

7º Jornadas de

Salud mental

del Municipio de Tigre

**“Dispositivos y prácticas subjetivantes.
A 10 años de la reglamentación de la
Ley de Salud Mental”.**

OCTUBRE 2023

Publicación digital



TIGRE
MUNICIPIO

AUTORIDADES

Intendente

Julio Zamora

Secretaría de Salud

Fernando Abramzon

Subsecretaría de Salud

María Julieta Savini

Dirección de Medicina Asistencial

Analía Moresco

Dirección coordinación APS

Claudia Costas

EQUIPO ORGANIZADOR DE LAS JORNADAS

Paula Cullen

Soledad Contreras

Juan Mastroianni

Rocío Fabbio

Augusto Pfeifer

Florencia Penesi

Gisela de Bartolis

Jason Ramirez

Natalia Bidondo

Julieta Briamonte

Lucia Sceppacuercia

Secretaría de Salud.

Dirección de Medicina Asistencial.

Primera edición.

Año 2023.



ÍNDICE

1. Prólogo.....Pág 5

2. Mesa de apertura - Dirección de Salud Mental y Adicciones

- “Trabajar mucho, buscar inspiración... de lugares vacantes y dar lugar. Breve historización del Equipo de Salud Mental” - Paula Cullen.Pág 7

- “Malestares y toxicomanías en la cultura” - Juan Mastroianni.Pág 10

- “Reflexión inconclusa” - Augusto Pfeifer.Pág 13

Crónica de la mesa de Apertura - Comisión organizadora.....Pág 18

3. Mesas de trabajo

Mesa 1. Dispositivos subjetivantes

Relato de experiencia de moderador: “Instituciones y adicciones”
Félix Chiaramonte.....Pág 20

- “Sobre un espacio itinerante”
Hospital de Pacheco.....Pág 23

- “El grupo te rescata. Relato de una clínica de grupos”
Programa de Prevención y Asistencia en Adicciones (PPyAA).....Pág 27

- “La artesanía como camino hacia la posibilidad”
Equipo Móvil de Enlace Comunitario (EMEC).....Pág 31

- “Una mirada psicoanalítica de la violencia contra niños, niñas y adolescentes y sus efectos subjetivos. Intervenciones posibles desde el primer nivel de atención”.
CAFyS Troncos del Talar.....Pág 36

Mesa 2. Prácticas subjetivantes

Relato de experiencia de moderador/a: Gabriela Amoroso.....Pág 44

- “Secreto a cinco voces”
CAFyS Talar Sur.....Pág 47

- “Una mirada que no fue anónima”
Centro Provincial de Atención de Tigre (CPA).....Pág 52

- “El deseo del analista frente a la singularidad del lazo social”
Hospital Magdalena V. de Martínez.....Pág 59

- “La construcción de una transferencia institucional como posible inicio de un tratamiento” Centro para adolescentes “Eva Giberti”.....Pág 61

Mesa 3. Dispositivos subjetivantes

Relato de experiencia de moderador/a María de los Ángeles Córdoba.....Pág 68

- “¿Una Trabajadora Social, en la guardia? ¿¿iiPara qué!!??”
Hospital Magdalena V. de Martínez.Pág 76

- “Experiencias con familiares y referentes de personas con consumo problemático de sustancias: de la “internación” a una posible práctica subjetivante en el marco de la Ley de Salud Mental”
Programa de Prevención y Asistencia en Adicciones (PPyAA).....Pág 83

Mesa 4. Dispositivos subjetivantes

Relato de experiencia de moderador/a: Mabel AnidoPág 88

- “El centro de día como dispositivo subjetivante: experiencias de los equipos de salud mental y adicciones en articulación con talleristas del municipio de Tigre”
Programa de Prevención y Asistencia en Adicciones (PPyAA).....Pág 90

- “Encuentros en la segunda infancia: juegoteca”
CAFyS Pacheco y CAFyS Eva Perón.....Pág 95

Crónica de la mesa de Cierre - Comisión organizadora.....Pág 100

Video Institucional.....Pág 102

1. Prólogo

La compilación que se presenta a continuación es más que una reunión de trabajos presentados en una jornada. Representa un esfuerzo de lectura que orienta, bajo el significante “subjetivante” como ordenador, una serie de reflexiones y propuestas que los equipos de Salud Mental que trabajan en el municipio han sabido llevar adelante.

Prácticas y dispositivos sirvieron como espacios para pensar, en el marco de nuestro trabajo cotidiano, lo que de nuestra labor promueve efectos subjetivos en las personas con las que trabajamos. Retomando las palabras de apertura:

“(...) nos encontramos a pensar qué de lo que hacemos, sea en la práctica clínica o en los dispositivos que inventamos y sostenemos, se dirige a un sujeto; nos reunimos a dar cuenta sobre qué de lo que hacemos se constituye en una propuesta para que alguien pueda, junto con otros, tomar la palabra y poner a trabajar su padecimiento.”

El resultado de esa experiencia y de ese encuentro de los trabajadores del municipio lo encontrarán en las siguientes páginas. A cada mesa se ha agregado una lectura realizada por su moderador/a, la cual busca tender un puente: Hace hablar en un lenguaje común, a experiencias diversas; pone a trabajar la articulación, al modo de un trenzado, del trabajo cotidiano de efectores provinciales y municipales, quienes, con la ley de salud mental en la mano, intentamos crear las condiciones para la emergencia de un decir allí en los distintos espacios en los que nos encontramos todos los días.

Es por ello, que comprendemos que las prácticas y dispositivos subjetivantes entrelazan un modo de hacer colectivo, que sostienen y construyen la palabra donde es necesario hacerle un lugar. Y al mismo tiempo inauguran en cada relato transmitido un punto de capitón para continuar repensando nuestro lugar como trabajadores y trabajadoras de la salud.

La comisión organizadora agradece a todas las personas que asistieron, presentaron y transitaron esta jornada de encuentro, así como a las autoridades municipales por hacerlo posible.





Mesa de apertura

**Dirección de
Salud Mental
y Adicciones**

Mesa de apertura

“Trabajar mucho, buscar inspiración... de lugares vacantes y dar lugar. Breve historización del Equipo de Salud Mental”

Paula Cullen.

Recordar: del latín recordis volver a pasar por el corazón
(Eduardo Galeano, El libro de los abrazos)

15-8-2017

“Diego:

Buenas tardes: en base a tu propuesta del pasado lunes 14/8, y a lo consensuado con los compañeros, Paula Cullen y yo vamos a tomar las vacantes para la Coordinación de Salud Mental...” (mail enviado al Dir. de Medicina Asistencial).

“Las vacantes”, comenzar a construir a partir del lugar vacío, ¿de qué otra manera sino en terreno fértil para el deseo?... “En base a lo consensuado”, ¿qué mejor comienzo?

No creo que hubiera conciencia en ese momento de lo inaugural que marcó ese tiempo, en el que juntos y a la par, y con otros pares más, comenzamos un camino de armado de equipo y proyectos orientados a **“la protección de la salud mental y el pleno goce de los derechos humanos de aquellos con padecimiento mental”** (Art 1 Ley de Salud Mental).

Ocupar un lugar no era sin dudas y con mucho por aprender...(lo sigue siendo), pero el entusiasmo es un gran motor y es contagioso. El equipo se iba reconociendo, la comunicación con el afuera iba surgiendo.

A la red que se apuraba en tejerse de promoción, prevención y atención psicológica en APS, se le añadía el eslabón de dispositivos de segundo nivel, con atención ambulatoria de un equipo interdisciplinario de salud mental que contaba con psicología, psiquiatría y trabajo social.

Y se hacían presentes distintos retos para la gestión, demandas puntuales que orientaban nuestra práctica... como el pedido de intervención en 2018 de la Escuela 19 de Troncos del cual surge la creación de un equipo que se adentra en la tarea de prevención y posvención del suicidio adolescente.

Las 6 horas que inicialmente habíamos sumado a tareas de coordinación, rápidamente nos quedaron cortas... el tiempo pleno se hizo necesario.

La realidad y sus contingencias nos siguieron planteando desafíos de armarnos y re-armarnos, de re-inventar dispositivos. De trabajar con otros. Como no mencionar aquel diciembre en 2019, el accidente de los alumnos de la Escuela 41 de Benavídez. Salud mental tenía un lugar en la Secretaría de Salud, la responsabilidad se sentía y así se asumió, en equipo y contando con esta red que avanzaba en puntos, tejido que ponía cuerpo, abrigaba de simbólico, intentaba vestir algo del trauma.

Marzo 2020: covid, medidas de aislamiento... lo anterior x 10, x 100. Allí estuvimos, como tantos otros, sin mucho tiempo para salir del estupor, aprendiendo sobre la marcha pero contando, nuevamente, con nuestro sistema integral de atención en salud mental y adicciones, como base y baranda ante lo intempestivo de la pandemia y sus consecuencias que eran factibles de predecir pero complejas de abordar.

Los equipos de los Cafys se van reforzando, armando duplas de profesionales, sumando miradas nuevas, propuestas jóvenes. Los dispositivos grupales, consultorios interdisciplinarios, talleres y el trabajo comunitario fueron ganando terreno, en un terreno necesitado de red. El Programa de desarrollo infantil APS para la primera infancia fue tomado como espacio a impulsar y hacer crecer.

Julio de 2021 marcó nuestro lugar formal en la estructura de la Secretaría de Salud, con el cargo de Dirección Coordinación. En el mismo mes, con la apertura del Cafys Talar Sur: Centro de Salud Mental y Adicciones se nos abría otro terreno a explorar y potenciar. Aquel equipo interdisciplinario de segundo nivel que fue poblando consultorios en el HDI Nores se estableció en independencia y libertad.. y junto a nuevos profesionales y talleristas que se sumaron al centro de día, amplió y complejizó la atención a pacientes con patologías graves y a sus familiares, y recibiendo problemáticas de consumo intentando escuchar al sujeto que la porta, buscando acercarnos a visibilizar y prevenir en las escuelas, en los barrios.

Mientras tanto, en el segundo nivel del Hospital Materno Infantil, Salud Mental se iba armando como servicio, integrado con el primer nivel de atención, en sintonía con las necesidades, en definitiva, de una misma población.

Finalmente, un nuevo proyecto nos embarcó este año: la apertura del Centro para Adolescentes Eva Giberti. Y sí, vamos ganando confianza y experiencia... y colegas que se animan a la apuesta de acompañar a una población que, a juzgar solamente por el número de admisiones a dos meses de su inauguración,

requería tiempo y espacio propios, que se les diera lugar.

Usted decide

- ¿Cómo podré llegar al Museo Metropolitano de Arte? - preguntó el joven artista a un gran maestro.
- Puede tomar el autobús de la Quinta Avenida hasta la calle 81 - dijo el maestro - o trabajar mucho, buscar inspiración y el museo vendrá a usted.

(Spinrad, Leonard y Thelma, speakers' Lifetime Library.
La vida viene a cuento. Soler-Conangla)

¡Cuánto hemos crecido en estos años! y ojalá nos falte crecer mucho más.

2017: 22622 prestaciones - 35 profesionales.

2023: agosto 52657 (proyección 85000-90000)- 80 profesionales

La compleja demanda y el contexto socioeconómico adverso de estos tiempos que corren nos convocan a seguir trabajando mucho y buscando inspiración para mejorar las prestaciones que brindamos. La necesidad de un segundo centro de salud mental y adicciones, de sumar dispositivos y programas para la segunda infancia, son tan solo ejemplos de desafíos por tomar.

Ocupar lugares vacantes sintiéndonos parte de una Dirección de Medicina Asistencial y Secretaría de Salud que nos orienta y nos apoya...dando lugar a la formación continua y a la supervisión de nuestra práctica, a la importancia de reunirnos e intercambiar, a las nuevas camadas de profesionales que tienen la energía necesaria para renovar propuestas y entusiasmos. Haciendo lugar a la humildad de revisar cuantas veces sea necesario nuestra tarea, sosteniendo preguntas, ensayando respuestas, con una escucha subjetiva, en transferencia -porque lo terapéutico reside primero en el vínculo y la institución que aloja-, en interdisciplina, en articulación con las diversas áreas y con los distintos niveles de gestión, con dispositivos comunitarios y con dispositivos intermedios, brindando una atención en salud pública de calidad. A 10 años de su reglamentación, y con tanta discusión a cuestas... supongo es ésta la manera que hemos encontrado el equipo de salud mental y adicciones de tigre de estar en consonancia con la ley de salud mental.

Mesa de apertura

“Malestares y toxicomanías en la cultura”

Juan Mastroianni.

Introducción

Mientras pensaba las palabras para compartirles en este momento, notaba que se me presentaba cierta dificultad para encontrarme con ellas. No porque no tuviera nada para decir; tampoco porque me faltaran los motivos para ponerme a hablar aquí sobre la importancia de defender la salud pública en “nuestras” propias jornadas... y en este contexto.

Con el tiempo fui arribando a una conclusión: estar hoy, acá, entre todos nosotros (y con todos ustedes) tiene que ver con algo personal. Y sí, lo personal es político. Los avatares de la vida hicieron que hace algunos años, de repente, nos encontrásemos organizando una mesa de coordinación (no los voy a aburrir con los detalles, pero sepan que los hay).

Partiendo de ciertos lineamientos acerca de la práctica y el ejercicio de la psicología en el primer nivel de atención, nos propusimos armar un equipo interdisciplinario que pudiera abordar las problemáticas de salud mental y adicciones de manera integral, que desde una posición analítica, con escucha atenta y respetuosa diera lugar a la palabra, que promoviera emergencia subjetiva.

También quisimos que en Tigre existiera un proyecto, un equipo con prestigio; donde pudiéramos ser partícipes de nuestras condiciones, pero también artífices y responsables de las que generábamos con nuestras acciones. Hoy algunos años después (y con bastante camino recorrido) creo que hemos logrado mucho más de lo propuesto; nos encontramos frente al desafío, la responsabilidad y el compromiso de implementar políticas públicas en Salud Mental y Adicciones que puedan contribuir al bienestar social y aliviar el padecimiento subjetivo. Seguramente queda mucho camino por recorrer; (por suerte) hoy nuevas generaciones se suman con el mismo entusiasmo y mucha energía para seguir construyendo esa epopeya.

Los consumos problemáticos

Me toca hablarles sobre los consumos problemáticos y nuestro equipo, el PPAA. Intentaré hacer un breve recorrido por los conceptos y autores que fueron y son

pilares para nuestra formación, procurando aproximarnos a una mirada sobre las operaciones subjetivas que se encuentran sosteniendo la relación (problemática (o no)) entre un individuo y las sustancias que consume. Partiendo de esta base, considerando su contexto histórico, político, social y económico, podremos ofrecer respuestas estratégicas para esta problemática.

La Ley Nacional de Salud Mental plantea que “Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. (...) Las políticas públicas en la materia tendrán como objetivo favorecer el acceso a la atención de las personas desde una perspectiva de salud integral, (...) El eje deberá estar puesto en la persona en su singularidad, más allá del tipo de adicción que padezca.” En este punto esta ley refleja un cambio de paradigma en tanto que propone que el eje del asunto pase a estar ubicado en el plano de la singularidad, del individuo, corriendo del centro de la escena a la droga, en tanto que sustancia que produce un mal. Es importante entender que las sustancias pueden o no hacer daño, pero lo que nosotros debemos abordar es la relación que ese sujeto, de manera singular, establece con esas múltiples sustancias para desarticular los puntos de anclaje de esa relación (por supuesto, sin desconocer los efectos que ellas puedan tener en cuanto a la afectación biológica de un cuerpo y sus riesgos).

Sobre el malestar en la cultura y la felicidad. Renuncia y libertades individuales

En épocas donde las libertades individuales aparecen reivindicadas con tono amenazante, vale la pena ubicarlas, como lo hizo Freud en *El Malestar en la Cultura* (1929/30), por su oposición a la cultura. Las limitaciones a las posibilidades de satisfacción individuales en una comunidad son fundacionales de la norma y de la cultura.

En ese texto Freud (1929/30) plantea que el paso cultural definitivo es la sustitución del poder del individuo, por el de la comunidad. Define la «cultura» como “toda la suma de operaciones y normas que distancian nuestra vida de la de nuestros antepasados animales, y que sirven a dos fines: la protección del ser humano frente a la naturaleza y la regulación de los vínculos recíprocos entre los hombres (y las mujeres) (...) la libertad individual no es un patrimonio de la cultura.” (p. 88) . La cultura supone entonces la renuncia a la libertad individual en pos del beneficio para la comunidad, implica una renuncia pulsional necesaria para la convivencia; como toda renuncia su contracara es vérselas con algo del orden del displacer.

En el mismo texto Freud (1929/1930) se pregunta sobre la felicidad: “¿Qué es lo que los seres humanos mismos dejan discernir (...) como fin y propósito de su vida? ¿Qué es lo que exigen de ella, lo que en ella quieren alcanzar? (...) quieren alcanzar la dicha, conseguir la felicidad y mantenerla. Esta aspiración tiene dos costados, una meta positiva y una negativa: por una parte, quieren la ausencia de dolor y de displacer; por la otra, vivenciar intensos sentimientos de placer...”. Esto “(...) Es absolutamente irrealizable” dice. (p.76).

Entonces, el camino hacia la felicidad no es tan sencillo como parece. Para evitar el sufrimiento inherente a la renuncia cultural habrá distintos caminos. “El método más tosco, pero también el más eficaz, para obtener ese influjo es el químico: la intoxicación. (...) existen sustancias extrañas al cuerpo cuya presencia en la sangre y los tejidos nos procura sensaciones directamente placenteras, pero a la vez alteran de tal modo las condiciones de nuestra vida sensitiva que nos vuelven incapaces de recibir mociones de displacer. Ambos efectos no sólo son simultáneos; parecen ir estrechamente enlazados entre sí.” Freud. S. El Malestar en la Cultura; Amorrortu Ed. (1929/1930).

Con esto podemos dejar planteado que el tóxico cumple una función para el sujeto; la cuestión radica en la renuncia. Habrá entonces una operación psíquica subjetiva para cada quien; para cada sujeto una forma de lazo, una operación, que es única y singular.

Sylvie Le Poulichet (1990) en su libro Toxicomanías y Psicoanálisis. Las Narcosis del Deseo sostiene que “los montajes de las toxicomanías neutralizan el agujón del sufrimiento, alejando a los sujetos de una demanda de cura analítica (...) los toxicómanos recurren a un terapeuta o a un analista cuando la operación del farmakon ya no garantiza anestesia o cuando la prótesis ha dejado de ser adecuada”.

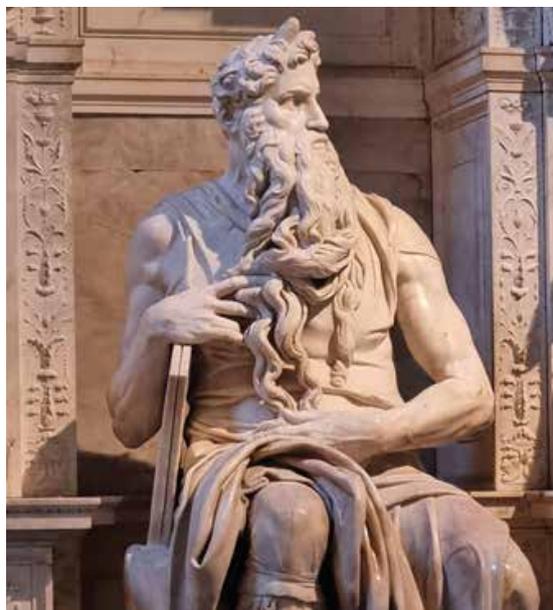
De allí surge entonces nuestro desafío: Proponer un dispositivo de tratamiento para las adicciones que se ofrezca al servicio de hallar qué lugar tiene el tóxico, en la economía psíquica del sujeto, para hacerlo caer de ese lugar; situar los lugares singulares de irrupción del tóxico en la palabra; desde una ética psicoanalítica, apostando a la transferencia, donde la demanda de tratamiento pueda ser reconvertida en demanda de análisis y donde la abstinencia sea una regla fundamental y no una mera indicación operativa. Emprendemos este camino difícil de recorrer, pero garantizando una posición ética donde los individuos sean agentes del cambio.

