

La Terapia Familiar en un Servicio Hospitalario de Psiquiatría Infantil

(3ª versión) ^{1,2,3,4,5,6}

Partimos de la afirmación de que la Sociedad, en un sentido amplio, es un conjunto abierto de instituciones. Las mismas tienen como finalidad la producción y la reproducción de esa sociedad. Esos objetivos pueden estar encaminados hacia el perfeccionamiento de la organización social o para el mantenimiento de los defectos y arbitrariedades de cierto orden constituido.

Las instituciones de la Salud, sus organizaciones, establecimientos y agentes, así como todas sus prácticas, participan de esa dualidad conflictiva de propósitos. Cuando en ellas se cristaliza lo instituido, acontecen diversas deformaciones tales como la burocratización, el nepotismo, la mercantilización, el fraude, la incompetencia y la ineficacia. Cuando en ella resurgen las fuerzas instituyentes las repercusiones pueden ser desde administrativas hasta técnicas, pero siempre redundan en beneficios para el usuario.

Es en esta dimensión que pretendemos mostrar algunas constataciones efectuadas en las psicoterapias familiares realizadas en el Servicio de Psiquiatría Infantil del Hospital Pediátrico Dr. Pedro Visca (Cátedra de Psiquiatría Infantil de la Fac. de Medicina de la UDELAR, Ministerio de Salud Pública, Montevideo, Uruguay), desde 1973 a 1980.

No es una evaluación estricta de este período. Son otros aspectos que se constituyeron en una revelación inesperada, por ciertas características propias de lo que es el quehacer terapéutico familiar en el Hospital público y por ciertas diferencias que surgieron en relación con la misma práctica efectuada a nivel privado.

Esto nos llevó a movilizar cuestionamientos de nosotros mismos, algunos de los cuales intentaremos transmitir en este relato.

Se hace necesario plantear que el marco referencial con el cual abordamos el campo de la Terapia Familiar en el Servicio de Psiquiatría Infantil es la concepción de la Psicología Social que surge con E. Pichon-Rivière, y se complementa con aportes de otros autores (entre ellos, nuestros), de acuerdo con los cuales la familia es una institución atravesada por las determinaciones sociales, ideológicas y políticas del sistema político-económico vigente.

Desde el campo de la psicoterapia y de la psicoprofilaxis, la objetivamos como un pequeño grupo centrado en torno al trabajo de reproducción de agentes sociales con una dinámica particular, especialmente el grupo familiar con niños, que lo caracteriza y diferencia de otros grupos humanos, y lo mantiene en estrecha relación con la sociedad. Son la sociedad.

El marco referencial de aproximación a los grupos familiares es el expuesto en otras páginas.

El análisis del **Grupo Familiar** como instancia en los integrantes y como instancia teórica, involucra una concepción:

- de la salud y de la “enfermedad” mental;
- de la dinámica grupal y familiar;
- de la relación del Grupo Familiar con el exogrupo social;
- de que el sujeto “enferma” en ese contexto multideterminado, constituyéndose en un **emergente (EP-R)** de esa interrelación;

- de la aplicación de los recursos técnicos siguiendo el criterio de las “Estrategias Terapéuticas de Abordaje Pluridimensional”, con el propósito de alcanzar lo que para Pichon- Rivière constituye la “adaptación activa a la realidad” de los sujetos de la experiencia.

Los recursos terapéuticos para abordar el particular funcionamiento del grupo familiar, pueden ser múltiples. Su indicación dependerá de los criterios estratégicos a seguir, según la evaluación del caso.

Uno de ellos es la Terapia del Grupo Familiar. Pero puede haber otros. Por ej.: una terapia de la pareja parental, aún en el caso de la consulta por un niño.

Nuestra experiencia al comenzar en el Hospital la Terapia Familiar, en 1973, provenía de la práctica privada. Ésta nos llevó a ciertas conclusiones en el tratamiento de problemas psiquiátricos graves (“psicopatías”, “psicosis”, etc.), presentados por los niños:

1. Encontramos, en todos los casos, una severa problemática en la relación conyugal que requería un abordaje específico en algún momento del tratamiento del niño. Ese vínculo conyugal debía ser intervenido - siempre que la pareja aún permaneciera unida - con estrategias a adoptar, según la situación, por reglamentaciones propias de la atención en ese Servicio público.

