo de Padres - Terapia de adultos (se deriva al equipo de adultos) con o sin tratamiento del niño.

Psicoprofilaxis (quirúrgica y obstétrica en embarazadas adolescentes).

Dada la ausencia de un equipo de asesoramiento legal, la jefatura de la sección normativizó la atención de pacientes.

Nuestra intervención surge en principio, a partir de la demanda de los servicios (pediatría, obstetricia, guardia y traumatología) fundamentalmente. Este caudal de pacientes se ve aumentado por los oficios judiciales producto del envío de los juzgados o de la intervención producto de la internación del niño o de la madre o padre del niño.

El abordaje de los pacientes por parte de los profesionales del área, ha sido siempre con una escucha amplia. Hasta el año 1995 no contábamos con especialistas en el tema violencia y como respuesta realizamos una exhaustiva concientización entre los profesionales de la institución.

La detección de la patología depende de la búsqueda que el profesional efectúe de la misma, para ésto debe conocerla y en el tema violencia no cabe duda que la definición es extremadamente amplia.

Para poder trabajar el tema dentro de la institución optamos por construir un sociograma sobre el tema violencia. Nuestra intención era conocer como se definía entre los profesionales del resto de los servicios.

Utilizamos una encuesta compuesta por una serie de ítems agrupados por ejes (endo - exo familiar, físico - verbal y auto o hetero agresiva).

Los resultados fueron analizados y presentados en las Jornadas Científicas del Hospital, (Noviembre 1993)

Como estructura social nuestra institución tolera mejor la autoagresión, verbal y endo familiar. Parecería que resulta más fácil expresar actitudes violentas en el ámbito más familiar.

Esta actividad generó demanda por parte de los profesionales para hablar del tema e interiorizarse de los resultados. Fue un excelente punto de partida para que surgiera una visión más aguda sobre la patología infantil que se registraba en la sala y en la guardia.

Sabido es que no se busca lo que no se conoce, y en muchos casos los profesionales tomaban como normales conductas que utilizaban habitualmente. Al verlas reflejadas en los pacientes, no las consideraban como síntoma de violencia.

Con la colaboración del área de docencia, se realizaron cursos en los cuales se incluía el tema. Especialmente la violencia hacia niños. Se profundizó el estudio del Síndrome de Maltrato Infantil en forma interdisciplinaria, elaborándose un trabajo científico que fue presentado en las Jornadas Científicas de nuestro hospital, mereciendo una mención por las autoridades de la misma, (Octubre 1995). En parte, por estas actividades, pudo concretarse con la aprobación del Consejo Asesor Técnico Administrativo la creación del Comité de Maltrato Infantil formado por psicólogas y dos asistentes sociales.

En un paso posterior se normatizó las actividades a realizar por este Comité definiendo los roles a desempeñar por cada especialista y se fundamentó la importancia del trabajo en conjunto.

Paralelamente al trabajo desarrollado hacia el resto de la institución, se realizó una serie de actividades tendientes a concientizar la violencia institucional que sufren no solo los pacientes, sino también los profesionales.

Negar un turno de atención a un paciente que concurre con un conflicto actual, la falta de rentas para los profesionales, el escaso espacio físico y la carencia de materiales son también formas de violencia que sufrimos o infligimos cotidianamente.

Toda esta evolución sobre el tema fue apoyada sobre dos pilares que son indispensables trabajar en la problemática: la formación y la supervisión.

La formación teórica es indispensable para poder establecer las variables de estudio, los factores facilitadores e inhibidores, y las tácticas y estrategias para abordar al paciente y su familia. No alcanza sólo con la escucha psicoanalítica para abordar el tema, la formación del profesional exige intervenciones con espacios reducidos y tiempos que apremian. El entrenamiento permite fórmulas de abordaje que disminuyen los tiempos y la formación profunda del profesional le permite desarrollar la creatividad frente al paciente.

La supervisión resulta indispensable para poder enfrentar las limitaciones del entorno y las propias frente a un tema complejo como éste. Es muy importante tener en claro cuanto de nosotros se mezcla

con la problemática del paciente, de la institución y del profesional con el que se trabaja en conjunto.

Por último, resulta importante destacar sobre nuestra labor que sometemos y estamos sometidos a una violencia de la que poco hablamos. La violencia de la falta de personal, de rentas, de espacio físico, de turnos para la satisfacción de la demanda, etc. se traslada a la atención del paciente no por voluntad, sino porque es parte del entorno en el que trabajamos cotidianamente.

A veces no podemos darle respuesta al paciente que concurre por primera y, quizás, única vez. Estas situaciones son muestras de violencia hacia el paciente y hacia nosotros.

Quisiera expresar mi profundo reconocimiento y agradecimiento a todos los profesionales que pasaron por nuestro hospital compartiendo generosamente con nosotros su conocimiento y experiencia, a todos los profesionales que han trabajado en el equipo a lo largo de estos años; a nuestra jefa Dra Haydee Marinaro que nos 'soporta' diariamente pero especialmente a las Lic. Leonor Junge y Eleonor Jajan, supervisoras de nuestro equipo y a las Lic. Aída Potnoy Gueler, Gabriela Torregrosa, María Mesa y Morteo, Patricia Boo, Alejandra Pérez, Susana Maquieira y Cecilia Hermida que son las que sostienen este trabajo y en el aspecto personal familia que comparte esta actividad conmigo.