Mesa de apertura

“Reflexión inconclusa”

Augusto Pfeifer.

Considerando el tiempo de apertura y los horizontes propuestos por esta Jornada, decidí nombrar esta presentación como “Reflexión inconclusa”. Me interesa compartirles formas de leer la presentación del sujeto en los ámbitos institucionales de atención. También, el lugar que el CAFyS Talar Sur pretende sostener en la red sanitaria de la llamada Salud Mental.



Desplegaré diversos vectores que esclarecen una práctica que se distancia de cualquier programa terapéutico estandarizado, tan exigido en la época de la tecnocracia y sus especialistas. Me refiero a los discursos que desconocen distintas formas de lo imposible, promoviendo como respuesta reactiva la re-adaptación, la reeducación emocional, el reforzamiento del yo, la seductora autonomía: variadas vías del mercado ofrecidas para la curación unívoca del paciente.

Apostamos por una institución donde los significantes que la ordenan, no la lleven a un trato cruel del malestar; se trata de no perdernos en ideales que no han sido analizados.

Los límites de la práctica

En 1928 Sigmund Freud le envía una carta al psiquiatra psicoanalista Hollos, de Hungría, como respuesta a su novela histórica “Recuerdo de la Casa Amarilla”. Según leemos, el interlocutor despliega allí su trabajo como director de un hospital psiquiátrico; estamos en la época en la que Freud había ya cernido las paradojas inquietantes de la pulsión, con su costado mortífero; había ya trabajado sobre las coordenadas del “Malestar en la cultura”, y sobre “El porvenir de una ilusión”.

.En un principio Freud se disculpa por no agradecerle el envío del libro de forma inmediata. ¿Cuáles son las razones que atribuye a esta demora?

No se reduce a la falta de interés por el tema, ni a la desestimación de la veta filantrópica de su trabajo. El olvido, dice, se debió a “reflexiones inconclusas” que se sostuvieron luego de leer el libro. Así lo aclara:

“Mientras valoraba infinitamente su cálido tono, su comprensión y su modo de abordaje, me encontraba sin embargo en una especie de oposición que no era fácil de comprender. Finalmente tuve que confesarme que la razón era que no me gustan esos enfermos; en efecto, me enojan, me irritan sentirlos tan lejos de mí y de todo lo que es humano. Una intolerancia sorprendente que hace de mí más bien un mal psiquiatra.”

Sospechamos que se refiere aquí a la particular disposición para la transferencia de los sujetos psicóticos (el repliegue de la libido, el aislamiento, su particular relación con el Otro y con el acto, etc.) y otras formas del rechazo al Otro; modalidades, que -por lo menos para el Freud de 1913¹ hacía de obstáculo para pensar cualquier tratamiento analítico.

Sigue Freud:

“Con el tiempo, dejé de considerarme un sujeto interesante para analizar, mientras que me doy cuenta de que no es un argumento analíticamente válido. Por eso, sin embargo, no pude ir más lejos en la explicación de este movimiento de detención. ¿Me comprende mejor? ¿No estoy conduciéndome como los médicos de antaño con respecto a las histéricas?” -recuerdo mi primera experiencia hace varios años recibiendo una derivación desde una guardia con la sentencia “Es una H”-. Sabemos que fue Freud quien pudo -a pesar de las bienintencionadas críticas que aún hoy recibe- inventar un nuevo actor en la cultura capaz de interpretar los restos que el discurso científico de la época dejaba de lado, la histeria.

Finaliza la carta con dos preguntas: ¿Mi actitud sería la consecuencia de una toma de posición cada vez más clara en el sentido de la primacía del intelecto, la expresión de mi hostilidad hacia el ello?

¹Ver Sobre la iniciación del tratamiento. (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, I). Amorrortu Editores, Tomo XII.

¿O más bien qué?”

Se cifra en estos interrogantes la dialéctica entre las pasiones Románticas y las aspiraciones Ilustradas de su época; también, las rectificaciones y la honestidad sobre su experiencia respecto de los alcances y límites de su práctica. Casi 100 años después, sabemos que los llamados “locos” se encuentran hoy con otros escenarios que hacen posible pensar modalidades de tratamiento: instituciones, redes de articulación, la práctica con otros saberes y discursos, la psicofarmacología. Éste último lo nombro al final, a pesar de la relevancia que el sentido común le asigna; confirmamos, sin embargo, que si éste se inscribe fuera de cualquier vínculo transferencial, pasa a ser un tóxico más de la heterogénea lista de nuestra época.

Pequeñeces

Aprovechando la atmósfera artística que nos rodea el día de hoy (muestra de la apertura que otros campos de la cultura ofrecen al malestar), tomaré nuevamente a Freud, ahora con su no tan recordado “El Moisés de Miguel Ángel” (1914): trabajo que escribe sobre la estatua de Moisés situada en la iglesia San Pietro in Vincoli, en Roma. Freud llega a afirmar que, en uno de sus tantos viajes a esta ciudad, la visitó diariamente durante 3 semanas; ninguna escultura le “ha producido un efecto tan intenso”, le resulta profundamente “enigmática”. Con el siempre presente interés por otras interpretaciones, se embarca en una serie de discusiones con otros críticos de la escultura (sobre la supuesta intención de Moisés transmitida por Miguel Ángel, sobre sus gestos, sus movimientos, su historia); indica las interpretaciones completamente contradictorias, acepta, critica, cuestiona, aprende, rectifica.

En este recorrido, Freud recuerda que mucho antes de inventar el psicoanálisis, conoció el trabajo de un tal “Ivan Lermolieff”, supuestamente ruso, que promovió efectos relevantes para los museos de Europa. Este personaje enseñó “a distinguir con seguridad las copias de los originales” y a especular “sobre la individualidad de nuevos artistas, creadores de las obras cuya supuesta autoría demostró ser falsa”. ¿Qué me parece interesante resaltar, inmersos en el cruce discursivo propio de nuestra práctica institucional -en el que regularmente se pone como una de sus referencias, una ley-?

Este ruso -que finalmente camuflaba a un italiano- proponía que ***“debía prescindirse de la impresión global y de los grandes rasgos de una pintura” para “destacar el valor característico de los detalles subordinados,***



pequeñeces como la forma de las uñas, lóbulos de las orejas, la aureola de los santos y otros detalles inadvertidos cuya imitación el copista omitía y que sin embargo cada artista ejecuta de una manera singular”.

Freud advierte con ello que encuentra una técnica emparentada con la del psicoanálisis: **“También éste suele colegir lo secreto y escondido desde unos rasgos menospreciados o no advertidos desde la escoria de la observación”.**²

Talar Sur

Puedo arriesgar que los pacientes con los que trabajamos en Talar Sur son aquellos cuyo sufrimiento no pudo ser interpretado bajo las coordenadas equívocas de las palabras. Ese sufrimiento que -sin otras estrategias institucionales- deriva en el acto mortífero, el que se despliega en la compulsión de los pensamientos, en la fragmentación del cuerpo, en el abismo o el horror del delirio.

En esta institución -donde los **impasses** a “la salud” se presentan varias veces al día- apostamos por leer las respuestas singulares a lo difícil de soportar; se promueven tiempos de trabajo en los que el lazo a otro (incluyo a pacientes, psicólogos, psiquiatras, enfermeras, trabajadora social, terapeuta ocupacional, administrativos, médico, institución) sea uno de los medios para tratar el malestar. Se intenta que la relación de dominio propia de todo lazo,³ quede supeditada a las invenciones de las palabras, aun sea a partir de mínimos detalles.

Como he planteado en otra jornada, con “singularidad” simplemente me refiero a la apuesta de enlazar ese malestar ahogado de palabras (dichas o no) a algo y que ese algo sea otra cosa: un inicio, un hecho, una separación, un trauma -lo que **eso** quiera decir-. Que hable, y que el que escuche no anude un sentido que se convierta en arbitrario, y violento. Que no se ahogue la emergencia de una pregunta por el avatar de sus contingencias, nuevo trastorno, en **el mejor** de los casos.

Somos un equipos en que las conversaciones, discusiones y rectificaciones sobre cada caso discurren en el malentendido de los discursos (médico, psicológico,

² Por ejemplo: “Lo que en él -en el Moisés- vemos no es el introito a una acción violenta, sino el resto de un movimiento transcurrido” o “valorando ciertos detalles inaparentes, -el psicoanálisis- obtiene una interpretación sorprendente de la figura toda y de sus propósitos”.

³ Sugiero atender al especial lugar que la sugestión tiene en “Psicología de las masas y análisis del yo”.

analítico, social, administrativo): convocamos, en última instancia, a poner sobre la mesa qué se comparte y qué no de una lectura, qué concepción de la cura sostenemos, qué ideales de un tratamiento promovemos, cómo se concibe al paciente, si hay un paciente, cómo construir un caso para supervisar. Advertir el momento para convocar a otro cuando el saber de la propia práctica denuncia sus límites.

Nos orientamos, también, en poder analizar -y sancionar- las normas explícitas e implícitas que ordenan las instituciones, para poder sobrevivir en una cultura que juega al límite de las prácticas perversas. En la conferencia “Del hacer al decir” Eric Laurent afirma que **“necesitamos una institución en la cual no actuemos en nombre de un saber absoluto que dé la respuesta última, sino instituciones que permitan luchar frente a la tentación de no hacer nada”**.

Agradezco a Graciela Arbolave y al equipo del MAT que, desde el primer contacto mantenido en 2019, se mostraron interesadas en el trabajo en conjunto, y que al día de hoy se sostiene con talleres, visitas al museo, murales, jornadas como las de hoy. También a las otras áreas del Municipio -Cultura, Educación, Empleo- con las que intentamos que la deriva mortífera de la pulsión encuentre algunos cortocircuitos.

Como señala el analista francés recién citado: **“Tenemos que ser todos los días, es nuestra responsabilidad, más y más inteligentes y eficaces contra la pulsión de muerte. No vamos a ganar, pero nunca vamos a ceder. Esa es la posición cómica de la existencia”**.

Más allá de la tan aclamada “multicausalidad” se trata de apostar a escuchar el rasgo, “el detalle subordinado” -indicios desestimados por el Otro-, habilitando así al sujeto a decir otra cosa; también, a decir no.

Celebro que cada quien, hoy, pueda transmitir -al modo del artista expresionista- las marcas que la experiencia ha dejado para su práctica, con la ambición de descubrir el muy enigmático término “subjetivante”.

Referencias:

Freud S. Carta al psiquiatra psicoanalista húngaro Istvan Hollos. Octubre 1928.

Freud S. El Moisés de Miguel Ángel. Amorrortu Editores.

Laurent, E. (1996) Conferencia. En Del hacer al decir.

Mesa de apertura

Crónica de la mesa de Apertura

Comisión organizadora

Las palabras de apertura estuvieron a cargo de Jason Ramirez (CAFyS Talar Sur - comisión organizadora) y de Graciela Arbolave (Dir. Gral y artística del Museo de Arte Tigre -MAT). A continuación tuvo lugar la presentación de la Dirección de Salud Mental y Adicciones con los comentarios de Paula Cullen, Augusto Pfeifer y Juan Mastroianni.

Graciela Arbolave: desde su experiencia como Directora del MAT y desde sus prácticas en Hospitales de Día, donde trabajó junto a personas con padecimientos psíquicos, planteó al arte como un espacio propiciador de nuevas subjetividades y a la restauración del patrimonio cultural como un quehacer posible respecto de los padecimientos psíquicos donde es posible “recuperarse de la tristeza desde el arte”, mencionando las experiencias de trabajo conjunto entre Direcciones de Cultura y de Salud Mental a fin de ofrecer mejores posibilidades de acercar bienestar a las comunidades.

Paula Cullen: breve historización sobre la construcción de la Mesa de Coordinación de Salud Mental en tanto actor integrante de la Dirección de Medicina Asistencial y Secretaría de Salud Tigre Municipio, desde 2017 a la fecha. Se destacó la incansable labor del Equipo de Salud Mental, integrado por 80 profesionales cuyas prácticas se enmarcan en consonancia con la ley de Salud Mental N° 26.657, así como los distintos proyectos y logros conjuntos, como la presentación y coordinación del Programa de Desarrollo Infantil, el Servicio de Salud Mental en el Hospital Materno Infantil Tigre (HMIT), la inauguración del Centro de Salud Mental y Adicciones Talar Sur y del Centro para Adolescentes Eva Giberti.

Juan Mastroianni: mencionó las dificultades y padecimientos relativos al consumo problemático y su lugar en la cultura, destacando las diversas complejidades de la época actual y la necesidad de defender a la Salud Pública en nuestras Jornadas y en este contexto.

Augusto Pfeifer: formuló la pregunta por aquellas prácticas y dispositivos subjetivantes que favorezcan cortocircuitos a lo mortífero, a la pulsión de muerte, hoy.



Mesa 1

**Dispositivos
subjetivantes**

Mesa 1. Dispositivos subjetivantes

Relato de experiencia de moderador: “Instituciones y adicciones”

Félix Chiaramonte.

Perspectivas

Estar en la práctica del psicoanálisis, como clínica que hace existir al sujeto del inconsciente, y trabajar desde hace unos treinta años en instituciones públicas de asistencia a personas adictas a las drogas, con consumos compulsivos que van más allá del lugar del usuario de sustancias psicoactivas, implica leer e interpretar la intersección posible de esos dos discursos: uno, el del analítico, y en el otro, su reverso, el del amo (por más amable que sea) que define según sus políticas públicas, lo que es esperable en un individuo de esta sociedad. Hay un punto de partida que es la nominación social de un síntoma generalizado, las adicciones en este caso, que según la orientación del practicante propiciará o no un vector hacia la chance singular de cada sujeto. Perspectiva de un tratamiento casi imposible, muy difícil, que se sitúa frente al horizonte autístico y mortífero del goce toxicómano.

Los grupos monosintomáticos, que forman asociaciones o intervienen como parte interesada o siendo asistida en los dispositivos estatales, reconducen a muchos individuos a nombrarse como adictos a distintas sustancias, comportamientos o vivencias que los sostienen en la cuerda floja como a los funámbulos, equilibristas que encuentran en su caída la red de una nueva identidad, que luego les tendrá reservada la partícula “ex”.

En esta época del Otro que no existe, de eclipse de los ideales, en donde son más posibles las identificaciones de masas, se consolidan las “comunidades de vida”, reunidas en torno a los goces compartidos y ya no en relación a un significante que ordene y organice una existencia, a la manera de una religión, una utopía política o una ocupación laboral.

Como sostiene en su libro *La clínica del vacío*, Massimo Recalcati, psicoanalista italiano, se trata de asumir la metáfora social como producto histórico de la época de la inexistencia del Otro, y posibilitar el trabajo en pequeños grupos para desmasificar, como menciona Eric Laurent, en *El lugar del psicoanálisis en las instituciones*: “La práctica de los grupos con sujetos que buscan ayuda, como anoréxicos o bulímicos, permite oponer un uso desmasificador del grupo al uso



que se dirige a reforzar la identificación imaginaria. La posición del analista, lo que éste hace pasar de su deseo, es crucial para ir contra la tendencia a la uniformidad en el grupo”.

La operación analítica, a través del pequeño grupo, extrae lo particular subjetivo de la homogeneidad falsamente monosintomática de lo universal. Cito de Recalcati: “La interpretación del analista confiere mayor valor a la no-coincidencia que, a la coincidencia, a lo diferente que, a lo semejante, a la centrifugación metonímica que, a la identificación de lo Uno al Otro, con el fin de permitir una captación sobre lo particular del sujeto”.

Algunas respuestas sociales

Es notorio que las respuestas institucionales, son las predominantes, pero no las únicas, a la hora de asistir en tratamientos a los que padecen una adicción. Francisco Hugo Freda lo plantea en una intervención en El Otro que no existe y sus comités de ética de Jacques Alain Miller y Eric Laurent: “La institución en este sentido es un primer momento de trabajo. La cuestión es saber hasta qué punto este trabajo puede marcar en el sujeto, en su subjetividad, un antes y un después, cosa que anteriormente sólo marcaba la droga.”.

Las opciones de tratamiento, tanto en las intervenciones desde la abstinencia del tóxico o en la variante de la reducción de daños, son oportunidades para distinguir, además de posiciones teóricas, cuestiones políticas que cada profesional de la “salud mental” debe conocer, si quiere involucrarse en lo que hace.

En un texto sobre los objetos a en la experiencia analítica, Eric Laurent planteaba, utilizando algunos elementos de los matemas lacanianos, las diferentes alternativas de las propuestas contemporáneas para los tratamientos en adicciones: el del Amo, que ordena cuál ideal hay que seguir en función de rechazar las drogas , en la abstención absoluta; el del Saber , que enseña e indica cuáles son los modos de cuidarse, con un programa que pone al individuo como alguien a quien educar y curar, de modo pedagógico; el del Objeto, que propone la sustitución de una droga por otra sustancia que mitiga los daños y riesgos para un individuo; y la del Sujeto, que intenta descifrar lo que opera en esa otra práctica tóxica, un lugar analítico que posibilita un encuentro con la palabra y con la verdad del inconsciente de cada cual.

Una práctica clínica

El lugar de la adicción tiene en Sigmund Freud, desde un principio, la definición de un hábito que se asume compulsivamente, es decir un oximoron que combina

esos dos elementos contrapuestos. El "no puedo dejar de hacerlo" demuestra e intenta anular la división del sujeto del inconsciente.

Encontrar sujetos perdidos en alguna adicción, es algo que puede verificarse en lo social, en general, y en la práctica clínica, en particular. La posición analítica de interrogar acerca de la historización subjetiva, localizar el momento en que la adicción comenzó, los proyectos o la ausencia de los mismos, hará desplegar una trama significativa que intentará hacer perder consistencia a algún objeto ideal o ayudará a encontrar una diferencia en la monotonía de ese goce, aun cuando el de la palabra le vaya en zaga respecto a su intensidad.

La gran diferencia que inaugura Freud es no aceptar la violencia de la hipnosis o la sugestión como tratamiento, y proponerse entonces ese nuevo dispositivo del psicoanalista que espera a quien lo solicite, transferencia mediante, que asocie libremente para subjetivar su propia experiencia del malestar. Ceder a la identificación con el asistido en nombre del humanismo se traduce en una confusión que nos lleva más hacia la ignorancia revestida de buenas intenciones; quedarse indiferente refugiándose en el papel del burócrata, frente a cualquier sufrimiento, es el principio de la banalidad del mal; analizar para intervenir, es la ética que guía otra práctica, una que intenta dar espacio al deseo de cada uno, teniendo en cuenta el contexto, pero sin retroceder un ápice en nuestra perspectiva. -

Mesa 1. Dispositivos subjetivantes

“Sobre un espacio Itinerante”

Lic. Luciana Barrionuevo; Lic. Ana Lafluf; Lic. Jorge Robledo; Dra. Betsabé Oviedo; Mta. Micaela Valdemarin.

El Taller como Espacio habilita un modo particular en nuestra tarea promoviendo una práctica distinta; que nos produce desafíos constantes y nos provoca interrogantes:

¿Cómo nos vinculamos con nuestros pacientes? ¿Qué hacemos y qué pensamos de lo que hacemos? ¿Qué alcances y limitaciones tiene nuestro dispositivo?

El Taller como espacio nos convoca a estar en pleno movimiento y descubrimiento de lo espontáneo de cada encuentro, construyendo desde la creatividad y también desde la improvisación. El Taller es una construcción cotidiana, que invita a ser parte del mismo respetando la decisión de cada paciente de sumarse o no (en caso de que se encuentren dadas las condiciones clínicas) y nos convoca a organizar propuestas que colaboren con dicha inclusión; donde cada sujeto cuente con la posibilidad de encontrar su lugar entre otros.

Teniendo presente un marco ordenador, nuestra función se posiciona en la capacidad de manejar con flexibilidad y firmeza, el sostenimiento de una distancia instrumental aún en esa cercanía más profunda que se crea en lo vincular propio del dispositivo. Un espacio donde nos animamos a sentirnos libres ante lo diverso sin sentir amenazado nuestro propio ser.