2. Surgía la necesidad de elegir la indicación de terapia para integrantes del Grupo Familiar a medida que íbamos comprendiendo la necesidad de su participación, o porque alguno de ellos se descompensaba en el transcurso de la “cura” del niño por el cual consultaban. Por ejemplo, indicar psicoterapia individual a alguno de los integrantes, frecuentemente los padres, a algún hermano, **combinándolos** (ver tema de **“Terapias Combinadas”**) con terapia familiar, de pareja, etc.

3. Se hacía necesaria, frecuentemente, la participación de diferentes subespecialistas en la “cura”: desde alguien que medicara psico-farmacológicamente, un fonoaudiólogo, un asistente social.

4. La indicación de los diferentes recursos estratégicos bajo forma de tratamientos combinados, con sus tres características comunes:

- a) tener el mismo objetivo (convergencia de objetivos);
- b) basarse en “esquemas referenciales” complementarios;
- c) constituir un procedimiento articulado.

Los mejores resultados se obtuvieron formando un equipo terapéutico con diferentes profesionales que tuviera como finalidad coordinar los abordajes terapéuticos y la dinámica del equipo.

Desde 1973, fuimos trasladando a nivel de la asistencia hospitalaria el empleo de estos recursos. Obtuvimos interesantes mejorías en comparación con los tratamientos individuales, supresivos (o no) de síntomas, que se realizaban tradicionalmente... pero no fue fácil institucionalmente.

Hemos tratado familias con graves alteraciones en su funcionamiento, habiendo consultado al Servicio por niños con trastornos emocionales de tipo psicótico, borderline, etc.

En ella:

A. Los tratamientos comenzaron en todos los casos por un **abordaje familiar de entrada** (no individual, ni de pareja, ni de tratamientos combinados):

- porque no disponíamos de las posibilidades institucionales para hacer otro tipo de aproximación inicial (como se comprenderá en el ítem siguiente); o
- por razones de investigación, o
- porque estratégicamente era lo indicado (esto en el menor número de casos).

B. En todos ellos hubiera sido necesario efectuar una **terapia de pareja** en algún momento del tratamiento familiar. A lo sumo se hicieron algunas entrevistas ocasionales de pareja, cuando faltaban a la sesión el resto de los integrantes, que no tuvieron encuadre, ni objetivos de tal. Porque, ¿quién la haría, si los únicos dos técnicos del equipo de terapeutas familiares, estaban tratando a la familia?

¿Sería pertinente una terapia de pareja centrada en los conflictos y en la dinámica de la pareja matrimonial, de varios meses de duración, en un Servicio de Psiquiatría Infantil, a pesar de que el niño o los niños se beneficiarían notoriamente con la mejoría en el funcionamiento de la pareja? No olvidemos que la población consultante es de bajos recursos económicos, lo que implica un gasto en transporte para el cual, la mayoría, no disponía.

La primera absurda consecuencia es que un Servicio de Psiquiatría Infantil es sólo para niños y no tiene la menor facultad de ocuparse de los adultos que rodean a ese niño. Por lógica, toda indicación, que según nuestro esquema de trabajo debiese ser hecha a los adultos del grupo familiar, fue encaminada a un Servicio de Adultos.

C. También fue necesario indicar **tratamiento psicológico individual** a alguno de los padres. A nivel privado se puede sugerir a los pacientes una lista de técnicos a quienes consultar. Es factible, también, hablar, posteriormente, con ese colega para coordinar los objetivos del trabajo. A nivel hospitalario, la derivación de pacientes se efectúa generalmente a la Organización y no a profesionales específicos. No siempre es posible elegir al técnico por parte de los pacientes, sino que son, habitualmente, designados por la institución, de modo que la derivación es al azar.

En nuestro caso concreto se pensó en la derivación al Servicio de Psiquiatría de Adultos, pero esta medida contenía algunos riesgos:

1. ¿Se hacían terapias de pareja en esa institución (Servicio de Psiquiatría de Adultos de la Facultad de Medicina, en el Hospital de Clínicas)?

2. Los técnicos, por estar la mayoría, allí, en proceso de especialización, ¿tendrían un enfoque teórico complementario con una visión metapsicológica y de grupo familiar de los conflictos psíquicos?

3. El compromiso de una terapia de pareja, incluso el de una terapia individual a alguno de los integrantes mayores de 18 años por parte del mismo profesional sería incierto, dadas las rotaciones que deben efectuar para cumplir con el programa de estudios de su postgrado. El vínculo terapéutico sería inestable y, por ende, poco adecuado para la tarea propuesta.

4. Podía haber una lista de espera que se prolongara excesivamente en el tiempo y ser atendidos a destiempo con respecto a sus hijos.

No existen contactos sistemáticos inter-Servicios, inter-hospitales y, a veces, ni siquiera “inter-integrantes” de un mismo Servicio.

La comunicación entre los técnicos se haría dificultosa de Hospital a Hospital: horarios y días de consulta diferentes, rotaciones de Servicio, etc.

Las ocupaciones escolares de los hermanos mayores y las laborales de los padres no les permiten mantener una relación con un terapeuta determinado, ni conservar su hora.

Por supuesto que nos referimos no a casos aislados donde la benevolencia y buena voluntad de los técnicos pudieron ayudar en más de una oportunidad, así nos consta, sino a una solución orgánica y estable para estos problemas.

D. ¿Qué sucede con la indicación de medicación?

Algo más complejo, aún, que con la terapia de pareja en relación a la pertinencia o no en un Servicio de Psiquiatría Infantil.

Medicar a los pacientes adultos que cursan una Terapia Familiar en el Servicio de Psiquiatría Infantil, tendría por cierto ventajas:

- Sería posible hacer un control evolutivo más cercano y práctico, sobre todo, ante necesarios ajustes en las dosis o en los medicamentos elegidos.

- La centralización en el mismo edificio permitiría más fácilmente la constitución y el funcionamiento de un equipo terapéutico, así como la constitución de equipos terapéuticos estables.

- Existe una posibilidad mayor de utilizar e instrumentar los fenómenos transferenciales en la institución y en sus técnicos, que si se “dispersaran” en otras instituciones perdería notoriamente este efecto (estudiado por García Badaracco y colaboradores) sobre los pacientes. Incluso con el riesgo de obtener efectos negativos por los mensajes contradictorios que surgen de los técnicos con enfoques teórico-técnicos no complementarios.

- Aceptando imaginariamente, ante estas razones, esa posibilidad de prescribir psicofármacos a pacientes adultos del Grupo Familiar en tratamiento, esto sería virtualmente imposible. Porque, solamente, pueden recetarse psicofármacos a los **niños** poseedores de carnet de asistencia gratuito. Los adultos deben retirarlos de un Servicio de Adultos, si poseen carnet gratuito, o comprarlo en una farmacia. Generalmente expresan que no tienen dinero para ello. Una pregunta de los padres sobreviene casi sistemáticamente: “¿No podría recetarnos a nombre de mi hijo y nosotros los retiramos de la farmacia del Hospital de Niños?”.

Esto plantea problemas éticos y técnicos:

1. Con la administración hospitalaria, pues el adjudicado por el Estado como paciente es el único que tiene derecho a medicamentos; los otros no.

2. Con el niño rotulado como paciente, puesto que prescribir medicamentos para sus padres, hermanos, etc., a nombre de él, **incide iatrogénicamente reforzando la depositación de la “enfermedad” en él, y fomentando sus fantasías omnipotentes:** hasta la medicación para su familia es posible por él.

En una palabra: dada la contradicción entre la lectura y las medidas estratégico-táctico-técnicas que deberíamos utilizar para con el “enfermo”, la división técnica y burocrática del trabajo de la institución pública... **ninguna** de las disposiciones de la “cura” se ven posibilitadas y **todos** los mecanismos “patogénicos” de la dinámica familiar se ven reforzados.