Tomamos los aportes de Winnicott y entre ellos el concepto de **espacio transicional** como esa zona intermedia entre la realidad subjetiva y la realidad objetiva; espacio que genera, une y separa a la vez el interior y exterior de la persona y solo importa lo que se transita, se intercambia y se transforma en él. Es en esta zona intermedia donde el paciente va a mostrar sus intentos y fracasos en la integración del yo. El taller como espacio posibilita experiencias culturales y de juego creador, donde se habilita la posibilidad de reconocimiento de sí mismo y de las posibles reconfiguraciones que puedan desplegarse.

De esta manera, introducimos a este análisis, el concepto de **Identidad Narrativa**, definida por el filósofo Paul Ricoeur como



“aquella identidad que el sujeto humano alcanza mediante la función narrativa [...] pero la función narrativa no solo se limita a intensificar las características del sí mismo que ya han sido puestas de relieve, sino que aporta un elemento completamente específico que proyecta el análisis del sí mismo en una nueva dirección.”

¿Qué quiere decir esto? El sujeto lee su vida como si fuera otro, al mismo tiempo que la escribe, y en este movimiento de lectura y escritura se produce una transformación de la representación de sí mismo. La mediación narrativa es una herramienta indispensable para la reconstrucción de esa historia como un relato de vida, donde hay un pasaje del ser hablado a hablar por sí mismo. La narrativa nos permite hilar los sucesos de la vida y darle coherencia y legibilidad a aquellas rupturas que han acontecido en el relato. La “Historia de vida” gracias a la poética del relato, se convierte en una historia contada que a su vez es escuchada. Es en este Hacer y Ser juntos donde narramos y reconfiguramos nuestra propia historia.

-¿Y cómo sostener y enmarcar aquello de lo que surge en cada nueva narrativa?

-¿Lo acotamos a ese día y horario programado? ¿O nos lanzamos a la aventura del espacio itinerante proponiendo así un nuevo marco? ¿Acaso podría funcionar de otro modo?

Nos apoyamos en el sentido de ejercer nuestra función como integrantes referentes del Taller: permanecer, habilitar, alojar, sostener y promover. Consideramos a este espacio como itinerante al sentirnos convocados a mostrarnos presentes y disponibles, siendo portadores de un espacio/ambiente facilitador, que debe permanecer aún recorriendo diferentes horarios, lugares o lecturas. Espacio que suma en su movilidad, también permanencia.

Como diría Pichón Riviere: *“...para contribuir a vencer la incomunicación del otro, hace falta básicamente afecto, comprensión. Es decir, restituyéndole una parte de su persona que no está destruída: desde allí se logra establecer un verdadero encuentro”*.

Desde aquí se enmarca el Taller; habilitando encuentros donde la experiencia es compartida grupalmente, donde nos disponemos a escuchar significativamente, aprender entre otros y crear juntos un ambiente seguro en el que puedan emerger resignificaciones promovidas por la liberación del núcleo sano de cada sujeto. A medida que este espacio transicional fue considerado más confiable para los integrantes, las actividades grupales van permitiendo al paciente poder descubrir, expresar y resolver su problemática de una manera nueva, diferente y distinta cada vez. Habilitando su capacidad de espera, de tolerancia y de respeto



a la singularidad del otro. Aprendiendo a aprovechar sus conocimientos y aptitudes. Encontrando así un lugar que reunifica su fragmentación personal.

La posibilidad de llevar a cabo un acto creativo nos permite vislumbrar las formas de estructurar y transformar el mundo que tiene el sujeto, propiciando procesos configurativos novedosos y originales. El proceso creativo en el taller no es un mero acto catártico o un tiempo de ocio, sino como dice Patricia Pellizari: “En el verdadero trabajo con la creatividad se pone en marcha un decir, de un sujeto, de un grupo... comprometido con su memoria, su historia y sus ideales”.

¿Cómo ejemplificar este acontecer en el día a día? Nos permitimos abrir algunas ventanas.

La música es un elemento que está presente desde los primeros encuentros del taller. Muchas veces como fondo, sosteniendo el clima grupal, y muchas otras como figura, poniendo de relieve el decir único e individual. Sin embargo, sea cual fuera su lugar, hemos configurado una dinámica de escucha en la cual cada persona va eligiendo una canción de su propio gusto. Se percibe entonces en el grupo el valor del respeto hacia el sonar del otro, la posibilidad de soportar el diálogo entre sonidos y silencios. Cada participante trae con sus canciones su propia historia emocional, social y cultural. Es así que, por ejemplo M, una concurrente que al iniciar el taller no era capaz de nombrar algún artista o canción de su agrado, relegando a las demás la toma de esa decisión, hoy en día es identificada dentro del grupo como “ la fan de Marco Antonio Solís”, a partir de los múltiples encuentros en que ha podido comenzar a conectar con su deseo y sus gustos personales.

a la singularidad del otro. Aprendiendo a aprovechar sus conocimientos y aptitudes. Encontrando así un lugar que reunifica su fragmentación personal.

El festejo de cumpleaños es una celebración que está intrínseca en nuestro espacio. Damos lugar a festejar la existencia de las personas, a reconocerlas con el valor que tienen dentro del grupo, el cariño y el respeto. Es así que aún en situaciones de festejo y jolgorio, respetamos las individualidades, teniendo conocimiento por ejemplo que D. prefiere festejar siempre su cumpleaños el día siguiente, M. quien decide no festejar pero sí compartir algo para comer, o L. quien disfruta festejar a lo grande. Cómo equipo somos parte de eso, festejamos también nuestros cumpleaños.

Otros ejemplos son aquellos en donde suceden momentos de gratificación personal: sortear las dificultades que las actividades manuales traen, sumado a la dificultad de los síntomas que produce la medicación (como el temblor) no son cosa fácil. La ansiedad y la frustración aparecen constantemente, pero es allí

donde como grupo acompañamos e incentivamos a continuar y no rendirse. Es así que esto ocurrió cuando a L. en el proceso de armado de una pulsera de mostacillas, la misma se le desarmó y cayó al suelo más de 3 veces. Sin embargo, pudo reponerse a esto, aceptarlo y continuar.

Nuestro abordaje es interdisciplinario. Conviven y se manifiestan las distintas disciplinas desde la diversidad de recursos donde cada uno de los miembros del equipo técnico intenta alcanzar un núcleo que sea representativo del conjunto. La unificación de criterios o la confrontación de puntos de vista va construyendo la trinchera que une al equipo ante las contingencias y hace de nuestro vínculo con los pacientes una relación protagonizada no por individualidades sumadas sino por un conjunto de articulaciones específicas.

¿Cómo lo llevamos a la práctica?

Se trabaja de forma directa, tomándose en cuenta lo manifiesto. No se interpreta. Se focaliza la atención a través de comentarios o preguntas. Se arma, se organiza, se propone, se comenta, se pone límites. Siempre a través de una actitud de afecto y cuidado. Nuestro rol no nos eleva, ni nos da poder, sino responsabilidad y nos ubica frente a la tarea de integrar lo que podemos desarrollar como esfuerzo compartido.

Nuestro abordaje se basa en vincularnos de una forma que resulte desalienante.

Citando a Ricardo Grimson, pretendemos y nos esforzamos en **“lograr que la vida cuele por entre los resquicios de todo lo que quiera destruirla”** .

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA:

- BLEGER, J. Temas de Psicología. Editorial Nueva Visión . 1988.
- FREUD,S.. Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico. (1912) Tomo 12. Ed. Amorrortu. 1990
- GOFFMAN, E. Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Ed. Amorrortu. 1970.
- GRIMSON,R. La cura y la locura. Ed.Búsqueda. 1983.
- PICHON RIVIERE, Enrique. Teoría del Vínculo. Ed. Nueva Visión. 1985.
- PELLIZARI, Patricia. Crear Salud: Aportes de la musicoterapia preventiva - comunitaria. 2011. Edición regalo virtual.
- RICOEUR, Paul. La identidad Narrativa.
- WINNICOTT, Donald. Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Ed. Paidós. 1993
- WINNICOTT, Donald. Realidad y Juego. Ed. Gedisa.
- ZITO LEMA, Vicente. Conversaciones con Enrique Pichón Riviére sobre el arte y la locura. Ed. Cinco. 1991.

Mesa 1. Dispositivos subjetivantes

“El grupo te rescata.” Relatos de una clínica de grupos”.

Lic. Licia Silvestri; Lic. Florencia A. Suárez.

Abstract: El siguiente trabajo tiene por objetivo interrogar y analizar la importancia de los dispositivos grupales en el abordaje de los consumos problemáticos, tomando como eje las diferentes identificaciones que allí se ponen en juego. La insignia “soy adicto”, funciona como rasgo que reúne a los pacientes, ofreciendo desde allí una posibilidad de reconocimiento. Partimos de la hipótesis de que el centro de día es el dispositivo propicio para dar lugar a las identificaciones que van a formar un escenario que reproduce en acto el vínculo gozoso de los sujetos con la sustancia, y es ahí donde las intervenciones tienen efecto tanto sobre el paciente que representa la escena como sobre los demás integrantes del grupo. El desafío y la orientación clínica será garantizar, cada vez, la existencia de la singularidad y operar desde la lógica de la diferencia, no sin leer aquello que habilita que circule el lazo social.

Comenzaremos por puntualizar algunas particularidades del dispositivo de atención en el que se enmarca el presente trabajo. El Programa de Prevención y Asistencia en Adicciones se ubica dentro del Primer Nivel de Atención en un Centro de Salud Mental ubicado en el partido de Tigre, donde la modalidad de atención es ambulatoria y con turnos programados. Luego de realizada la admisión, si se evalúa pertinente, aquel que consulta comienza su tratamiento por el Centro de Día, donde realiza espacios clínicos grupales y talleres con distintas actividades. La permanencia de los pacientes en el centro no tiene un tiempo cronológico estipulado, sino que su circulación y el pasaje a otras instancias del tratamiento se evalúan y deciden en función de criterios tanto clínicos como institucionales.

Nos parece importante señalar el hecho de que el dispositivo funciona en el marco de la atención primaria, dando lugar a lo promulgado hace 10 años por la Ley de Salud Mental N° 26.657. Por un lado, la misma indica que las adicciones deben ser tratadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Por otro lado, señala que el proceso de atención debe llevarse a cabo en el marco de un “abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales” (LEY N° 26.657 de 2013).

Ahora bien, ¿cuáles son los criterios clínicos que orientan el trabajo en grupo para el abordaje de las toxicomanías?. ¿Qué de ese escenario, que favorece las identificaciones al “soy adicto”, es propicio para el tratamiento de los consumos problemáticos?

Tanto la dirección de los tratamientos que llevamos a cabo en el Programa de Adicciones como el análisis del presente trabajo tienen una orientación psicoanalítica. Entendemos las adicciones como consumos problemáticos, como la relación problemática del sujeto con aquello que consume. Leído como un fenómeno transestructural, el acento estará puesto no en el objeto de consumo en sí, sino en el lugar que el mismo ocupa en la economía psíquica y libidinal de alguien que no puede hacer otra cosa con su mundo pulsional más que ponerlo en acto.

El centro de día como dispositivo funciona brindando cierto soporte simbólico e imaginario, donde se apuesta a que algo del lazo social comience a circular de otro modo. Es un andamiaje institucional que, a partir de un encuadre determinado (cantidad de días de asistencia, horarios, división de tareas, etc) ofrece, en un primer momento, identificaciones posibles a las que alienarse y desde donde reproducir, en acto, el vínculo gozoso de las personas con el objeto de consumo. Dentro del centro de día, los pacientes asisten a talleres donde realizan determinadas actividades (como música, arte y literatura) y a espacios de tratamiento grupal. Es en este último donde las intervenciones pueden tener efectos tanto sobre el paciente que representa la escena como sobre los otros integrantes del grupo. Recortamos algunas frases que ejemplifican este imaginario que se arma en los grupos y que son las que más circulan cuando recién comienzan: “Acá estamos todos para lo mismo”; “venir a hablar en el grupo te va a hacer bien”, “ a mi me pasó igual”; “acá puedo hablar porque me entienden”. Ya de por sí, el asistir a un centro de salud que presenta un cartel en el frente que dice “adicciones”, presta un primer significante al que poder reconocerse (será necesario ubicar luego, de qué modo para cada quien).

El rasgo que se ofrece, el “soy adicto”, reúne a los pacientes y les permite un primer modo posible de nombrarse. Subrayamos que es un primer lugar porque si bien es necesario sostener la tensión que implica la identificación al “soy adicto” (identificación imaginaria que en tanto tal motoriza y posibilita el trabajo de los que allí asisten), al mismo tiempo se apuesta a escuchar y poner de relieve la singularidad de cada quien, interviniendo desde la lógica de la diferencia. Nuestra labor entonces, será poner en cuestión ese nombre para que surja el sujeto y su historia individual. Tal como plantea Lacan, la orientación será que “el sujeto vea (...) a qué significante - sin-sentido, irreductible, traumático - está sujeto como sujeto.” (LACAN 1964, 258).

En el caso de las neurosis, se vuelve necesario diferenciar estas identificaciones imaginarias de aquellas simbólicas que constituyen al sujeto, que tienen como referencia al ideal, las insignias ideales del Otro.

M. llega a la consulta derivada por el Servicio Local de Infancia, luego de que se tomara una medida de abrigo para su hijo recién nacido debido a situaciones de consumo de cocaína durante el embarazo. A lo largo de los diferentes encuentros grupales, se van recortando en su discurso distintos escenarios (de su historia y de su modo de lazo) donde lo que aparece en primer plano es el desborde: gritos, autolesiones, consumo desmedido, agresiones verbales y físicas, etc. Es a partir de ir interrogando estas escenas y su modo de respuesta frente a lo que nombra como su “modo de ser” que va decantando el significante “loca”. El ubicar este significante y el peso que el mismo tiene en la historia del sujeto, permite comenzar a sintomatizarlo y poner en palabras el padecimiento que se anuda al mismo. Esto fue leído por el equipo tratante como un momento propicio para que la paciente inicie su espacio de terapia individual donde pueda empezar ubicar esas coordenadas que podrían conmover algo de su posición subjetiva.

Recordemos que, tal como plantea Nieves Soria, “la neurosis es una pregunta que parte del sufrimiento que estas identificaciones producen, en tanto entran en conflicto con el goce pulsional, produciéndose el síntoma como manifestación de este conflicto.” (SORIA, <https://wapol.org/ornicar/articles/srn0109.htm>).

Es en el contexto del grupo en donde M puede comenzar a hablar, ya que no había una demanda de tratamiento sino que era mandada por el sistema jurídico. ¿Son esas identificaciones al grupo del Programa de Adicciones las que hicieron posible ese despliegue ?

Seguimos a German García cuando plantea que: “El análisis en su recorrido encuentra las alienaciones, en el sentido de las identificaciones que un sujeto ha tenido. El pedido del analista es alienarse, decir todo, pero en función de una separación que vendrá más tarde.” (GARCÍA 2009, 29)

Analicemos otro ejemplo. Un paciente que en un taller despliega la siguiente escena: con cierto enojo y desdén, sitúa la falta de consideración que el equipo técnico ha tenido en presentar un taller literario cuando hay un compañero (otro paciente) que no sabe leer ni escribir. Dicho despliegue permite pensar por un lado que se pone en juego su propia posición subjetiva (de exclusión) siendo él el marginado por su condición de discapacidad física, pero por otro lado también da lugar a la construcción de ese síntoma y la angustia concomitante que provoca esa fijación de goce pulsional más allá de las identificaciones.

Si consideramos que las identificaciones son las que proponen un objeto a la

pulsión, es recién a partir de que se conmueven algunas de estas identificaciones que algo del objeto de la pulsión podría cambiar.

Orientados por la ética del psicoanálisis, cada vez que recibimos y escuchamos a un sujeto (y esto más allá del dispositivo del que se trate) será fundamental no ceder en buscar la causa de su síntoma en el marco de su historia, ubicando que hay ahí algo de singular y que “el psicoanálisis se orienta con esa singularidad para poder transformar lo tóxico del síntoma que domina al sujeto, en un punto de singularidad con el cuál saber arreglárselas” (NAPARSTEK 2021, 262). Esto requiere, además de la posición y la escucha analítica, de ciertos puntos de apoyo que la hagan posible. La apuesta es entonces, que el grupo que funciona dentro del centro de día ofrezca un primer lugar transferencial al cual dirigirse y desde donde comenzar a leer las posiciones subjetivas de aquellos que allí asisten.

Referencias Bibliográficas

- 1.García, G. (2009). En torno de las identificaciones: claves para la clínica. Tucuman: Otium Ediciones. 2009.
- 2.Lacan, J. (1964) El Seminario: Libro 11. Los Cuatro Conceptos Fundamentales del Psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós. 2013.
- 3.Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Decreto Reglamentario 603/2013
- 4.Naparstek, F; Mazzoni, Y.; Bousoño, N. (2021). Clínica de las toxicomanías. El lugar del psicoanalista en las instituciones de tratamiento. En Anuario de investigaciones, vol. 28. Recuperado de:
https://www.psi.uba.ar/investigaciones/revistas/anuario/trabajos_completos/28/naparstek.pdf
- 5.Nieves,S.(s.f). El ideal del ideal. Recuperado de:
<https://wapol.org/ornicar/articles/srn0109.htm>

Mesa 1. Dispositivos subjetivantes

“La artesanía como camino hacia la posibilidad”

Lic. Julia Fernández Naón, Lic. Casandra Rodríguez Scheffer, Lic. Gisela Schild, TS. Cintia Díaz, Lic. Alejandra Corti, Lic. Teresa Paredes.

*Y cómo explicarte
Desde el encierro
Cuánto miedo da salir
a ese mar de dudas*
Gustavo Cerati

Introducción

En el siguiente relato se hará la presentación de una experiencia de trabajo en red llevado adelante en la Región Sanitaria V de la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencia en el ámbito de la Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Se desarrollarán las diferentes instancias de un caso que llamaremos “Juana” en el que se dará cuenta de las múltiples intervenciones llevadas a cabo por los equipos interdisciplinarios a fin de garantizar el acceso de una persona en situación de vulnerabilidad atravesando una problemática de Salud Mental al pleno goce de su derecho a la salud.

Así mismo, se tomará este caso para desarrollar una hipótesis de sistematización de las estrategias utilizadas desde una mirada integral, interdisciplinaria, intersectorial y adecuada a la ley de salud mental.

El objetivo de este escrito es evidenciar la posibilidad del trabajo en red, con inserción territorial, en clave comunitaria y desde un abordaje integral de la salud en el sistema público, atendiendo a la capacidad de las personas, desde un enfoque de derechos.

Dispositivo Móvil de Enlace Comunitario

El Equipo Móvil de Enlace Comunitario es un dispositivo estratégico pensado para mejorar el acceso a la atención de personas que estén atravesando algún padecimiento de salud mental. Actúa como puente entre los usuarios y el sistema de salud, y como nodo organizador de estrategias de asistencia y cuidado con los recursos disponibles en cada comunidad. Realiza evaluaciones situacionales, planifica y coordina estrategias de atención, promoviendo la participación de las redes familiares, afectivas y la integración comunitaria. Su impronta itinerante permite contextualizar e historizar las estrategias y generar acceso oportuno a los servicios de salud mental buscando mejorar calidad de la atención, promoviendo la integración comunitaria y la continuidad de cuidados.

Desarrollo

A mediados del mes de mayo del año 2021, en contexto de Pandemia Covid 19, recibimos una solicitud desde el Hospital Nacional ubicado en CABA (HNC) para intervenir en relación a una joven de 26 años, a la que llamaremos Juana, quién había sido recientemente externada. Desde su egreso del Hospital, Juana vivía en su casa ubicada en el municipio de la Región V, junto a sus hermanas y su madre y recibía visitas domiciliarias, en contexto de continuidad de cuidados, por parte de un equipo interdisciplinario que se trasladaba en un móvil semanalmente desde CABA hacia Tigre.