E. El problema de la edad en los tratamientos familiares en el Servicio.

Veamos algunos aspectos de un caso clínico. Se trata de Alba. Esta paciente fue atendida en el Servicio cuando tenía nueve años de edad, afectada de ansiedad y trastornos de conducta. Fue medicada sintomáticamente, con un control evolutivo al principio mensual y luego semestral, hasta los doce años. La evolución fue favorable. Posteriormente, habiendo cumplido quince años y seis meses, concurrió a la consulta acompañada de su hija de cuatro meses y de su madre, de cincuenta años, con la que vive desde niña.

Relató haberse casado con un funcionario público de veintiún años (militar) y estar informada de que puede ser atendida en los servicios asistenciales de la institución en la que trabaja el esposo. Con todo, ella prefirió consultar al Servicio de Psiquiatría Infantil en el cual, según ella manifestaba, tenía mucha confianza por haber sido atendida desde niña.

El motivo de consulta actual: Alba se sentía “muy nerviosa” porque su hija no dormía bien de noche. La madre atribuía la sintomatología a problemas matrimoniales y al hecho de que su hija “la extrañaba mucho”. La idea de consultar a nuestro hospital, también es de la madre de Alba. Cabe agregar que Alba no tuvo padre conocido.

En el presente caso nos faltan cantidad de datos, pero tenemos indicios para suponer que Alba se casó a los catorce años por estar embarazada... y no nos parece

muy extraño que tal contingencia forme parte de una “actuación” destinada a salir de la férula materna.

Hagamos aquí un intento de interpretación para comprender **quién es nuestro paciente, qué le acontece y qué estamos haciendo por él.**

En rigor “el paciente” es una familia que no está consiguiendo instituirse como tal.

Si pensamos que Alba no tuvo padre y que su madre la “crió” con la colaboración del Hospital, debemos creer que el Servicio de Psiquiatría Infantil integra, en el imaginario de esas tres mujeres, una imagen paterna.

Decimos imagen y no función por varios motivos: el primero, es el de que el terapeuta que acompañó todos estos años la crianza de Alba trabaja en el Servicio, pero su nombre no consta en la nómina de profesionales, es decir que no es reconocido por la reglamentación del Servicio y por la ley (fue destituido por la dictadura militar).

También, el Hospital cumpliría una función maternal de captar a la paciente, pero la “divorciaría” más del marido y separaría más a la beba del padre, ya que si el marido necesitara tratamiento, el Servicio no lo atendería por tener veintiún años. Lo mismo con la problemática de la pareja conyugal.

El Hospital de Niños no prevee la disposición de recursos para el tratamiento de los conflictos matrimoniales, menos aún si los padres (o alguno de ellos) son mayores de edad. A lo sumo, hubiera sido posible ofrecer un tratamiento familiar con la inclusión del marido y de la abuela materna —cuestionable indicación estratégica en ese momento—, aprovechando la benevolencia de algún técnico, pero sin existir formalmente un Departamento de Terapia Familiar, o Área Familiar, o de asesoramiento al respecto.

El Hospital de Niños refuerza el mecanismo, pronuncia la disociación, marca más la separación dentro de la familia, diciéndole al marido que se trate fuera de dicha institución por ser mayor de dieciocho años y, en cambio, aceptando reglamentariamente a Alba y a su hija por ser menores de esa edad.

Nuestra situación técnico-institucional es muy extraña. Si aceptamos atender Alba y a su hija jamás podremos convocar a su marido porque es mayor de edad.

Haremos, así, el juego institucional a una supuesta tendencia endogámica de la familia materna y a un error estratégico en el abordaje de la situación. Si derivamos al marido a los servicios de su institución, nunca sabremos si el tratamiento que le será dado no profundizará, justamente, la disociación mencionada.

Si derivamos a todos ellos a los servicios de la institución marital, por un lado perderemos por completo el contacto y el control de la situación de la adhesión “femenina” del conjunto, y por otro, no sabemos si en ese servicio (Hospital Militar) se trabaja dinámicamente con la familia.