El motivo de dicha solicitud coincidió con un momento de interrupción del tratamiento por parte de Juana, situación repetida en cada una de las anteriores externaciones desde el año 2020, que generaba, además del riesgo de cada descompensación, un desgaste en su entorno familiar, el cual se mostraba escéptico a cualquier propuesta de tratamiento que no fuera internación.

Luego de reunirnos con el equipo itinerante del HNC, acordamos comunicarnos con una de sus hermanas, Irina, para organizar una visita y así poder conocer a Juana y su grupo convivencial. Irina fue quien nos informó, muy angustiada, que desde hacía varios días Juana no había vuelto a su casa. Esto era algo que hacía frecuentemente en contexto de descompensación: luego de una discusión familiar desaparecía por unos días.

Ante esta información, acompañamos a la hermana para que pudiera realizar la denuncia por búsqueda de paradero, y al mismo tiempo, convocamos a una reunión a todos los dispositivos de salud y salud mental del Municipio, sumando al equipo del HNC, en donde pudimos historizar y contextualizar su trayectoria en el sistema de salud. Logramos establecer un acuerdo y prioridades para este momento particular: la urgencia y la situación de riesgo.

Cabe mencionar que este modo de ordenar la intervención nos permitió sistematizar un proceso que requiere de un esfuerzo de articulación en red entre los dispositivos. Articulación que, además de activar los protocolos para las situaciones de urgencia, pudiera organizar las intervenciones desde una lógica integral y de corresponsabilidad, evitando así intervenciones aisladas y fragmentadas.

Luego de algunos días de estar pendientes en relación al paradero de Juana, llega la información de que había sido trasladada en ambulancia a un hospital provincial de la Región Sanitaria V, luego de que sufriera un accidente de tránsito que le provocó una doble fractura expuesta de miembros inferiores. Juana permaneció varios meses hospitalizada y fue en este contexto, luego del accidente, que la conocimos.

Momento de la intervención: conocimos a Juana

Luego de su externación, Juana nos recibió por primera vez en su casa, debía permanecer en cama, tenía que hacer un tratamiento de rehabilitación, había pasado por una cirugía muy compleja. Fuimos con un equipo interdisciplinario conformado por psicóloga, psiquiatra y trabajador social. Cuando nos presentamos, Juana nos miró y nos dijo “¿ustedes van a ser mis nuevos tres?” haciendo referencia al equipo Interdisciplinario de CABA que la había acompañado previo a esta última externación. Durante las siguientes visitas, Juana nos habló de sus músicos favoritos: Fito, Charly, el Flaco y nos contó que su verdadero nombre es Juana Cerati, Gustavo Cerati es su papá. Nos leyó sus canciones, habló de la preocupación por sus hermanas y la enfermedad de la madre. Reclamó ayuda económica para poder reparar las ventanas de su casa y que el invierno no fuera tan frío, nos dijo que ella no estaba loca, simplemente había sufrido un accidente de tránsito.

Estas entrevistas se pudieron sostener algunos meses. Como equipo habíamos acordado la estrategia de continuidad de cuidados apoyándonos en la importancia de que asistiera a un espacio de rehabilitación para que pudiera volver a caminar. Juana fue de a poco recuperando la movilidad, al principio apoyada en dos bastones, luego en uno, pero al correr de los meses y sumado a algunos conflictos que surgieron en la convivencia con sus hermanas y su madre, comenzó a rechazar nuestras visitas. Hasta que un día nos recibió la hermana y nos contó que Juana se había ido de viaje a Córdoba con unos amigos.

Luego de unos meses en los que no tuvimos novedades, Juana sufrió una descompensación por la que debió ser hospitalizada. Fuimos convocados a una reunión de equipo desde el Hospital de Salud Mental donde se encontraba internada para pensar una estrategia de externación.

En una primera reunión entre equipos surgieron dudas y tensiones en relación a los tiempos de internación, el diagnóstico, los criterios para sostener una internación involuntaria, los tiempos para pensar la externación. Diferencias de criterios y estrategias de abordaje que no lograron una síntesis pero si resolvieron algunas cuestiones claves en cuanto a su traslado. Sin dejar de mencionar que la urgencia, el cuadro agudo, la ausencia de conciencia de su padecimiento, la desconfianza de Juana frente a los equipos de salud mental se nos presentaba a todos como obstáculo para pensar un abordaje territorial en clave comunitaria.

No menos importante era el agotamiento de los equipos frente a la impotencia de no poder sostener estrategias, la claudicación de su núcleo familiar más cercano, que por temor le “cerraba la puerta” de su casa con candado para que no pudiera volver a entrar. Nos preguntamos ¿cómo salir de la lógica de la internación como única posibilidad de la intervención en urgencia?



Pregunta: ¿Cómo habitar la complejidad y dar respuesta a “lo imposible”?

Entre el mes de mayo del año 2021 y la actualidad, Juana estuvo en contexto de internación en 4 oportunidades, tanto en modalidad voluntaria como involuntaria, en diferentes hospitales provinciales y municipales del sistema de salud pública de gestión estatal.

En la última internación llegó por sus propios medios, luego de que su hermana cerrara la puerta de su casa con candado y le impidiera entrar, no sin antes decirle que lo hacía porque le tenía miedo.

Actualmente se encuentra internada en el HNC, al que registra como un lugar de cuidado. Esto resultó clave para que cualquier intervención posterior sea posible. Es desde este hospital que somos nuevamente convocados como equipo de Enlace para acompañar un nuevo proceso de externación, pero esta vez se pensó en un tiempo de internación “extendido” y se comenzó a tramitar el certificado de acceso a derechos (CUD) dando respuesta a una preocupación concreta de Juana respecto a la dificultad del sostén económico.

Desde el EMEC pensamos una estrategia de continuidad de cuidados que posibilite crear algo diferente, guiados por aquellas pistas que Juana nos fue dejando en nuestros encuentros: la música, el arte, el recuerdo amoroso de su madre, la preocupación por sus hermanas, las letras de sus canciones, el deseo de vender sus artesanías. Que nuestras estrategias de cuidado, además de pensar en esquemas de medicación y espacio de psicoterapia, incluyan algo de su deseo para lograr la tan mencionada “adherencia al tratamiento”. Aquí hacemos propias palabras de Debóra Ferrandini “Con frecuencia los servicios de salud se quejan de la “falta de adherencia” de los pacientes a los tratamientos. Un enfoque basado en los sujetos, como el que proponemos, implica cambiar el lado donde aplicamos el pegamento”.

Los informes que fuimos recibiendo de Juana a lo largo de los años hablan de un diagnóstico de esquizofrenia, como su madre, pero ella se nombra artista y cantante, como su padre.

Conclusiones:

La imposibilidad es, para nosotros como equipo, la demanda. Allí donde lo imposible se presentifica, allí empieza la intervención artesanal que abra posibilidad. Artesanal, cómo la vida de Juliana, artesanal cómo lo que la convoca a ella en sus días, en su búsqueda laboral, en su lazo con la comunidad. Artesanal cómo las intervenciones en la complejidad. Lo artesanal, a mano, con cuerpo,



creativamente, cómo oficio, casero, así la salud mental para nosotros también.
cuando te busco no hay sitio en donde no estés

(Cactus Gustavo Cerati)

Referencias Bibliográficas

- Ley Nacional de Salud Mental 26.657:
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
- Entrevista a Emiliano Galende: <https://www.agenciacyta.org.ar/2007/06/entrevista-a-emiliano-galende-especialista-en-salud-mental/>
- Ley del Sistema de Protección Integral de las personas con Discapacidad 22.431
- DE SOUSA OCAMPO, G. W. (1996-1997) - “La Clínica del Sujeto: por una clínica reformulada y ampliada”; Cap 1, Internet
- **Alicia Stolkiner y otros (2007)** - “EL CONCEPTO DE ACCESIBILIDAD: LA PERSPECTIVA RELACIONAL ENTRE POBLACIÓN Y SERVICIOS”; Anuario de Investigaciones, vol. XIV, 2007, pp. 201-209; Universidad de Buenos Aires Buenos Aires, Argentina.
- Débora Ferrandini (2011) “Algunos Problemas Complejos de Salud”

Mesa 1. Dispositivos subjetivantes

“Una mirada psicoanalítica de la violencia contra niños, niñas y adolescentes y sus efectos subjetivos. Intervenciones posibles desde el primer nivel de atención.”

Lic. Julieta Briamonte, Lic. Aldana Mackinze, Lic. Lucía Sceppacuercia.

“...La rayuela se juega con una piedrita que hay que empujar con la punta del zapato. Ingredientes: una acera, una piedrita, un zapato y un bello dibujo con tiza preferentemente de colores. En lo alto está el Cielo, abajo está la Tierra, es muy difícil llegar con la piedrita al Cielo, casi siempre se calcula mal y la piedra sale del dibujo. Poco a poco, sin embargo, se va adquiriendo la habilidad necesaria para salvar las diferentes casillas (rayuela caracol, rayuela rectangular, rayuela de fantasía, poco usada) y un día se aprende a salir de la Tierra y remontar la piedrita hasta el Cielo, hasta entrar en el Cielo (...), lo malo es que justamente a esa altura, cuando casi nadie ha aprendido a remontar la piedrita hasta el Cielo, se acaba de golpe la infancia y se cae en las novelas, en la angustia al divino cohete, en la especulación de otro Cielo al que también hay que aprender a llegar. Y porque se ha salido de la infancia (...) se olvida que para llegar al Cielo se necesitan, como ingredientes, una piedrita y la punta de un zapato.”

Julio Cortázar. Rayuela, cap. 36.

Introducción

Hablar de violencia implica pensar de manera compleja en torno a sus múltiples determinantes y conjugaciones: coordinadas sociales, familiares, institucionales, entre otras. A su vez, la articulación y consideración de lo intrapsíquico supone identificar los efectos subjetivos de la violencia que impactan en el modo de vincularse con los otros. Existen formas vivificantes y erotizadas de la transmisión de estos modos, a través de deseos e ideales, pero también formas mortificantes, como la repetición de la transmisión de lo no elaborado, no inscripto, los agujeros producidos por vínculos atravesados por la violencia que se reiteran desde el arrasamiento psíquico.

Existe una memoria de marcas corporales, de golpes, de agujeros psíquicos, de silencios, recuerdos traumáticos abolidos por una generación y expulsados hacia la generación siguiente.

A partir de estas coordenadas, en este trabajo se pretende retomar conceptos psicoanalíticos para hacer una lectura sobre la violencia, su implicancia en la vida

de las infancias, y dar cuenta de las intervenciones subjetivantes que habilitan otros modos de lazo social. A partir del relato de la experiencia grupal e individual con niños y niñas en el centro de salud de Troncos del Talar, en el partido de Tigre, Buenos Aires, se dará cuenta de cómo se enlazan la teoría y la práctica como dos caras de la misma moneda.

Desarrollo

Partimos de la definición de violencia en tanto el ejercicio absoluto del poder de uno o más sujetos sobre otro, el cual queda ubicado en un lugar de desconocimiento; esto es, no ser reconocido como sujeto de deseo y reducido, en su forma extrema, a un puro objeto. Resulta fundamental considerar a la violencia por su eficacia; la de anular al otro como sujeto diferenciado, sumiéndose en una pérdida de identidad y singularidad, que señala el lugar de la angustia (Rojas et al, 1990).

Retomando conceptos teóricos psicoanalíticos, es fundamental diferenciar la violencia estructurante de la violencia desestructurante, y así dar cuenta de cómo impacta de una u otra manera en la subjetividad de cada persona y en sus modos de vincularse.

Respecto de la violencia en su aceptación estructurante, diremos que debido al desvalimiento inaugural, el ser humano requiere de otro para vivir. Ese otro satisface necesidades vitales y al mismo tiempo va inscribiendo vivencias placenteras y calmantes, de esta forma se va constituyendo el psiquismo del infante. Este proceso de humanización requiere de la operatoria que Piera Aulagnier (1975) denomina violencia primaria como aquella violencia estructurante que refiere al otorgamiento de sentido, inevitable intrusión humanizante, que permite la estructuración del mundo representacional (p.33).

Lacan (2015), por su parte, propone pensar las operaciones alienación/separación en la constitución del sujeto. Sostiene que el sujeto nace en el campo del Otro, alienado al significante, éste pierde su ser y a partir de allí habrá identificación, como suplencia del ser. El Otro es entendido como lugar de reservorio de los significantes, como campo del lenguaje. Es a partir de ese campo del lenguaje, que el sujeto se hace la pregunta “¿qué quiere el Otro?”. Al encontrar la falta en el Otro habilita el lugar de deseo. “El sujeto encuentra una falta en el Otro (...) En los intervalos del discurso del Otro surge en la experiencia del niño algo que se puede detectar en ellos radicalmente - me dice eso, pero, ¿Qué quiere?-" (p.222) Desde esta perspectiva lo que se concibe como la operación de separación, supone el enigma del deseo del adulto.

¿Qué ocurre cuando ese discurso del cual el adulto es dador, resulta en sí mismo un discurso desde la violencia? ¿Posibilita la posición deseante o responde al

significante dándole un sentido que cierra el enigma y habilita la propia respuesta hacia otros semejantes o hacia sí mismo? Si se toman estas cuestiones como aquellas que aparecen como motivos de consulta, se pesquisa que aquella violencia aprehendida es reproducida por las infancias hacia sus pares: ***“Valentina relata que su papá estuvo en la guerra de Malvinas, el papá le dice que vio personas corriendo sin cabezas, el terror la invade, ella también las ve. Valentina se nombra a sí misma como sanguinaria, quiere matar a todas las personas y quiere morirse. Dice que es culpa de su mamá y su papá que le pegaban con el cinturón”.***

Las violencias que operan como desestructurantes tienden a romper conexiones psíquicas.

En este trabajo destacamos tres tipos:

La violencia por ruptura de barrera anti estímulo: S.Freud en el Proyecto de una Psicología para Neurólogos conceptualiza la construcción, en tiempos muy tempranos, de la coraza de protección antiestímulo, en la cual la pulsión de muerte está al servicio de Eros; es una especie de envoltura o membrana que hace las veces de filtro ante los estímulos externos y deriva de la introyección de la empatía materna (Neves y Hanson. 1994. p. 52). Si la barrera se constituye con graves fallas o los estímulos de dolor son hiperintensos, se da una hemorragia, un drenaje libidinal. De esta manera, cuando lo vivenciado se torna insoportable, el movimiento expulsor lleva a arrojar de sí toda representación que duela. El niño o la niña se retrae del mundo pero también se desmantelan los propios pensamientos, las fantasías, el mundo representacional se empobrece. Se evidencia en infancias con dificultades para aprender, para pensar, para recordar, donde prima la desmentida o desestimación de lo doloroso, apatía, abulia, el expulsar de sí la posibilidad de sentir: ***“Ludmila, Abril y Agustín son hermanos, llegan por indicación de la escuela porque no hablan. Su papá dice que son tímidos, su abuela dice que son igual a su mamá. Los tres llegan en bloque, los tres son dichos por una sola frase; no hablan. Una de ellas relata que su papá les pega, que la pareja de la mamá la espía cuando se baña, y que ella comienza a gritar para que la escuchen”.***

Otro de los tipos de violencia es por abandono; este tipo también implica la ruptura de la barrera antiestímulo por cuanto la retracción libidinal de quien ejerce los cuidados da como resultado que el bebé quede a merced de las propias sensaciones internas, de desbordes pulsionales. Se instituye una deficitaria diferenciación entre mundo interno y externo. No se cuenta con un Otro que auxilie en el movimiento ligador aportando experiencias calmantes, no se crea investidura de atención del mundo, el mundo no está libidinizado. ***“Santino, de 10 años, tiene explosiones de enojo que culminan en derivación a***

guardia del hospital donde le imparten un “rescate”. La justicia determinó que sus padres con consumos problemáticos de drogas lo han expuesto a situaciones de gran desamparo por lo cual lo trasladaron a un hogar de tránsito. Hace tres años se encuentra en esta condición. Cambió varias veces de escuela y dos de hogar. Una familia tuvo intenciones de adoptarlo junto con su hermana pero a él lo rechazaron luego de una de sus “crisis”.

Por último, la violencia debido a fallas en el proceso de diferenciación. Winnicott (1979) plantea un primer momento de fusión del bebé con el adulto cuidador donde son solo uno, una unidad. El concepto de madre suficientemente buena, supone que podrá ir adaptándose a las necesidades de su bebé en cada momento. Gradualmente en la medida en que el bebé se desarrolle podrá ir separándose, frustrándolo, en el camino a la individuación e independencia (p.40). Si hay fallas en este proceso, se puede pensar en formas de la violencia: persiste un vínculo de indiscriminación, se habla por el otro, se lo maltrata tomándolo por objeto, hay una identificación especular con el niño y frente a su desborde pulsional se le devuelve la propia desesperación. Se evidencia a través de vínculos de pegoteo, incestuosos donde lo hostil intoxica. Se constata que cuando se abren al mundo, la violencia disminuye. ***“Una mamá consulta por su hija, Bianca de 11 años, por dificultades en el aprendizaje. Entre preguntas, relata que duerme con su hija, que se baña con ella. Agrega que también la observa, quiere estar atenta a cada cambio en su cuerpo y chequear su desarrollo, no quiere que tenga ninguna marca. Relata que en su infancia fue abusada por su padre, y tiene terror de que a su hija le pase lo mismo.”***

Intervenciones posibles: construcción de escenarios alternativos

A partir del concepto de potencialidad psicótica de Piera Aulagnier (1975, p.191) y equivocándolo, planteamos que existen condiciones necesarias para la reproducción de la violencia pero no suficientes. Los psiquismos son abiertos y nuevas experiencias pueden dejar huella marcando recorridos libidinales inéditos. Algunas de las propuestas para la intervención tienen en cuenta el descentramiento del paciente designado, el trabajo con la familia, el abordaje en grupos, en entrevistas vinculares, entre otros. Centradas en la recomposición del lazo social, en operar sobre las diferencias, habilitando distancias entre los sujetos, apuntalando legalidades, prohibiciones.

Para dar cuenta de las prácticas subjetivantes que posibilitan construir una nueva realidad posible en las infancias y adolescencias, se señalan algunos de los elementos fundamentales en el trabajo grupal con infancias en el Centro de Salud de Troncos del Talar, en el partido de Tigre, provincia de Buenos Aires, y algunos ejemplos que reflejan la potencia del encuentro y el lazo grupal.

Jorge Fukelman (1991) sostiene que la niñez se construye en el juego y parafrasea a Àries al decir: “porque hay juegos hay niños” (p. 191). A través de hacer espacio a la enunciación, propiciar el juego como praxis creadora; como reelaborativa de lo contingente, habilitar el lugar a las distintas manifestaciones de lo impulsivo, de lo que no se escribe y no pasa por el tamiz del significante, para establecer las coordenadas del síntoma como lo propio, como lo subjetivo, se concreta un espacio grupal para compartir y construir relatos, a través de las palabras y a través del juego. Desde fines de 2022, niños y niñas de entre 6 y 11 años concurren al espacio semanal grupal que se sostiene en coordinación conjunta. En cada encuentro se realiza una ronda al comenzar, donde se propone seleccionar y contar una situación vivida durante los días anteriores, o alguna novedad o relato que quieran compartir con el grupo, como forma de hacer borde a aquello que desborda; hay quienes optan por no decir, y quienes optan por hablar con el cuerpo además de la palabra. Niños y niñas expresan con sus cuerpos (jugando y no jugando también) y sus palabras (cuando pueden) aquello que les está pasando. Cuando algo del cuerpo en construcción se ve afectado, esto tendrá diferentes efectos en la constitución subjetiva.