Consultando, finalmente, al jefe de nuestro Servicio, optamos por la última posibilidad. Nada podemos decir acerca de los efectos de esa decisión.

Este ejemplo, cuya interpretación en términos institucionales podría, seguramente, ser mucho más rica, nos ha hecho pensar en una serie de problemas:

- ¿Cómo la transversalidad socio-deseante generó una familia “fallida” (según sus propias normas dominantes)?
- ¿Cómo esa familia usó como efector a Alba y sus síntomas? (El juego de las “deposiciones”, al decir de Pichon.)
- ¿Cómo la “falla” familiar se reprodujo en el nuevo intento desviante de constituir una nueva familia que, a su vez, encontró un efector en el bebé?
- ¿Cómo las “transferencias institucionales”, provocadas por la organización tecnocrática de los dispositivos asistenciales, reforzaron el cuadro general?
- Con respecto a una definición de objeto: el factor decisivo es aquí una edad.

¿Y qué es una edad?

- ¿Qué diferencia existe entre infancia y niñez, entre cronología genético evolutiva y una caracterización institucional del tiempo de vida?
- ¿Qué es un “enfermo” empírico, estructural o institucionalmente definido?
- ¿Qué es un grupo familiar entendido como institución?
- ¿En qué forma la cuadrícula y jerarquización del aparato asistencial presenta uniones, divisiones, interpenetraciones, confusiones y estratificaciones que entran en consonancia con las disociaciones, proyecciones y deposiciones en un grupo familiar?

Hay una curiosa relación entre las instituciones, su participación y homología, sus condensaciones y desplazamientos, con la institución de la familia y con la problemática de Alba.

Pensamos, en aquel momento, que si se atendía solamente a Alba y a su hija, en el Servicio, la haría entrar en un mecanismo regresivo, particularmente en un circuito “narcisístico” y endogámico con su madre al no abrirle reglamentariamente las puertas para una terapia de pareja matrimonial y al no tener una referencia paterna clara, por lo dicho anteriormente.

Reiteramos: se podría haber pensado que Alba y su hija se atendieran en el Servicio de Psiquiatría Infantil y la pareja parental en el otro Hospital. Pero, en todo caso, era igualmente disfuncional, porque deberían renunciar a un dispositivo técnico en el Servicio de Psiquiatría Infantil en el cual se pudiera ver en qué forma ellos están desplazando sus conflictos sobre la niña (Terapia de pareja, Terapias Combinadas, etc.).

Este es un claro ejemplo de conflicto **interinstitucional**, porque el Servicio de Psiquiatría Infantil es una institución destinada, aparentemente, a ayudar a los niños y a preservar a la Familia, pero en este caso clínico, como en otros, la fragmenta. La institución de la asistencia de la Salud Mental aparece, aquí, hegemónica frente a la institución familiar, se subordina una a la otra.

Deseamos que se comprenda que en este trabajo no estamos haciendo referencia a problemas burocráticos locativos (como no tener un salón adecuado para la terapia familiar, una pésima acústica, falta de instalaciones adecuadas, ciertas por otra parte, etc.); ni es tampoco una mera queja técnica.

La referencia a las instituciones, a la familia, a la cura, puede ser entendida como una especie de polimorfismo si no se las concibe integradas en un todo social, en que cada una de esas instituciones está articulada con la otra, jerarquizada en función de objetivos que son extrainstitucionales que hacen al todo, es decir, a las funciones productivas y a las reproductivas de ese todo social articulado.

El estudio de las teorías y técnicas de Análisis Institucional ha sido un aporte valioso para comenzar a abrir una luz en estas cuestiones (Loureau, Mendel, Lapassade, Barembly, Kaminski, Castells, Ardoino y otros).

Pero, se acusa a algunos autores de “formal-abstractismo”, es decir, de ir de términos generales y articulaciones teóricas a posibles efectos técnicos, que no se explicitan claramente.

Lo que ellos plantean es que las grandes categorías teóricas, los grandes conceptos teóricos de diferentes Ciencias del Hombre (Psicoanálisis, Antropología, etc.), si bien eran conocidos, mostraban cierta incapacidad de dar cuenta de las situaciones concretas que acontecían en las instituciones.

No se veían las contradicciones, los desplazamientos, las condensaciones, el problema de la articulación y la interpenetrabilidad entre las instituciones, las sinergias, los antagonismos, los paralelismos entre ellas.

Claro es que estos enfoques, a la vez de que nuevos, nos tornan muy vulnerables, sobre todo a nosotros mismos, y a las conclusiones teóricas que podamos extraer al revisar nuestro trabajo clínico.

En este sentido, nos ha impactado descubrir en nuestra práctica hospitalaria, cómo la Administración Estatal tecnológica define e incide:

A. En los espacios: el espacio del Hospital de Niños, el de Adultos.

B. En las especializaciones: se diferencia una Psiquiatría de Niños y otra de Adultos, por lo tanto, las tecnologías y los lugares de asistencia. Se crea una “tierra de nadie” para el “espacio familiar” porque, entre otras razones, la concepción en juego de la Salud Mental es individualista.

C. En el problema de la “curación”: si acordáramos que no es lo mismo paciente empírico que emergente determinado por la dinámica de su grupo familiar, ¿qué se cura?, ¿a quién se cura?, ¿qué se obtiene: alivios sintomáticos, cambios estructurales de la personalidad y/o del grupo familiar?

- ¿qué es ser “enfermo”?

- ¿quién es el “enfermo”?

- ¿qué papel juega un “enfermo” empíricamente definido y un “enfermo” institucionalmente definido?

Entonces, una cantidad de prácticas, de especializaciones, de recursos y de categorías de esas prácticas (como las citadas) no serían, en realidad, sino problemas de dislocamiento causal.

D. En el problema de la medicación vinculado:

- a la edad cronológica de los pacientes,

- al espacio en el cual actúan los técnicos para efectuar la indicación,

- al retiro gratuito o no de la medicación,

- a las dificultades de un control evolutivo, funcional con una concepción de Grupo familiar de los conflictos emocionales de sus integrantes,
- en la imposibilidad de hacer un tratamiento paralelo de algunos de los miembros de la familia.

En los casos citados, la formalización del aparato asistencial (uniones, divisiones, interpenetraciones, jerarquizaciones) entra en consonancia con las disociaciones, proyecciones y depositaciones dentro de las familias.

E. En el problema de la edad cronológica:

¿Por qué las edades cronológicas deben marcar la posibilidad de aceptar o impedir, reglamentariamente, la atención de una pareja matrimonial directamente implicada con el niño (a)?

En el trabajo hospitalario con las familias constatamos que durante las primeras sesiones aparecieron una serie de preguntas sobre **aspectos institucionales** directamente intrincados con los problemas familiares a analizar en la terapia familiar. Recién después de elaborados por el grupo, éste pudo pasar al llamado por Pichon “momento de la tarea” en el proceso de aprendizaje grupal, donde predominó el insight.

Aparecieron en sucesivas sesiones, reiterándose al principio del tratamiento. Otras veces, se presentaron como una verdadera “secuencia” de aspectos referentes a la derivación, a nuestra identidad, a la articulación entre el equipo de terapeutas familiares y el resto del Servicio, etc.

Sabido es que la población del Servicio de Psiquiatría Infantil se atiende:

1. Con carnet gratuito que le permite asistencia al niño durante un año, renovable anualmente, con todos los derechos (médicos, estudios complementarios, tratamientos, medicamentos).

2. Sin carnet, pagando un arancel de N\$ 90.00 por consulta médica (en la fecha de escrito este trabajo, unos U\$S 7, en agosto de 1982), sin derecho a exámenes complementarios, ni al retiro gratuito de la medicación para el niño.

3. Con carnet, pagando un arancel de diferentes porcentajes de la cifra citada, según el monto de ingresos y egresos de los integrantes de la familia mayores de 16 años, que posibilita, solamente, la atención médica, sin otros beneficios gratuitos.