Una tarde, en la ronda inicial del encuentro una niña elige relatar lo que se destaca en una angustia que hace tiempo viene silenciando; su mamá le pegaba cuando era más chica, y le pegaba en lugares “que no se veían”. El asombro de sus compañerxs hace que expresen su cara de sorpresa; comenzamos a hablar, a forjar algo del dicho, de lo que no se debe hacer, pero por otra parte habilitando el “sucede aunque no se deba”. La charla va llevando a nombrar otras formas de violencia; en ese momento otrxs niñxs hacen uso de eso que se inaugura en la unidad del grupo: uno relata que a él también le pegaban cuando se “portaba mal”; otro menciona que su papá le pegaba con un cinturón cuando no hacía caso; surge el relato de otro niño que cuenta que a su prima su tío le pegaba también... la niña del comienzo relata entonces una situación de violencia sexual padecida años atrás; sus pares la escuchan atentamente; un niño se ríe nerviosamente, nos mira y se tapa los oídos: “está contando cochinas!”.

Esta niña, hacía algunos meses, había iniciado un juego que sostenía la mayoría de los encuentros, y que consistía en construir “una casita” con piezas encastrables de un piso de goma eva; a este jugar se sumaron otras niñas y un niño, quienes colaboraban en el armado de las “bases” de la casa, sus paredes, hubo un techo sostenido de una punta que se tambaleaba pero cubría lo necesario; luego aparecieron paredes de habitaciones, elementos de cocina, una puerta que daba al exterior. Semana a semana, la casita se desarmaba y se volvía a armar: había constructores nuevos, otros/as que mantenían el proyecto de construcción desde el comienzo hasta el final de cada encuentro; visitantes que querían pasar sin tocar la puerta o atravesando paredes, anfitriones que pedían por favor que esperaran para entrar; la casita dejaba de ser casita y se



transformaba en restaurant o heladería, según la ocasión: vendedores y clientes intercambiaban hamburguesas de plástico, gaseosas hechas con frascos vacíos de remedios, pelotas de colores que se transformaban en helados de diferentes sabores. La casita se construía en diferentes lugares según el día: en el pasto, dentro del SUM; en esa(s) casa(s) había risas, discusiones, charlas, abrazos, alguna pelea, enojos, sorpresas... pero sobre todo, risas y complicidad.

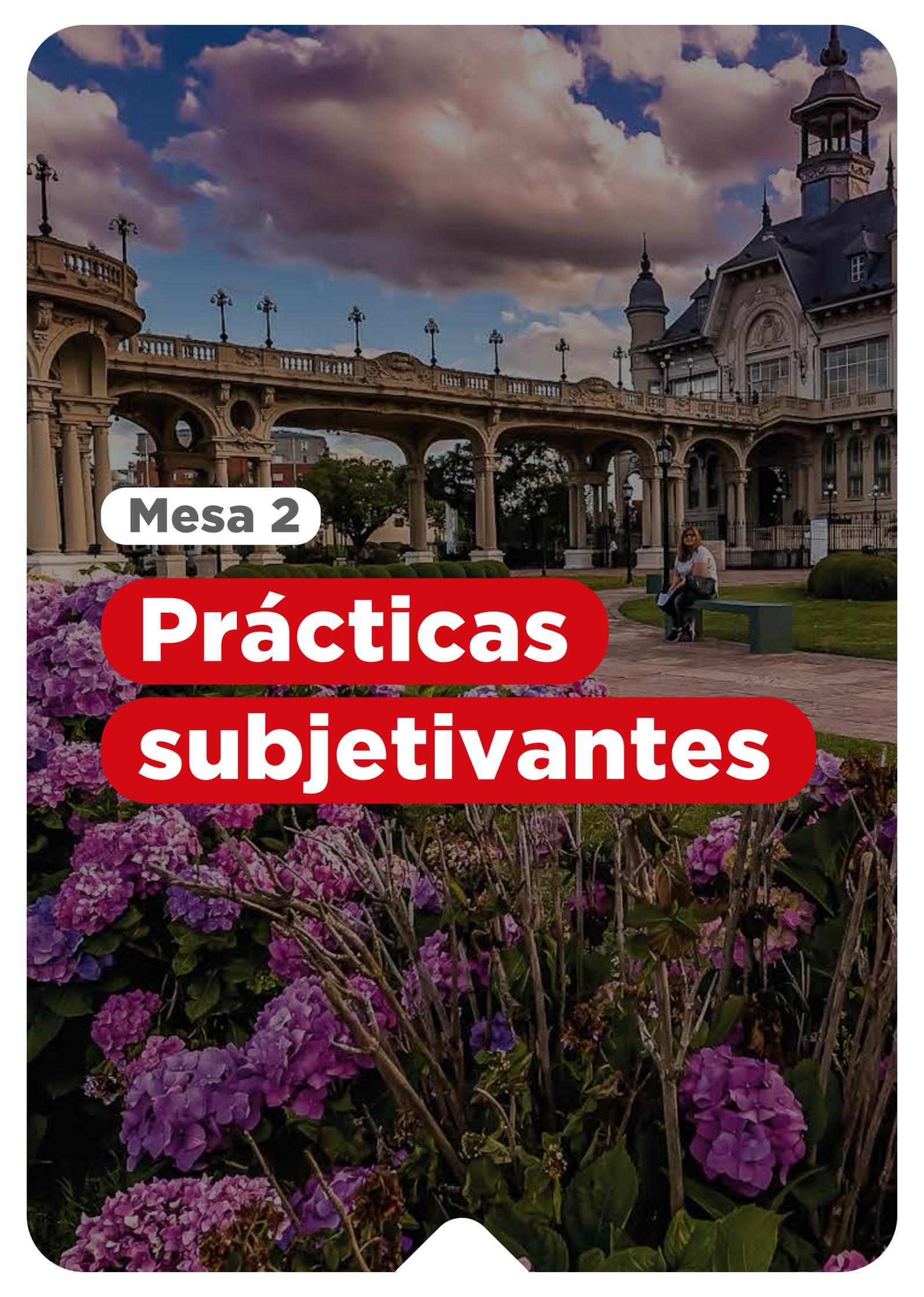
Tomando palabras de Rodulfo (2019), se sostiene que “es tan posible analizar a un niño que juegue sin hablar, como imposible analizar a uno que hable sin jugar, tenga la edad que tenga” (p. 21). ¿Será que para este grupo de niñxs el hablar se habilitó a partir del jugar? ¿Sería posible hacer una distinción clara entre qué vino primero y qué después, si el relato verbal o el juego? ¿O será que se construyen en paralelo, y que el jugar dio lugar a lo infantil, a experimentar nuevas situaciones en el presente en niñas y niños cuyos cuerpos de la niñez, al decir de Benassi (2018) han sido ultrajados, violentados, sustraídos? Si bien estos son interrogantes que, lejos de cerrarse con una única respuesta, invitan a seguir ampliando posibles miradas, escuchas y juegos en el trabajo con niñxs, se podría pensar que este trabajo (que no es sin jugar) puede habilitar la construcción de escenarios diferentes a los conocidos (y, muchas veces, itan temidos!) en las infancias; habilitar la construcción de otras “casitas”, donde se pueda elegir a quién invitar, donde se pueda poner límite al que quiere entrar sin permiso, “casitas” que puedan ser refugio y transformarse según la necesidad, “casitas” en donde se pueda discutir, enojarse, entristecerse, y poner palabras a esas situaciones sin recurrir a la violencia.

Conclusiones

A partir de lo desarrollado hasta aquí se pone en relieve el papel fundamental que ocupa la violencia en el discurrir de la vida de cada sujeto inmerso en una comunidad, aún en procesos que no operan de manera tangible. Es decir, no solo se vislumbra en el jugar y en el relato del niño o niña, o el de su familia, sino en la disposición del cuerpo en el vincularse con los otros y las maneras de posicionarse frente a las contingencias. De esta manera, se da en el grupo lo innombrable, lo incómodo y el alivio. El grupo habilita transitar otros nombres de la violencia, subjetivando y compartiendo que aquello que los desune en su familia, los une en su grupo. Pensar en clave de subjetivación permite habilitar la disponibilidad y temporalidad como sistema abierto, que no cierra sentidos, que permite algo de lo improductivo, en términos de salir de la lógica de productividad de los dispositivos. De aquello que cobija y produce un efecto de afectación de las personas que ocupan un rol en la comunidad, que se agrupan circunstancialmente, pero que supone un acontecer comunitario. Dirá para ello Blanchot (2002) “La existencia de cada ser reclama lo otro o una pluralidad de otros (...) Reclama, por eso, una comunidad.” (p.20)

Referencias Bibliográficas

- Blanchot, M. (2002) La comunidad inconfesable. Editora Nacional, Madrid.
- Benassi, F.; Codina, L. (2018). Desamparo violado. Traición a la dependencia. Acerca del abuso sexual intrafamiliar. Ponencia, Congreso Internacional de Psicoanálisis. Facultad de Psicología Universidad Nacional de Rosario.
- Castoriadis Aulagnier P. (1975) La violencia de la interpretación. Del pictograma al enunciado. Buenos aires-Madrid. Amorrortu editores.
- Cortázar, J. (2007) Rayuela. Buenos Aires: Punto de Lectura.
- Fukelman, J. (1991) El niño y el psicoanálisis. Vertex: Revista Argentina de Psiquiatría. N°5. Buenos Aires: Editorial Pólemos. S.A.
- Janin, B. (2010) El sufrimiento psíquico en los niños Conjunciones. Novedades educativas
- Janin, B. (1991) Violencia y subjetividad, en Infancia y Violencia. Revista Cuestiones de infancia: Revista de psicoanálisis con niños y adolescentes. Vol 2. Uces.
- Lacan, J. (2015) El seminario 11: los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós.
- Neves, N. y Hasson, A. (1994). Del suceder psíquico, Buenos Aires: Nueva Visión.
- Rodulfo, R. (2019). En el juego de los niños. Un recorrido psicoanalítico desde las escondidas hasta el celular. Buenos Aires. Paidós.
- Rojas, M.C; Kleiman, S.; Lamovsky, L; Levy, M; Rolfo, C. (1990). La violencia en la familia: discurso de vida, discurso de muerte. Revista de Psicología y Psicoterapia de Grupo. N°2, XIII.
- Winnicott, W. (1979) Realidad y juego. Barcelona, Gedisa.



Mesa 2

Prácticas

subjetivantes

Mesa 2. Prácticas subjetivantes

Relato de experiencia de moderador/a.

Gabriela Amoroso.

Crónica Jornadas 2023 Tigre

Las siguientes reflexiones surgieron de la lectura de los cuatro trabajos presentados.

En cada uno de ellos se verifica la preocupación de los profesionales intervinientes en poder pensar, su posición y sus intervenciones desde la ética del psicoanálisis. Si bien se tratan de presentaciones diferentes, algunas de índole del uno por uno, y otras desde un abordaje colectivo, lo que salta a la vista es el cuidado con que se busca poder llegar a alojar a los sujetos que consultan. En el ámbito público, que es en el cual se dan estos encuentros, muchas veces el pedido de atención no viene desde el “posible paciente”, entonces se trata de realizar un arduo trabajo de convocatoria y oferta de la escucha, para finalmente generar que se produzca una genuina demanda de atención.

Otras veces las presentaciones actuales que vienen más del lado de la actuación que de la palabra, requieren un trayecto paciente del lado de los analistas, a fin de ir desgranando de esas escenas gozosas, algunos significantes que permitan construir una lógica fantasmática que aloje al propio sujeto. Esto le permitirá comenzar a leer su posición, más allá de los nombres propuestos desde el Otro, bulimia, anorexia, adicciones, cutting, etc.

Se preguntan por la queja de que los pacientes no se “adhieren al tratamiento”. Puntualizan que es una afirmación estéril ya que reniega de la dificultad príncipes de esos sujetos en cuestión, quienes habiendo quedado abandonados del Otro, no han podido hacer lazo y requieren de nuestros artificios para construir un lazo que los aloje dignamente en su singularidad. Cuerpos que hablan en sus cortes y adicciones, sujetos que hay que invitar a hablar prestando la escucha interesada y atenta del analista. Propiciar un decir, un despliegue discursivo que aloje la causa. Que se construya allí donde sólo hay marca, transformándola en huella, palabra, decir, discurso. Discurso que el sujeto podrá leer, para recién después separarse y armar un recorrido que le sea propio.

En “El deseo del analista frente a la fragilidad del lazo social” de Inés Tomé, podemos señalar la diferencia que hay cuando un sujeto en una guardia

psiquiátrica se encuentra con el deseo de un analista. Allí vemos la eficacia de una intervención creativa, inusitada.

“Beatriz” se encuentra internada por los cortes que se realiza, no está dispuesta a hablar. La analista toma un libro que yacía sobre la cama, se interesa, pregunta. La paciente responde dándole otro libro de la misma autora. La analista abre el libro donde se encuentra el señalador y relee en voz alta el relato de alguien que dice tener una vida desdichada., se detiene y relee la frase. “Ella se siente como una lámpara que se apaga”, “Beatriz” mientras tanto, silente, deja ver el objeto cortante que escondía entre sus cigarrillos. La analista lo toma. La paciente consiente. Me resulta interesante cómo releer en voz alta esa frase, tiene estatuto de interpretación. Es la analista quién sale al encuentro, se atreve a recortar de un texto escrito lo que toma estatuto de significante que representa al sujeto , lo cual produce que se entregue el objeto con el cual la paciente se lastimaba. Atrevimiento de un analista que no se queda esperando. Deseo del analista que empuja más allá .

“En una mirada que no fue anónima” Silvana Verrocchio se pregunta por la participación del analista en entrevistas preliminares con presentaciones actuales en dispositivos públicos y cuya demanda no proviene del propio sujeto. Luego de un sostenido trabajo el objeto mirada se logra recortar y cae, en una producción poética que ofrece a su analista. Producción que cifra el nombre de la analista y la caída del objeto gracias al amor de transferencia, y a un deseo que no es anónimo.

En “La construcción de una transferencia institucional como posible inicio de un tratamiento”, profesionales de distintas disciplinas del centro Eva Giberti describen cómo han pensado un dispositivo abierto y flexible que busca poder alojar a los sujetos que a él se acercan desde distintos dispositivos de forma de construir alternativas de cuidado y escucha de la particularidad de cada caso. Sostienen la potencia adolescente, y al apostar a ella la hacen surgir. Uno de los casos presentados es el de Ramón quien es recibido casi diariamente junto a sus padres que están en situación de calle. Desayunan y mantiene entrevistas con distintos profesionales. Así lo van conociendo y rescatando “pequeños gustos y sentires” permitiendo un despliegue de los mismos a fin de que el joven vaya pudiendo hablar de sus vivencias en situación de consumo. Y pueda sostener con sus intermitencias el espacio de tratamiento.

Secreto a cinco voces: un caso de abuso sexual infantil, es el trabajo donde La Dra. Mónica Francesconi nos presenta un singular caso donde desde su rol de

médica psiquiatra aloja el caso de una mujer joven, con una personalidad escindida en cinco voces. Alina sólo se reconoce en contradicción con sus “otras”. Es gracias a su escucha atenta e interesada que sostiene a la paciente a fin de que pueda ir armando el rompecabezas que la habita. El cuidado en la medicación para que calme pero no acalle al sujeto, y su trabajo en articulación con la psicóloga tratante a fin de “pensar una operatoria que restituya mecanismos no tan alienantes” generan que finalmente se produzca cierta integración. “esas que antes no sabía si eran yo, ahora creo que son partes mías. El rompecabezas ahora empieza a encajar.”

Los trabajos presentados muestran en cada caso, cómo se recibe a quien se acerca, el cuidado en respetar la singularidad de ese encuentro, el interés y el tesón por que la palabra aparezca.

Se nota que no es fácil, es arduo, artesanal, sutil, sostenido. Pero también son analistas que además de esperar la ocasión de su intervención, salen a buscarla, a provocar a ese sujeto que suponen, para que pueda advenir lector.

Lo que me resta agregar es que lo singular de cada sujeto que nos aborda no surge sin lo singular de ese analista, o profesional, que lo recibe. No es un deseo anónimo, ni una forma de sostener el deseo general. Cada analista pone en juego algo de sí, algo único en ese alojamiento, en su forma de dejarse tomar por el objeto del analizante. Sostener en el semblante eso que no sabemos qué es pero a lo que se le hace lugar a fin de que pueda ser tratado. En la transferencia somos eso. Hacer entrar al objeto en el semblante, prestarse ahí para que se produzca el amor de transferencia no solo en su cara de sujeto supuesto al saber sino como puesta en acto de realidad sexual del inconsciente. Son los momentos donde hay tensión, reclamos, pasión, no funciona la interpretación, convocan al acto, al artilugio, que logre hacer caer el objeto.

Llamados al lugar de lo no sabido el analista debe sostener lo que del objeto se sube a la escena analítica que muchas veces no sabe que es. Lo que sí sabe, es que de su intervención depende que el analizante logre sustraerse de su sometimiento al goce del Otro.

Mesa 2. Prácticas subjetivantes

“Secreto a cinco voces”

Psiquiatra Dra. Mónica Francesconi.

Secreto a cinco voces: un caso de abuso sexual infantil

Deja caer su cuerpo en una silla y pese a sus 30 años, Alina llora como una criatura. Tras un par de meses de internación, continúa con atención psicológica y tiempo después le soy asignada como psiquiatra en el CAFyS Talar Sur. “Convive con su marido”, dicen sus acompañantes, “se enoja, se encierra, hace meses intentó clavarle a él un cuchillo, pero él se defendió. Estaba nerviosa, su familia política la culpó porque en su presencia murió un cuñado, pero fue por un ataque cardíaco”. Alina se rebela: *“fue una injusticia. Los años que consumí drogas fue porque a los 13 me abusó un remisero”*. Desde que la acusaron, no cesan sus fugas nocturnas, los episodios de agresividad, los de desorientación, los de amnesia. “Ve bichos, siente que le aprietan el cuello. Tiene miedo. De chica fué abusada. Luego prostituida por varios años”, agrega la hermana que, a partir de la externación, se ocupa de que la joven haga el tratamiento ambulatorio. Aunque la impulsividad ha disminuido, las alucinaciones no cesan, la ponen en riesgo. La medico con un antipsicótico incisivo.

A la segunda consulta entra sola, más tranquila, y abandona su pasividad. Dice sentirse muy mal: *“Cuando amenacé a mi marido con el cuchillo no sabía que era él, estaba recordando a quien me violó pero no me podía defender... No sé si la que habla soy yo, o es Graciela, que sale de mí pero no es yo, o la que habla es la que no sabe. No me sé explicar, pero es así”*. Toma mi birrome y dibuja.

“Se me hace un rompecabezas”, añade. Ella es el pequeñísimo rectángulo tangente a un gran círculo que contiene otros. El gran círculo subsume en los otros más pequeños a *“Graciela, la mala; hay otra que tiene miedo de todo; esta de 13, que se entrega como nada; hay otra que esta triste, llora; ésta, la nena, soy yo, que no sé qué hacer; ésta otra es la no sé, está creciendo en este vacío; la última que apareció no sé cómo se llama, tengo miedo que tenga un nombre diferente al mío y se quede afuera”*. *“Graciela, la mala”* toma el mando cuando decae la fuerza que hace Alina para impedirle salir: *“está enojada porque esta encerrada, quiere ser libre”*, me aclara.

Sus esfuerzos para evitar que “Graciela” salga y quede afuera, muestran su sujetamiento al Inconsciente sin tener ella un claro emplazamiento inconsciente como sujeto. Tras haber soportado mecanismos de disociación o de escisión Alina sólo se reconoce en contradicción con sus “otras”.

Es capaz de percibir y registrar, aunque el Yo, como instancia, se abstenga de tal registro y esté afectado sin saber bien qué lo afecta. Su presentación sin dominancia neurótica ni francamente psicótica, impone distinguir entre lo inconsciente y la subjetividad, que según su croquis, permanece al margen de su aparato psíquico: Alina conserva cierta articulación lógica, cierta conciencia de su existencia, y se esfuerza por delimitar una posición subjetiva ante sí misma. ¿Qué significan estas partes que no reconoce tan propias y flotan en el “vacío donde algo crece”? ¿Este vacío será una potencia causal intacta en su aparato psíquico? ¿Qué relación guardan estas personalidades con el funcionamiento que las sostiene? ¿Son de carácter sintomal, una defensa neurótica, disociativa? ¿O un trastorno en el proceso subjetivo de producción psíquica? ¿O dan cuenta de algo enquistado de manera patológica?

Su croquis es un cúmulo de fragmentos provistos de enunciados que transmiten valores y afectos. Disociados o escindidos, representan los modos coagulados con los cuales se instauró la subjetividad: “son otras, no, son yo...”. No provienen del exterior, aunque por el lado del sujeto la cuestión es borrosa: Alina sufre no saber ya quién es. Parecería que un desmantelamiento del yo propició su relevo por otras subjetividades, alienadas, ficticias, pero no exentas de cohesión; y que tal desmantelamiento obedeció a algo externo que lejos de internalizarse activamente, impactó en su psiquismo dejándolo inerte.

Encuentro tras encuentro el relato deshilachado va tomando forma. Infiero una oportunidad de elaboración con efectos subjetivantes e intento ponerme en contacto con su psicóloga. ¿Podemos pensar alguna operatoria que restituya mecanismos no tan alienantes?

1

En sus primeros escritos, Freud enlazó este estado de escisión disociativa con el trauma. Un trauma es como una fuente de ideas que resultan incompatibles con el estado normal de conciencia, y la existencia de tales ideas (incluso, aunque sean benignas, como por ejemplo, la percepción de un deseo sexual inapropiado) se considera traumático (como en el caso de la paciente, la señorita Elizabeth von R.). Estas representaciones, así como los estados mentales y su correspondiente funcionamiento asociados, existen en otra parte, fuera del alcance del estado normal de conciencia (Freud, 1895 d, p 90). Tal como Breuer aclara, “la parte de escindida de la psique [...] en nuestros casos, es llevada a la oscuridad” (p. 288).

Hacia el final de su vida, Freud retoma la idea del enlace entre la escisión disociativa y el trauma y en su obra *Der Mann Moses und die monotheistische Religion*, habla del intento de «conciliar las partes del yo escindidas por la influencia del trauma con el resto [...]». Pero un intento como éste [...] desemboca a menudo en la total devastación y fragmentación del Yo o en su superación a través de la escisión temprana dominada por la acción del trauma”(Freud, 1939a, p 183)...

El “rompecabezas”, el “vacío que crece”, y esas terceras personas del singular, sugieren una historia traumática. Responden a un tipo de disfunción caracterizado por la desarticulación entre el afecto y la representación, a algo excluido de la tramitación psíquica, a fallas en la conformación y el entramado de las vivencias, como si al interior del aparato psíquico los acontecimientos hubieran actuado cual cuerpo extraño y quedarán inscriptos como intromisiones. No aparecen como un recuerdo o una representación, sino como evocación de sensaciones: *“cuando amenacé a mi marido con el cuchillo no sabía que era él, estaba recordando a quien me violó pero no me podía defender...”*. Es un trozo de lo vivido, percibido ante una situación que resultó traumática, que irrumpe desde otra escena. “Signo de percepción”, es el concepto metapsicológico de esta peculiar “huella de la memoria” asociada a inscripciones originarias de elevada intensidad; originarias no por primeras, sino por lo que da origen a.

El terror sostenido en el pánico a perder la vida -angustia de muerte- pudo favorecer la implantación de nuevas subjetividades, e imponer una nueva forma de referenciarse que estabilizó al yo gracias a ese nuevo corpus representacional. Los precursores de estas subjetividades no vendrían del lado del afecto, que en ellas permanece intacto, sino de la sujeto que padece: “la que tiene miedo de todo, la nena que llora, la que no sabe qué hacer, la Mala” que si sale, podría volverse contra la propia persona, y “la de 13”, que ejerce una sexualidad sin represión.

¿Cómo lo que provino de afuera comenzó a operar adentro?

Una niña que ha atravesado un abuso sexual está en dificultad. Aún con pleno funcionamiento de los procesos simbólicos, no puede simbolizar la experiencia. El plus traumático introducido por el otro obliga a un proceso psíquico que implica una latencia que no es un período evolutivo, sino un destino de la sexualidad. La historia que Alina narra no es acotencial, sino traumática: de ahí

...Mientras que Freud apenas menciona esta forma de escisión disociativa más allá de sus primeras obras, esta idea jugó un papel central en el pensamiento de Ferenczi. Éste situó la fuente primaria de los trastornos emocionales en un trauma, especialmente si estaba vinculado a una sexualización prematura del niño, a partir del cual se sigue de forma típica, la escisión disociativa. En su famosa obra “Confusión de lenguas entre los adultos y el niño (el lenguaje de la ternura y la pasión)” (1933), escribe, “no hay shock, no hay horror sin indicios de una personalidad escindida” (Ferenczi, 1982 [1933], S. 311). Esta escisión suele tener como consecuencia que una parte de la personalidad regresa a una “felicidad pre-traumática” y otra desarrolla repentinamente “las capacidades futuras preformadas virtualmente en él”, así como, “todos los sentimientos que una persona madura desarrolla” (ibid.), incluyendo sus capacidades intelectuales. Estos diferentes estados y funciones de la conciencia, que coexisten en cierta medida y que, en casos extremos, dan paso a un trastorno de personalidad múltiple, pueden ser considerados como una continuación de la idea de Freud acerca de una escisión disociativa (ver Bokanowski 2009).

sus imprecisiones, sus fallas temporales... Los signos de percepción, reactivados por sus representaciones pre-simbólicas, participan de una causalidad psíquica inevitable y difícil de desentrañar pues actúan por influencia, desplazamiento, conversión en lo contrario, vuelta contra sí misma... En las brechas del relato, en lo no recordado, y en sus subjetividades sustitutas, pueden leerse los efectos tardíos de la falta de ligazón entre afectos y representaciones.

Entre la infante abusada y la adulta que narra, se ha desplegado un bloque de alteraciones, donde nunca hubo algo oculto. Simplemente, el contenido era demasiado grande, no pudo simbolizarse y su tramitación afectiva obsesiona y altera el propio recorrido: su estatuto secreto fue reemplazado por simples continentes o cajas, cuya función fue suprimir las relaciones formales. Alina percibe lo que era indiscernible y su poder de mutación: “Como yo no quería acordarme de las cosas malas las empecé a guardar en cajas, entonces con las cosas buenas empezó a pasar lo mismo”.

Las expresa en una lengua rota y encarnada en cinco voces “otras” y un vacío horroroso, signos de un destino de la sexualidad que puede colegirse bajo la forma de un secreto. Este secreto mantiene su estatuto, su indiscreción y su transparencia en las distintas personas que han devenido “cajas”, continentes de contenidos oportunamente aislados o disfrazados (lo aterrizante, lo culposo, lo vergonzoso, lo iracundo, lo angustioso).

Las personalidades que anidan en Alina relevan un contenido histórico infantil: “...no quería acordarme de las cosas malas, las empecé a guardar en cajas...”. Más tarde confiesa: “Las guardaba en cajas y me las olvidaba. Ahora soy más yo. Esas que antes no sabía si eran yo, ahora creo que son partes mías. El rompecabezas empieza a encajar. Tengo mucho miedo, pero me siento capaz de salir sola. Ya me pasó, tengo que afrontarlo, yo puedo”, me dice.

Percibe algo que antes no, que coexiste en ella y la relanza a comprender la realidad. Su Yo, como instancia, pudo abstenerse, pero su subjetividad es capaz de registrar. Parte del trabajo terapéutico es retomar los enunciados de sus otras no como efecto de lenguaje, sino como idea de los afectos con los cuales se produjo su subjetividad, para que en vez de remitirla a un juego de percepciones y reacciones disociadas, lo secreto deje de ser una forma coagulada y pase de ser un contenido bien localizado o acaecido, a algo a desentrañar, en una búsqueda que no es resolver un conflicto.

Las entrevistas psicológicas sirvieron para que su inconsciente empezara a constituirse en una forma del secreto en lugar de ser solamente una caja. Cuanto más lo convierta Alina en una forma organizadora y estructurante, más insignificante devendrá lo traumático, y más disolverá su forma de secreto.

La asignación de una culpa que no le correspondía conmovió eso que no se pudo integrar a su subjetividad, reintroduciendo una potencia desalienante. Ya sabremos si en el proceso, Alina logrará mayor consistencia como sujeto de inconsciente, o seguirá alienada en la serie de irradiaciones tardías de lo traumático.

Referencias Bibliográficas

- AGUIAR, Elina: Violencia y pareja.
<https://www.apdh-argentina.org.ar/sites/default/files/u6/violencia%20y%20pareja.pdf>
- BLASS, Rachel B.: La conceptualización de la escisión. Acerca de los distintos significados de la escisión y sus implicaciones para la comprensión de la persona y el proceso analítico. Trabajo presentado en la Reunión de Primavera de la Asociación Psicoanalítica Alemana en Berlín el 9 de Mayo de 2012. Traducido y publicado en Aperturas Psicoanalíticas con autorización de la revista número 0442013.
- BLEICHMAR, Silvia: Clínica psicoanalítica y neogénesis. Amorrortu 2001
- Estallido del yo, desmantelamiento de la subjetividad. 2006
<https://www.topia.com.ar/articulos/estallido-del-yo-desmantelamiento-de-la-subjetividad>
- DELEUZE, Gilles y GUATTARI, Felix: Recuerdos del secreto. Mil mesetas. Ed. PRE-TEXTOS 2020.
- MORENO, Julio: Ser humano: la inconsistencia, los vínculos, la crianza. Ed Letra Viva 2014
https://www.google.com.ar/books/edition/Ser_humano/QBSEEAQAQ-BAJ?hl=es&gbpv=1&printsec=frontcover
- ROJAS, María Cristina: Secretos y verdades en la familia: su incidencia en las problemáticas de la niñez. Constr. psicopedag. [online]. 2010, vol.18, n.16, pp. 24-33. ISSN 1415-6954.
- WAINSBROT, Daniel: Eso que no puede decirse no puede callarse. Rev. Topia. <https://www.topia.com.ar/articulos/eso-que-no-puede-decirse-no-puede-callarse>

Mesa 2. Prácticas subjetivantes

“Una mirada que no fue anónima”

Lic. Silvana Verrocchio.

“Las casualidades nos empujan a diestra y siniestra, y con ellas construimos nuestro destino, porque somos nosotros quienes lo trenzamos como tal. Hacemos de ellas nuestro destino porque hablamos, creemos que decimos lo que queremos, pero es lo que han querido los otros (...) Somos hablados y, debido a esto, hacemos de las casualidades que nos empujan algo tramado”.
(LACAN, 1975-1976, pág. 160)

Selecciono esta cita del Seminario 23 de Lacan, para introducir con un caso clínico la pregunta que me acompaña desde el inicio de mi práctica en la Subsecretaría de Salud Mental, consumos problemáticos y violencias en el ámbito de la salud pública. ¿Qué participación tiene el analista en las entrevistas preliminares con presentaciones actuales en dispositivos públicos y cuya demanda no proviene del propio sujeto? ¿Cómo hacemos entrar a estos síntomas actuales en un espacio analítico?

En las instituciones públicas nos encontramos “a cielo abierto” con estos fenómenos: “Sujetos que pueden presentarse totalmente desenchufados del Otro o con un lazo absolutamente precario” (ESQUÉ, pág. 2) sujetos con identificaciones lábiles, deprimidos, desvitalizados, “panicosos”. Sujetos cuya voluntad de goce aparece en primer plano y de manera manifiesta. Hay aquí otro cuerpo, no es el cuerpo de las neuropsicosis de defensa freudianas, son cuerpos que no hablan. Una dimensión actual del cuerpo que, pensamos, conlleva una intervención particular por parte del analista.

Caso “Omar”

Omar concurre al CPA en el año 2008 derivado por una psicóloga del CAFyS de Almirante Brown con diagnóstico de distimia, insomnio, angustia, llanto, agorafobia, ideas de persecución, miedos difusos y consumo problemático de alcohol. De este último dice “me ayudaba a enfrentar situaciones con la gente”. Se le propone la incorporación a un grupo, pero refirió no sentirse identificado ni hallarse en el mismo. Manifestaba incomodidad de estar con otros. Ruborizarse y transpirar mucho, son síntomas que también le producían miedo. Sus recaídas

eran de consumo irrefrenable de alcohol, hasta de 5 días seguidos. Ha llegado a tener episodios de mucho temblor y no reconocer a la mujer, con quien además tenía un hijo de un año.

Durante aproximadamente dos años, su concurrencia al Centro fue muy irregular. Oscilaba entre una abstinencia endeble, que le permitió por ejemplo terminar la primaria, y recaídas que luego lo dejaban tirado en la cama durante 15 días, alimentándose muy mal. Interrumpe tratamiento. No terminaba de anclar.

Es muy frecuente escuchar sobre estas interrupciones: “no adhiere a tratamiento”. Pero preguntamos: ¿Por qué esperamos que “adhiera a un tratamiento” si ubicamos en estas problemáticas dificultad para hacer lazo? Es por ello que arrimamos aquí la idea de la importancia de construir ese lazo. Podríamos pensar que es un tratamiento en sí mismo este tiempo preliminar, de armado delicado, cuidado y de constancia, de un lazo que esté ahí. Esto para mí es crucial, ser dóciles al goce del otro, sostener, estar para alguien, para que pueda hacer su propio recorrido. Y la necesidad de “poner el cuerpo” por parte del analista allí.

Esta idea la tomamos de lo que propone Lacan (1971-1972) respecto de las entrevistas preliminares que describe como “confrontación de cuerpos” (p. 224) subrayamos allí el plural, ambos cuerpos; el del analista también. Podemos hacer un razonamiento similar a la hipótesis de Freud (1916-1917), quien sostiene que hay dos fases en el trabajo terapéutico: 1) Libido esforzada a pasar de los síntomas a la transferencia 2) libra batalla en torno al nuevo objeto (analista) y otra vez se libera de él a la libido. Podríamos decir que en estos casos que se trata de tres. En una fase 0, proponemos un forzamiento transferencial introduciendo otro cuerpo –el del analista– al modo del palo en la boca del cocodrilo. Forzamiento que posibilitará un anclaje “al Otro” de esa pura cantidad traumática y a la deriva.

Sabemos que las instituciones pueden ser un buen lugar para alojar el desamparo, atajar la errancia. Y apostamos allí a los efectos psicoanalíticos, pues nada tiene estatuto de síntoma hasta que no haya una escucha que se le adhiera.

Omar reingresa al CPA a sus 32 años, en el 2012. “Me traen las ganas de estar bien”. La analista con quien había tenido entrevistas anteriormente ya no trabajaba allí. Y en esa primera entrevista le dice a la analista que lo recibe: “ay... esos ojos”. Es Omar en realidad quien tiene una mirada intimidante y penetrante, como si tuviera los ojos abiertos “en más”. La secretaria hace un comentario al respecto, de cierta incomodidad por su mirada.

Refiere estar consumiendo alcohol desde hace dos meses sin parar. “Quiero mejorar mi salud, que más que nada, es mental”. Ya separado, con su hijo mayor de 4 años y una niña de 2 años a quienes no podía ver.

Aparece también su miedo al atravesar una puerta, miedo por lo que va a ver afuera. Miedo a salir a la calle. Insomnio.

En una entrevista relata haber ido a anotarse para empezar el colegio secundario pero que vio que eran “nenitos”, “yo no quería estar con ellos, soy de otro nivel”. Se le pregunta por ello y dice: “Yo nací en otra cosa, crecí en otra cosa, ellos son rubios sin problemas, y a mí mi papá me pegaba de chiquitito, ellos siempre tuvieron lo que quisieron”. Aparece aquí por primera vez el problema de alcohol del padre y, es el punta pie para empezar a hilvanar una historia. Durmió con sus padres hasta los 8 años en la misma habitación. Empezó a traer recuerdos, donde siendo él un niño esperaba al padre volver de trabajar, y anhelar que no regresara borracho. “Jamás me maltrató sin estar alcoholizado”. También pudo ubicar un sentimiento de vergüenza en cuarto grado por cómo lo miraba su padre, éste le decía “vos sos el maricón acá, no salís a la calle”. Es el cuarto hijo de 5 hermanos, de los varones el más chico. De lo que refirió “me pegaban psicológicamente”.

De la madre no hablaba mucho, sí hemos tenido comunicación con ella, debido a que las recaídas de Omar eran profundas. Tomaba de continuo durante muchos días, dejaba la medicación, se encerraba en su cuarto, y no quería salir. Tenía temblores, convulsiones, y hasta ha llegado a vomitar sangre. La posición de la madre era “no puedo hacer más nada”. En una oportunidad que estuvo dos meses sin parar de tomar, “el ver a la madre enferma y tirada en la cama por él” le ofició de límite y regresó al CPA. Le costaba volver a pedir turno, le daba mucha vergüenza.

Otra cosa que le sucedía a Omar, es que tenía dificultades para entrar a la sala de espera solo, no podía tocar el picaporte del consultorio. En ese momento, la analista decidió acompañarlo. Ella era quien le abría la puerta, no la secretaria; un acompañamiento cuerpo a cuerpo a ingresar a la sala de espera, y luego al consultorio. Lo mismo para salir. La analista apuesta, oferta una escucha y Omar comienza a hablar. Pero también, y es importante subrayar esto, presta su persona y acompaña con el cuerpo. Respecto de la dificultad de pedir turnos cuando interrumpía por recaídas dijo sentir “miedo al rechazo”, “cuando siento un poquitito el abandono del otro, ya empieza el bajón... cuando algo se desprende de mí, como cuando vos te fuiste de vacaciones”.



El insomnio, que él nombra como “ de ojos abiertos” empezó a tomar la escena analítica. La mirada de la analista se le empieza a tornar persecutoria. Le dice a la psiquiatra que Silvana tiene una mirada penetrante, muy potente, que siente que ella adivina lo que él va a decir antes de que lo diga. Esto por momentos le dificultaba expresar lo que sentía con ella. La analista había entrado en la serie. El padre, los compañeros en la escuela, la secretaria de la institución, ahora la mirada de la analista

Omar puede ponerlo en palabras, se lo invita a ello... “ay, no me mires así, siento que sabes todo de mí”. La analista empieza a ensayar mirar para el costado. Y las miradas mutuas eran solo ocasionales. Omar puede entonces fluir y contar de miradas y cegueras, de que aún hoy tiene que dormir con una luz prendida “a oscuras, a oscuras, me sentiría ciego”.

En una entrevista se le pide que asocie con “cruzar la puerta” y él relaciona allí con su primera relación sexual a los 14 años. Ella tenía experiencia y él no, sintió vergüenza. Ella lo rechaza y no llegan a tener relaciones sexuales, él no dice nada. Una sobrina le hace un chiste sobre esto “y ahí empezó todo” dice refiriéndose a los miedos. También allí puede ubicar el inicio de consumo de alcohol, pegamento, marihuana y cocaína a los poquitos meses. Y, además, a esa misma edad, empieza a trabajar con el padre en la construcción de piletas.

Luego de 6 meses de tratamiento y estando en abstinencia, Omar escribe y le trae una poesía a la analista. Extraemos algunos párrafos nomás: Lo tituló: “Los ojos” “Dedicado a “VER”, dedicado a V.E.S”. S. E. V. son las iniciales de la analista.

*“En la insomne noche el viento atraviesa mi ventana
y roza mis inevitables ojos abiertos,
esos ojos abiertos que se predisponen ya cansados
a navegar por el tumultuoso mar de la memoria
para recordar otros ojos...”*

Allí hace un recorrido de asociaciones donde lo que protagoniza son los ojos: por Edipo que se arrancó los ojos; por Teresa de Jesús, que vio el rostro, pero no pudo describir nunca el color de ojos de Jesús; la mitología egipcia y el significado de los ojos. Tiresias y la ceguera; y hasta un párrafo de Borges de Insomnio. Y Omar aclara “ver siempre implica la posibilidad de un perjuicio a la intimidad, pues mientras los ojos nos revelan el vasto mundo exterior, nuestros propios espacios infinitos se abren a otros. (...)”