En varios casos, los pacientes tuvieron la creencia de que el dinero de los honorarios pagados en la administración estaba destinado para nosotros (que, por otra parte, trabajábamos honorariamente), lo que debió ser esclarecido como parte de la elaboración del encuadre, en el momento oportuno.

¿Cuál ha sido la articulación entre el terapeuta familiar y el resto del Servicio?

Nuestra experiencia ha estado viciada de dificultades de comunicación con el mismo, que han generado frustraciones, sufrimiento y el peligro de fracturarnos como equipo. Al mismo tiempo, todo lo expuesto debe de haber tenido incidencia en la institución. Pero no lo sabemos porque al estar sometidos a una dictadura cívico –militar, en esa época, eran temas inabordables con otros colegas.

El técnico se ve obligado a hacer, en nuestro medio, aún hoy en día, una disociación entre práctica pública y práctica privada, con el riesgo de una idealización de esta última, lo que connota otro sinnúmero de aspectos ideológicos, de los que hoy, por cuestiones de tiempo, no podremos hablarles.

En suma, este trabajo está pensado desde la vivencia contradictoria, desgarrada, por la proximidad al ejercicio clínico de quienes hemos percibido, vívidamente, las limitaciones y las contradicciones entre el marco teórico-práctico empleado, los técnicos que lo aplicaron y la organización asistencial institucional - hospitalaria.

No es casual que esté planteado inductivamente. Partimos desde la práctica clínica, porque deseamos mostrar, a partir de ahí, la necesidad de efectuar ciertas reformulaciones teóricas y técnicas para poder leer, explicar y modificar a esa clínica cuando los aspectos institucionales determinan tanto al trabajo asistencial en esta especificidad.

El objetivo es lograr la mayor coherencia posible entre un marco teórico ampliado, la institución psiquiátrica, el establecimiento hospitalario y los agentes técnicos.

Si en el futuro se lograran estos resultados y tuviéramos que describirlos en una nueva comunicación científica, en vez de designar el trabajo, nuevamente, *La Terapia Familiar en un Servicio Hospitalario de Psiquiatría Infantil*, quisiéramos poder llegar a titularlo: *El Grupo familiar como paciente en una Institución Hospitalaria*, o más precisamente aún: *La intervención terapéutica en la institución familiar hecha a partir de los organismos correspondientes*”.

Conocer, reconocer e instrumentar estas contradicciones podría ser un punto de partida.

1. Este trabajo fue realizado por la Psic. Ana M. Herrera y el Ps. Dr. Alejandro Scherzer, en 1982. Fue firmado y leído en un congreso de A.P.P.I.A. (Asociación de Psicopatología y Psiquiatría de la Infancia y Adolescencia) sólo por la Psic. A. M. Herrera (ausente), dado que el otro coautor estaba proscripto (para toda aparición pública) por la dictadura cívico militar de esa época.
2. Los autores agradecen al Dr. Gregorio Baremlitt por su valiosa colaboración para la realización de esta comunicación científica.
3. La primera versión (publicado en “Emergentes de una Psicología Social sumergida”, A. S., ed. De la Banda Oriental, Montevideo, 1986) fue actualizada, en 1993, por A. S. y publicada en el libro “La Familia. Grupo familiar e instituciones” (A. S. Ed. De la Banda Oriental, Montevideo, 1994).
4. Ésta presente versión, corregida por A. Scherzer., es de 2021.
5. Las consultas realizadas actualmente (2019) a la organización del Servicio de Psiquiatría Infantil de la Facultad de Medicina muestran que la situación institucional, en la temática abordada en el presente trabajo, permanece incambiada.

6. El Servicio de Psiquiatría Infantil fue trasladado a otro Hospital, el Materno Infantil (Pereira Rossell). El Hospital Pediátrico Dr. Pedro Visca, lugar donde se realizó la experiencia, ya no existe más, fue demolido y en su espacio físico se edificó la Facultad de Ciencias Económicas y de Administración, de la UDELAR..