Y continúa con el poema que concluye así:

*“Basta, es inútil, porque por más que mis ojos quieran conciliar el sueño, es imposible: el insomnio se abatió sobre mí implacablemente (...)
en este momento la palabra dormir me parece tan lejana
y creo que tendré que acostumbrarme,
porque hoy, (dice la fecha exacta) seguiré despierto...
Así mi día será otra vez de ojos abiertos cerca de mi ventana...
Así llegará la tarde
Y me preguntaré por qué cualquier idea se hilvana
formando otro universo en los ojos de Silvana.*

Repite la dedicación inicial: Dedicado a V.E.S. y coloca nombre y apellido de la analista, no el segundo, porque no aparece en su sello.

Este viraje, de la mirada persecutoria a una mirada amable que se lee en el texto, podríamos decir, una mirada que enmarca; se vio plasmado también en su inscripción a partir de esto a un taller de escritura, en irse a vivir solo a un cuarto que estaba en el mismo terreno de los padres y logró armar una nueva pareja.

Este año, 10 años después, retoma el espacio buscando a la analista por su nombre en las redes sociales. Su posición es otra, la mirada no es impedimento, participa del espacio de Taller de Música y del Taller de Huerta, se apropia de los mismos. Interactúa, socializa con otros, dice que le hace bien y hasta pudo cantar una canción en un karaoke frente a múltiples diversas miradas.

“¿Qué se necesita para que el grito se convierta en llamado?” Se pregunta Miller en Los signos del goce ... “se necesita el acuse de recibo del Otro”. Párrafos más adelante refiere “... no se trata simplemente de saber qué quiere decir ese grito, sino de reconocer que quiere decir algo, que no es una secreción, que ese grito expresa al sujeto e incluso lo representa”. En esa contingencia, derivado a un centro de salud, toparse con un analista, que pague con sus palabras, y también con su persona, prestándola como soporte libidinal a los fenómenos singulares de la transferencia (LACAN J. , 1958, pág. 567). En este caso, esa “mirada no anónima” , encarnar un otro que mira, que acusa recibo, y que registra que ese padecimiento algo quiere decir. Brindarse a la transferencia, muchas veces como las tomas en las palestras donde se practica escalada. Como lugar de paso. Advertido y sostenido en el deseo del analista.

Construir una alianza, analista - analizante, que nos posibilite tejer con ese goce desamarrado algo tramado y apostar al inconsciente. Para que, en el mejor de los

casos, “pueda hacer con él (el goce) una nueva alianza” (Miller, 2010, pág. 232).

“Del amor se habla en el análisis. Por supuesto esto se debe a la posición del analista. (...) Es una apuesta.” (LACAN, 1971-1972, pág. 152)

Referencias Bibliográficas

- ESQUÉ, X. (s.f.). La subjetividad de la época.
- FREUD, S. (1912-1913). Tomo XII. Sobre la iniciación del tratamiento. Gran Buenos Aires: Amorrortu ediciones. 6ta reimpresión 1996.
- FREUD, S. (1916-1917) Tomo XVI. 28ª Conferencia: La terapia analítica. Gran Buenos Aires: Amorrortu editores. 7ma. Reimpresión 1998.
- LACAN, J. (1958). La dirección de la cura y los principios de su poder. En J. LACAN, Escritos 2. Buenos Aires: siglo veintiuno editores.
- Lacan, J. (1964). Los Cuatro Conceptos Fundamentales del Psicoanálisis. (págs. 173-174). Paidós.
- LACAN, J. (1966). Psicoanálisis y medicina. En J. LACAN, Intervenciones y textos 1 (págs. 86-99). Buenos Aires: Manantial.
- LACAN, J. (1971-1972). Seminario 19. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1972-1973). Aún. Paidós.
- LACAN, J. (1975-1976). Seminario 23: El sinthome. Buenos Aires: Paidós. 1er. edición 2006.
- Miller, J.-A. (2010). Sutilezas analíticas. Buenos Aires: Paidós. 1era edición, 2da reimpresión - Buenos aires: 2014.
- Miller, J.-A. (1999) Los signos del goce. Buenos Aires: Paidós.

Mesa 2. Prácticas subjetivantes

“El deseo del analista frente a la singularidad del lazo social”

Lic. Ines Tomé.

El deseo del analista frente a la fragilidad del lazo social

En el marco de estas Jornadas y como practicante del psicoanálisis en un Hospital General, me pregunto acerca de la posición del analista en aquellas presentaciones clínicas propias de esta época, casos que llegan a la consulta de guardia en los que la pulsión aparece desarticulada de la demanda. Diríamos que la pulsión más bien aparece silenciosa, muda, fuera de discurso. ¿Cómo intervenir cuando aparece el grado cero de lo simbólico y el fantasma? Debido a que nos encontramos en la actualidad con que el orden simbólico se encuentra debilitado, por lo tanto, la subjetividad contemporánea aparece rechazando al sujeto del inconsciente.

Surge una orientación: el deseo del analista como un operador. Deseo del analista como una función, que implica el deseo de saber, en tanto el analista se interesa en la singularidad del analizante. Deseo que se distingue del deseo de curar. ¿Cómo armar un punto de conjunción entre lo simbólico de la palabra, del texto del paciente, con lo real del goce pulsional? Apuesta del analista a ofrecerse como soporte, soportando a la vez la diferencia.

En una institución hospitalaria convergen distintos discursos; también aparece comandada por ciertos ideales, como ser brindarle al paciente que sufre ciertos cuidados (mínimos), rescatarlo, es decir, apuntar al bienestar, a la salud. ¿Cómo intervenir desde el discurso analítico?, me pregunto.

Hacia el lazo transferencial

En el seminario 16 Lacan nos plantea que el psicoanálisis es un discurso, es decir, que se presenta como una nueva modalidad de lazo social. “¿Qué hacemos en el análisis sino instaurar mediante la regla un discurso?” (Lacan, 2006, 19) se pregunta ahí Lacan.

En la actualidad muchos de los pacientes que ingresan a la guardia se presentan del lado del actuar, en desmedro del decir. Muchas veces los cortes en el cuerpo, las sobreingestas, los intentos autolíticos podrían pensarse del lado de



un llamado al Otro, de una puesta en escena para ser vista/o. Se tratará de poder despejar cada vez, con cada paciente si es esto lo que se pone en juego, o si aparece el estatuto del dejarse caer propio del pasaje al acto. Caer como objeto resto de la escena del mundo.

El analista se ofrece como destinatario, está disponible, y ese estar implica también estar sostenido por un deseo, que lejos de intentar hacer el bien, intenta poder alojar y leer lo singular de su sufrimiento. Leer lo que de la urgencia despierta.

Frente a la pulsión de muerte que empuja a la destrucción, se apuesta a producir un deseo de vitalización; justamente cuando el goce se impone como una deriva sin límite. Goce de lastimarse, de perderlo todo, de quedar desprovisto, de la horfandad del lazo, difícil de conmovier.

Sabemos que el psicoanálisis es un discurso que apunta a causar un decir, por lo tanto, no se tratará de decirle a la paciente lo que debe hacer, ni de vía el fármaco ofrecerle algo que lo tranquilice, que lo adormezca sino más bien de ofrecer la escucha para que algo pueda comenzar a ser dicho. El deseo del analista aparece entonces como signo de un Otro Otro, que posibilita un lazo. Invitando al paciente a que vía el discurso pueda aparecer el “bien decir”, “bien decir el mal vivir”, como lo sostiene Damasia Amadeo.

Se tratará como lo afirma Massimo Recalcati en su texto “La cuestión preliminar en la época del Otro que no existe”, que el analista pueda rectificar al Otro, es decir, que pueda encarnar un Otro diferente de aquello real que el sujeto ha encontrado en su historia; posibilitando una nueva configuración del Otro. Esto permitirá una nueva implicación del sujeto en un lazo posible con el Otro.

Considero entonces que frente a los desbordes- modo en el que se presenta la clínica actual- se tratará más bien de poner de relieve la presencia del analista orientado hacia el sujeto, en donde el deseo del analista tendrá un peso especial en tanto pueda ser un instrumento en la práctica.

La guardia, como dispositivo, estará a disposición de las urgencias que irrumpen, teniendo en el horizonte producir una torsión hacia la subjetivación de las mismas.

Referencias Bibliográficas

- Amadeo, Damasia. De lo escrito a la escritura. Mi fin de análisis y el pase. Serie Tyché. Pasaje 865. Unsam edita, 2023.
- Lacan, Jacques. Seminario 11: Los cuatro conceptos fundamentales, 16: De un Otro al otro. y 17: El Reverso del psicoanálisis. Paidós.
- Cosenza, Domenico. El psicoanálisis y lo social. Curso: Hospital Belgrano, 2022.
- Leserre, El deseo del analista, una cuestión de horizonte. Grama ediciones.
- Recalcatti, Massimo. La cuestión preliminar en la época del Otro que no existe. Revista Virtualia Nro 10.
- Tomé, Inés. La urgencia que despierta, el lugar del analista como lector. JCV, 2022.

Mesa 2. Prácticas subjetivantes

“La construcción de una transferencia institucional como posible inicio de un tratamiento”

Lic. Karina Abalo Miller, Lic. María Soliedad Ares, Lic. Rocío Paola Fabbio, Lic. Mariela Lello, Mta. Inés Machado, Lic. Roberto Massoni, Lic. Julia Muñoz, Lic. Cecilia Paredes, Lic. Mercedes Sánchez, Lic. Marcela Souza, Lic. María Testani.

En este artículo se abordará la construcción de una transferencia institucional y cómo ella se pone de manifiesto en los distintos dispositivos, a partir del análisis de viñetas de casos dentro del Centro para Adolescentes “Eva Giberti”. Asimismo, este artículo se propone describir modos de ofrecer representaciones diferentes de la atención en salud mental en adolescentes. Ello significa repensar las lógicas de exclusión, desarticulación institucional, encuadres rigidizados, burocratización de las subjetividades y sobrediagnósticos para orientarnos hacia espacios que se oferten un lugar e inviten, posibilitando generar una demanda.

El Centro para Adolescentes Eva Giberti tiene como objetivo la atención integral en salud mental de jóvenes de 12 a 16 años y sus familias, está conformado por un equipo que incluye las disciplinas de psicología, trabajo social, psiquiatría infanto juvenil, musicoterapia, expresión corporal y medicina general. El abordaje contempla tres instancias: 1) proceso de admisión, 2) proceso de tratamiento, y 3) seguimiento de trayectorias. Éstas se interrelacionan en forma permanente. El **proceso de admisión** consta de una serie de entrevistas de evaluación, dando como resultado el diseño de una estrategia. El **proceso de tratamiento** se realiza en dispositivos también interrelacionados: orientación a familiares/referentes (en forma individual o grupal), tratamiento individual, tratamiento grupal (grupos terapéuticos y talleres). El **seguimiento de trayectorias** tiene como objetivo fundamental la articulación con las redes locales, a los fines de facilitar el acceso a los recursos comunitarios, municipales y provinciales que la situación requiera. Este seguimiento constituye un eje transversal a las instancias de admisión y tratamiento.

Nos proponemos construir en red soportes diversos para los jóvenes cuyas situaciones complejas requieren una atención que excede el primer nivel de atención en salud. Como afirma Maristella Svampa (2000) en las últimas décadas se observa un corrimiento o despojo de los soportes colectivos que contenían y brindaban seguridad a los individuos. Estos soportes son los que



sostienen a los individuos afectiva, material y simbólicamente. Si bien esto es común para todos los individuos de una sociedad, en estos jóvenes se traduce en una menor cantidad de soportes educativos, laborales y relacionales y en la falta de oportunidades, lo que acrecienta las posibilidades de quienes allí residen de encontrarse en situaciones de mayor vulnerabilidad.

En el diseño institucional que pensamos tiene un lugar muy importante la comunicación, tanto al interior del equipo, que se realiza en reuniones diarias, supervisiones e instrumentos de registro, como hacia otros actores. Las consultas se inician a través de la derivación de distintos efectores, lo que activa una comunicación entre el Centro y éstos.

A fines de junio recibimos la derivación institucional de Ramón, un adolescente de 15 años, en una situación de extrema vulnerabilidad social que al momento de acercarse al Centro se encontraba en situación de calle junto a su madre y la pareja de ésta. Había realizado consultas previas en el Centro de Salud más cercano, pero no pudo sostener las intervenciones planteadas. Tenía antecedentes de evaluaciones compulsivas que no derivaron en internación por falta de criterio para dicha acción. Contaba con seguimiento del Servicio Local desde sus 12 años, momento en que interrumpió su escolaridad.

Su familia está compuesta por la madre, la pareja de la madre y las hermanas, éstas últimas viven en otra vivienda precaria.

Él y su familia no presentan una cronicidad en la situación de calle, sino que oscilan entre el alquiler de una vivienda precaria y la calle. Tanto Ramón como la pareja de la madre tienen problemáticas de consumo.

Desde este Centro se programa un encuentro de admisión, al que asiste. Había cometido un hurto en contexto de consumo por lo cual de nuevo estaba en situación de calle con la madre y su pareja. Refiere voluntad e interés de internarse por el consumo que presentaba y el equipo comienza a interiorizarse acerca del circuito de gestión de vacantes de internación.

Se le propone venir al Centro los días subsiguientes propiciando encuentros que permitan por un lado pensar la significación que para el joven y su familia tenía la internación solicitada, y por otro, empezar a conocer a Ramón y así construir alternativas de cuidado. Desde las primeras entrevistas se intervino también en dirección de asistir sus necesidades materiales más apremiantes, se gestionó el ingreso a un parador para él y su familia, donde pudieran tener alimento y estar a resguardo, como alternativa a la situación de calle.



El objetivo inicial que se propuso el equipo fue que Ramón llegue y pueda sostener encuentros aunque fuera por tiempos breves, en los que propiciar el despliegue de algo acerca de él. Al mismo tiempo se mantuvieron entrevistas con los adultos, para ampliar el conocimiento del contexto y la situación familiar, también a los fines de saber con qué tejido social realizar un trabajo en conjunto.

Así fue que se propuso que Ramón viniera varias veces por semana, podía venir todos los días en una franja horaria determinada. Resultó que llegaban los tres muy temprano, cuando salían del parador, se les ofrecía un desayuno y se mantenían entrevistas a cargo de distintos miembros del equipo según la disponibilidad. Las conversaciones con Ramón fueron acercando distintos tópicos que nos marcaron algunos caminos para iniciar el trabajo. Uno fue su conocimiento de la lecto escritura, Ramón podía escribir su nombre, conocía algunas otras letras pero decía que no podía unirlos para leer, a partir de lo cual fue armando una carpeta propia, con letras, sílabas y actividades. Otro fue su gusto por lo campestre, habló de algunos viajes a Chaco, de los caballos, de la boina gaucha que sueña tener, entre otras cosas. Un día contó una pesadilla, sobre ranas, y ya que la palabra “rana” contenía las letras de su nombre pudo hacer la experiencia de leer juntándolas. También empezó a hablar de sus vivencias en situación de consumo y la de sus pares. Actualmente su familia halló un lugar donde vivir, Ramón continúa asistiendo con irregularidades propias a la situación de consumo.

A fines de junio tomamos contacto con la situación de otro joven, Tomás de 15 años. Esta vez fuimos convocados a participar de una reunión intersectorial en la que estaba presente el Centro de Salud, el Servicio Local y el Equipo de Emergencias de la Provincia de Buenos Aires. Tomás se encontraba en situación de riesgo para sí mismo y para otros. Con problemáticas de consumo, altos niveles de impulsividad, conductas acumuladoras, situaciones de agresividad hacia miembros de su familia, reticencia a entablar vínculos y nula adherencia a la escuela ni a los centros de salud. Viviendo enfrente del CAFyS nunca había asistido. Tampoco asiste a la escuela desde la primaria.

En esa reunión se acuerda que es necesario realizar una evaluación por el Hospital de Pacheco, ya que sin un primer diagnóstico ni abordaje psicofarmacológico se dificultaba cualquier otra estrategia. Se realiza entonces una evaluación compulsiva dadas las dificultades de la familia para lograr el traslado. Es internado, a los dos días se escapa del hospital, regresa a su casa. Tomás convive con su abuela materna, su madre falleció a sus 8 años y su padre se encuentra privado de libertad desde sus 11 años, también viven en la casa su hermano menor, una tía y un pequeño sobrino. En una nueva reunión entre



equipos decidimos acercarnos a la casa, junto al EMEC, para conocerlo e invitarlo a asistir al Centro. Conocimos a la familia conviviente y también a la abuela paterna que se acercó interesada. Tomás asistió al primer encuentro en el Centro con ella, conoce el lugar y a parte del equipo, se muestra accesible pero pudo permanecer poco tiempo. Le gusta merendar, lo vemos, aunque no puede decir qué le gusta. Pregunta si puede irse y respondemos que sí y que lo esperamos al día siguiente. Era importante contrarrestar sus miedos a la internación, generar confianza en que puede ir y venir, ya que lo estamos esperando dispuestos a acompañar en los tiempos que él vaya consintiendo. Luego de asistir a tres encuentros se produce en la casa un episodio de agresividad, donde caen en la cuenta de que no estaba tomando la medicación. Mediaron comunicaciones con el EMEC que entendió que el joven se había vuelto a escapar de la casa, pero pronto estuvo de regreso en el hogar. Tomás no quiso venir a la nueva cita en el Centro sin embargo empiezan a asistir sus dos abuelas, una trae a la otra, quieren hablar. Una mañana llega sola la abuela materna, “quería hablar con ustedes, pasamos un fin de semana difícil, y ya que me ofrecieron... Me voy más aliviada”. Vamos escribiendo la historia de Tomás, su nacimiento, el abandono del padre biológico y las ausencias del padre que lo reconoció, sus celos del hermano menor, la enfermedad de su madre, el dolor, los recuerdos, el niño que fue y que empezó a dejar de ser. Cuentan las cosas extrañas que hace, habla solo, se sobresalta, también que amasa de madrugada, y entonces pensamos en hacer pan en el Centro, o que anda con una lata de la que espera que crezca una planta, que le pedimos que traiga. Aparecen las preguntas, el amor y el cansancio, el rechazo y alguna esperanza. Y Tomás regresa al Centro, se lleva pinturas para dibujar en casa, a veces no viene, otras sí. Iniciamos un camino, que nunca es llano y directo, pero hay algunas señales, que él va poniendo, que vamos construyendo.

Todo el equipo conoce a estos jóvenes, para poder funcionar alojando sus posibilidades y necesidades nos vimos en la tarea de inventar el modo, y de sistematizar de alguna forma, para no sucumbir al caos. Así venimos ensayando lo que llamamos “Dispositivo Abierto”, que implica un tiempo y un espacio de disponibilidad. Durante cada jornada distintos miembros del equipo tienen esa responsabilidad específica. Mientras tanto ya se encuentran funcionando 9 espacios grupales de adolescentes y de referentes adultos, con espacios de atención individual. Recibimos para mediados de septiembre 130 derivaciones y llegaron al Centro cerca de 70 adolescentes y sus familias, con situaciones complejas. Apostamos a que los y las adolescentes que ingresan en el Dispositivo Abierto también puedan ir construyendo un lugar entre otros pares.

A poco de haber iniciado este proyecto vamos definiendo perspectivas y modos de llevar adelante nuestra práctica. Lo cual implica un diálogo entre dimensiones organizativas, materiales, grupales y clínicas. Identificamos un primer tiempo, preliminar, de recepción, la llegada, el encuentro, con cada joven. Tras los motivos de consulta, la síntesis de síntomas severos, del contexto arrasador, se trata de ver y escuchar a ese, esa, joven. Significaciones singulares, pequeños gustos, sentires, pensamientos, palabras propias para decir algo acerca de ellos mismos y de su mundo. Hacerle lugar a ello no está solo destinado a los jóvenes, es también en primer lugar para nosotros, para orientarnos en esa enmarañada, densa, oscura, y pesada trama de palabras de otros y vivencias opresivas y dolientes. Tal vez sepamos pocas cosas, pero tenemos una convicción que hace posible que estemos en este lugar, creemos en la potencia adolescente, no una potencia magmática, estridente, a veces un hilito, un suspiro, que hay que seguir. Ese primer momento es el tiempo de generar las condiciones para que aparezca.

Massimo Recalcati (2004) en un texto en el que re significa la llamada cuestión preliminar, nos habla de la clínica de los síntomas contemporáneos (anorexia, bulimia, toxicomanía, depresión, ataques de pánico, autolesiones, intentos de suicidio) y dice que se manifiesta como una clínica del pasaje al acto más que como una clínica del retorno de lo reprimido. Hay una predominancia del hacer respecto de la simbolización ¿Cómo operar entonces en este nuevo contexto?

Este autor propone una valoración particular de la considerada relación terapéutica respecto a la acción de la interpretación. Dice que “Es necesario operar preliminarmente una rectificación del Otro antes que del sujeto. ¿Qué significa rectificar al Otro? Significa encarnar un Otro diferente de aquello real que el sujeto ha encontrado en su historia, y que se presenta como un Otro incapaz de operar con la propia privación. Se trata ante todo de decir “sí” al sujeto, en consecuencia encarnar un Otro que sabe no excluir, no cancelar, no rechazar, no callarse, no obturar, no sofocar, no atormentar. Esta nueva configuración del Otro permite una nueva implicación del sujeto en un lazo posible con el Otro (...) Un holding, que ningún estándar puede reducir a una técnica prefijada, el analista (y diríamos nosotros, el equipo) es llamado a hacer con el propio ser”.

Estamos llamados a poner en juego nuestros modos singulares de ejercer el miramiento, que es ese mirar con atención y ternura. Las técnicas las inventamos, son múltiples, somos libres para crearlas, la estrategia es la transferencia, y sólo es el deseo la política que puede sostener semejante empresa, deseo que es propio y colectivo.

Referencias Bibliográficas

- Recalcati, M. (2004), La cuestión preliminar en la época del Otro que no existe. Virtualia. Revista digital de la EOL. Año III. <https://www.revistavirtualia.com/articulos/627/aportes/-la-cuestion-preliminar-en-la-epoca-del-otro-que-no-existe>
- Svampa, M. (2000). Introducción, en Svampa, M. (Ed.) Desde abajo. Las transformaciones de las identidades sociales (pp. 9-24). Buenos Aires: Editorial Biblos.





Mesa 3

**Dispositivos
subjetivantes**

Mesa 3. Dispositivos subjetivantes

Relato de experiencia de moderador/a: “Salud mental y psicoanálisis una relación de compleja dialéctica”

María de los Ángeles Córdoba.

En la mesa que me tocó participar, hemos escuchado excelentes presentaciones que circunscriben las dificultades actuales de los trabajadores de la salud mental y los dispositivos con los que cuentan para hacer frente a las problemáticas de los consultantes.

Recorto tres ejes:

- 1- La salud mental y su posible articulación con la práctica psicoanalítica
- 2- Los dispositivos y prácticas que posibilitan un lazo social subjetivante
- 3- El valor de los primeros encuentros, cuando la primera entrevista muchas veces es la única oportunidad para tomar una decisión.

Sabemos que la salud mental siempre responde al discurso del amo imperante, en esta perspectiva la Ley Nacional N° 26657 posibilitó un pasaje fundamental de la salud mental basada en la psiquiatría clásica a la antipsiquiatría, haciendo especial hincapié -como bien señalan los trabajos- en la importancia de los componentes comunitarios, la inserción social y no en el aislamiento. En su artículo N° 3 define la salud mental como *“un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona”*.¹ Estas definiciones plantean un ideal de “salud para todos” en tanto se trata de un derecho.

En la práctica pasamos del ideal para todos a la atención posible de algunos. Es una paradoja en la que estamos implicados.

El psicoanálisis para su práctica requiere de un estado de derecho, pero se sostiene en un discurso que es el del uno por uno. Al respecto dice J-A. Miller: *“La paradoja desde ese punto de vista es que el psicoanálisis es un tratamiento que se dirige al sujeto de derecho como tal, al sujeto de pleno derecho. Un sujeto que responde de lo que hace y de lo que dice hasta el punto de saber que, si no*

¹ Ley Nacional de Salud Mental, 2010.

<https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>



puede hacerlo, las cosas no van bien; no le parece una tontería decir y hacer cosas de las que no puede responder. Quienes se introducen en la enseñanza de Lacan pueden situar el término «sujeto» a partir de esa dimensión de respuesta, de capacidad de respuesta. El sujeto de derecho tomado así, en la vertiente de la respuesta, es el sujeto de la enunciación, como decimos utilizando un término lingüístico. Es el sujeto que responde de su enunciado, para lo cual es necesario no confundirse con él.”²

Apuntamos al sujeto dividido entre enunciado y enunciación, entre dicho y decir.

Ya Freud nos propone tomar en cuenta ese ‘grado de libertad’, del cual el sujeto es siempre responsable. Más allá de las condiciones subjetivas, infantiles, traumáticas que le ha tocado vivir, la responsabilidad está en la respuesta que cada uno ha articulado, en sus inhibiciones - síntomas - angustia, en lo que Lacan ha llamado “la insondable decisión del ser”.³

Es un hecho que los psicoanalistas estamos en las instituciones, y que nuestras intervenciones no son del orden de lo universal y tienen efecto, muchas veces muy eficaces en el campo de la salud mental, aunque responden a discursos diferentes.

Salud mental y psicoanálisis tienen una relación de “compleja dialéctica”.⁴

Tal vez las tres dimensiones que propone Lacan en “La dirección de la cura”, nos puedan orientar, sabemos que no nacen del campo psicoanalítico sino que las toma del campo militar. Política- estrategia - táctica.

La táctica analítica ligada a la interpretación, la estrategia en relación a la transferencia y la política dirigida desde al inicio por la orientación hacia el final del análisis, o sea, toma la cuestión de porqué y para qué se hace un análisis, qué se trata de obtener de allí.

En salud mental, también tenemos la política ligada a la ley de SM y la idea que tenemos de la misma. La estrategia en relación a los dispositivos de atención y los criterios que vamos armando. La táctica pienso que se corresponde con la ética de la escucha y la respuesta singular, es muy importante salir del sentido común y es en ese punto que el psicoanálisis puede aportar algo a la SM.

² Miller, J-A.: “Salud Mental y Orden Público”, Conferencia de Clausura de las II Jornadas del Campo Freudiano, Sevilla 1988. En <https://psicoanalisislacaniano.com/salud-mental-y-orden-publico/>

³ Lacan, J.: «Acerca de la causalidad psíquica», en Escritos 1, Siglo XXI, México, 1984, p.168

⁴ Ibid, n.2

Dialéctica compleja en la que hay que considerar el marco de la salud para todos, del derecho a la salud, es imprescindible contar con eso. Pero también desde el psicoanálisis y en la lógica del caso por caso, Freud nos ha enseñado a tener prudencia con el furor curandis, ya que en la práctica es muy importante estar a la altura de la ética de las consecuencias.

Al respecto les traigo una carta de Freud a Jung del 3 de junio de 1909.⁵

Jung le comenta a Freud que un colega, se quejaba con él, respecto del procedimiento psicoanalítico. Freud le responde con la historia del “Trasero de Vidrio” de Hans Holden 1904:

“Un paciente joven y altamente dotado sufre de la representación delirante de que su trasero es de vidrio. Ya no puede permanecer ni sentado, ni echado, su estado de salud empeora crecientemente. El psiquiatra que le trata está, sin embargo, de tal modo impresionado por las dotes mentales del joven, que renuncia al tratamiento y se convierte en su amigo. A ruego de los padres apela finalmente a un procedimiento drástico: se fija un vidrio a la silla predilecta del paciente, se le obliga a sentarse en ella y el vidrio cae y se parte. El paciente está curado, pero al mismo tiempo desaparecen sus cualidades intelectuales. Se convierte en un haragán (como sus dos hermanos) y es juzgado por un tribunal por falsificación de cheques. El médico intenta como perito en el juicio, convencer al tribunal de que el acusado, se halla incapacitado, no por enfermedad mental, sino a causa de haber recuperado la salud psíquica”

Dice Freud: “Esta historia no debería ser olvidada nunca por un terapeuta”.

Jung le responde: “Esta historia la he oído, pero la he olvidado. Por lo demás, me he grabado su lema: No empeñarse en curar”.

Algunas puntuaciones de los trabajos presentados

1- Experiencias con familiares y referentes de personas con consumo problemático de sustancias: de la “internación” a una posible práctica subjetivante en el marco de la Ley de Salud Mental.

Las autoras de este trabajo comienzan ubicando las particularidades de la escucha a estos familiares a partir de una viñeta clínica. Ponen el foco en el sostenimiento socialmente aceptado de la idea de la internación como modo principal de intervención para el abordaje de consumos problemáticos. Desarrollan la idea de estas representaciones sociales ubicando los elementos que entran en tensión y a su vez las coordenadas actuales del discurso capitalista.

⁵ Freud, S.: Correspondencia con C. G. Jung, Madrid, Editorial Trotta, 2012, pp.253-254

Recorren brevemente la ley de SM para hacer una mención a los dispositivos de internación sugiriendo su puesta en perspectiva para capturar otros matices y pensar otras estrategias de intervención.

Se trata de una experiencia orientada a quienes están alrededor del adicto, ya que el consumo problemático de sustancias supone un entramado vincular y social.

Dispositivos tales como charlas de orientación y grupos terapéuticos, suponen una estrategia diferente de la compulsión a internar. La internación, por ejemplo, en las conocidas comunidades terapéuticas, supone un tratamiento asistencialista, si bien es a partir de contar con la voluntad del paciente y muchas veces supone la puerta abierta, es un dispositivo de máxima contención donde el sujeto queda en manos de otros que lo cuidan de sí mismo, de su propio goce desencadenado.

Las autoras, muy pertinentemente ubican el lugar de la internación como preconcepto, respuesta anticipada, tapón de toda pregunta, ya que el consumo se presenta como lo que hay que eliminar lo más rápidamente posible.

Sitúan una serie de preconceptos que circulan respecto del consumo: que los adictos pertenecen a determinadas clases sociales, se lo asocia con conductas delictivas, el tratamiento adecuado es la abstinencia y la internación se la considera de antemano, así como los tratamientos punitivos y de aislamiento. Todo lo cual pone en marcha una serie de mecanismos de defensa que obturan cualquier aparición de lo subjetivo en juego.

Es de suma importancia identificar las representaciones sociales para poder despejar lo subjetivo, tal como dice Lacan, ubicar cómo la época vive la pulsión para poder saber cómo cada uno se inscribe en ello.

Las autoras hablan de una práctica “subjetivante”, restituir al sujeto su lugar. Esto implica, a mi entender dos cuestiones:

- 1- sacarlo del lugar de objeto consumido, esa subversión que produce el consumo problemático, el sujeto en el lugar del objeto
- 2- no suponerlo una víctima de la sustancia, ni de la familia, ni de la sociedad, incluso aunque pudiera serlo, apuntar a la subjetivación implica que, en tanto sujeto, cada uno es responsable en su respuesta frente a los acontecimientos contingentes de su vida, es apuntar a ‘la insondable decisión del ser’, no para culpabilizarlo sino para abrir en toda sus dimensiones la subjetividad.

Se trata, como bien dicen ellas, de la apuesta por lo subjetivo, por el inconsciente, por el deseo.

“¿Quién es su hijo?”-pregunta sencilla, táctica que apunta al deseo y no al acting out, habilita el no saber de antemano, no hay un tratamiento a priori en el que el consultante tiene que alienarse. Apunta a la historización para restituir la dimensión subjetiva y abrir el tiempo de comprender, apostando a los tiempos lógicos.

2- "Urgencias en SM Infanto-Juvenil: ideación suicida y autolesiones"

Las autoras de esta presentación, nos sitúan frente a la atención de la urgencia ante situaciones que implican riesgo en SM. Ubican cuáles son los criterios y objetivos de una internación; los abordajes generales e integrales ante situaciones que impliquen intento de suicidio y/o riesgo inminente de muerte; la evaluación del riesgo en SM (bajo, mediano, alto); las altas de internaciones y el seguimiento posterior por consultorios externos.

Frente a esta ponencia, recordé la pregunta que Lacan sitúa frente a esta dimensión de la práctica: “interroguemos cómo alguien puede consagrarse a satisfacer esos casos de urgencia”.

Allí donde se presenta el desborde, la errancia, la locura, la urgencia, siempre en la dimensión temporal de la prisa y el apremio.

La urgencia designa un punto de partida anterior al establecimiento de la transferencia, es el tiempo del traumatismo que empuja la demanda. Es previa a cualquier demanda de análisis y a la instalación de la transferencia. En todo caso, es una demanda en potencia, un apremio que deja al sujeto en suspenso y nos confronta a eso que Freud llamó instante traumático, confrontación con el agujero en lo simbólico, caen todas las coordenadas subjetivas.

Es ante todo la urgencia la que nos enfrenta con la dimensión de lo real en la clínica. Real que remite a lo imposible de soportar.

¿Para quién lo real es lo imposible de soportar? En principio para el que nos llama, aquél al que nombramos paciente, puesto que para él lo imposible de soportar se presenta como urgencia, como desborde del cuerpo o del pensamiento. Pero también para el analista la clínica es lo real en tanto imposible de soportar, nos confronta con lo imposible de la práctica del psicoanálisis, tal como decía Freud psicoanalizar es la tercera de las profesiones imposibles.

Entonces, ¿Cómo responder allí? ¿Hay que responder? Si no contamos con la estrategia de la transferencia, ¿Cuál sería la táctica posible?.

Pienso que las autoras armaron esta presentación como un modo de responder a eso insoportable, un andamiaje donde sostenerse frente al encuentro con lo imposible.

Ubicando: Tipos de urgencias - Criterios de internación - Que se espera de una internación por SM - Implicancias del abordaje (distintas intervenciones posibles y varios actores en juego) - Abordaje integral del intento de suicidio y riesgo inminente - Evaluación de riesgo - Diferenciar pares discontinuos: ideación suicida - ideas de muerte / intento de suicidio-autolesiones no suicidas - Altas de internación criterios y estrategia - Seguimiento pos alta.

Todo un ordenamiento posible que sirve como marco pero que por supuesto no suplanta la soledad del acto. Ya que el armado de todo este andamiaje, es un marco que orienta pero sin responder anticipadamente.

3- ¿Una Trabajadora Social, en la guardia? Para que!??

Las autoras nos señalan que la Ley de SM posibilitó la incorporación de la disciplina Trabajo Social a los equipos de guardia de los hospitales generales, propiciando lo interdisciplinario. Y que lo específico de TS es sumar una mirada que contempla al sujeto desde una perspectiva histórico-situacional y que permite delinear estrategias de abordajes proyectadas al ámbito cotidiano-comunitario.

Tomaron una perspectiva muy precisa, cuya política la situaron en relación a tres ejes: el texto de la Ley 26657, la perspectiva de Derechos Humanos y el modelo social de la Discapacidad.

Me interesó destacar la perspectiva de los DDHH, ya que desde el psicoanálisis podemos pensarlos como una respuesta al malestar en la cultura.

Nos permiten anudar un discurso del campo del derecho universal con la posición ética que, desde el campo psicoanalítico, propicia hacer lugar al sujeto singular.

En esta intersección entre propiciar el deseo singular en el sujeto y el respeto por los derechos humanos ubico la posición ética del psicoanálisis.

Lo esencial en lo humano es la diferencia, sabemos bien que el par igualdad-diferencia puede llevar a la máxima segregación. Es esencial destacar que los Derechos Humanos no dicen que todos somos iguales, sino que todos renunciamos igualmente al goce de aniquilar las diferencias. Eric Laurent va a abonar a esta perspectiva cuando dice que: “El límite de la obra clasificatoria de nuestra civilización tiene un nombre preciso: son los derechos humanos”.

Las autoras también ubicaron algo de la estrategia, la mirada del Trabajo social permite repensar la función del dispositivo a partir de (las cito):

- la cualificación de la demanda en función del contexto del Sujeto/usuario
- la valoración del contacto del Sujeto con el Sistema de Salud (como posible instancia de inclusión social)
- el uso del Hospital como recurso público en el marco de un Sistema de Salud precarizado.
- la problematización del uso de psicofármacos (en tanto medicalización de situaciones sociales complejas).

Me interesó preguntarles si pueden contarnos algo a nivel de la táctica. Alguna intervención que hayan podido poner en práctica.

Y fue muy oportuno escucharles que, a partir del relato de una intervención singular, pusieran en valor el anudamiento necesario entre táctica, estrategia y política. Resaltando que para que la intervención tenga efecto es necesario no solo contar con los dispositivos sino con los ejes políticos propiciatorios.

Del bien a la ética del “bien-decir”

Para concluir esta puntuación me interesa resaltar lo que propone Eric Laurent,⁶ que la intervención, a veces única -como ocurre muchas veces en las instituciones de salud mental-, no apunte al bien sino que de manera inolvidable para el que consulta, propicie el “bien-decir”, haga resonar la enunciación, la posición singular del sujeto. Allí también está la política del psicoanálisis, en el hacer presente el bien-decir como efecto, a diferencia del discurso del amo que tiene como fin el bien-común.

⁶ Laurent, E.: Síntoma y nominación, Buenos Aires, Diva, 2002, p.111

⁷ Laurent, E.: Psicoanálisis y Salud Mental, Buenos Aires, Tres Haches, 2000

⁸ Esqué, X.: “Elementos para una epistemología del trabajo institucional”, en Revista Colofón, Granada, España, Boletín de la Federación Internacional de Bibliotecas del Campo Freudiano, p. 28.

El bien-decir apunta a recuperar la dimensión subjetiva, leyendo el síntoma como tratamiento de lo real en tanto goce y en tanto lo imposible de soportar.

“Se trata de introducir la dimensión subjetiva más allá del empuje a la objetivación -al que tiende toda institución- para que aparezca la dimensión singular del sujeto”.

Vemos entonces que psicoanálisis y salud mental no apuntan al mismo orden de subjetividad, sin embargo no son excluyentes. Es lo que se puso en evidencia en esta mesa de las 7^º jornadas de Salud Mental de Tigre, donde cada una de las presentaciones destacó la práctica subjetivante que incluye la posición del practicante en su doble pertenencia al campo del psicoanálisis y al campo de la salud mental.

Mesa 3. Dispositivos subjetivantes

“¿Una Trabajadora Social, en la guardia? ¿¿iiPara qué!!??”

Lic. Andrea Martí, Lic. Samanta Vodopivec.

Sobre el dispositivo de guardia interdisciplinaria de salud mental y la incorporación del Trabajo Social

Desde el año 2013 la ley que reglamenta el accionar de la práctica en Salud Mental a nivel Nacional es la Ley 26.657. Siendo que la sanción de esta ley es el resultado de un proceso vinculado al accionar de movimientos sociales (tanto de usuarios como de profesionales) que se proponían un cambio de paradigma en términos del abordaje de la problemática de la salud mental imperante - cuya premisa se fundaba en la manicomialización de la salud mental -, este marco normativo presenta una clara oportunidad en pos de estructurar una modalidad de atención que de lugar al Sujeto destinatario a partir de la valoración de su subjetividad como proceso socio-relacional.

En este sentido, consideramos que la incorporación de la disciplina Trabajo social a los equipos de guardia interdisciplinaria de salud mental de los Hospitales generales representa un gran avance, siendo la nuestra una mirada que contempla al Sujeto desde una perspectiva histórico - situacional y que permite delinear una estrategia de abordaje proyectada al ámbito cotidiano-comunitario, plenamente cargado de significado subjetivo en tanto contexto activo del proceso de conformación subjetiva.

Si bien la ley nacional de salud mental fue sancionada en el año 2010, pueden reconocerse en nuestro territorio algunas experiencias previas a dicha fecha que han representado grandes conquistas en términos del paradigma de desmanicomialización en favor del abordaje comunitario de la salud mental. La reforma en las provincias de Río Negro (Ley Provincial 2.440 - 1991) y San Luis (1993) o la implementación del P. R. E. A. en el Hospital "José A. Esteves" (provincia de Bs. As. 1999) son algunos ejemplos que ubican como foco de abordaje al Sujeto y su padecimiento subjetivo como emergentes de un entramado entendido en términos socio-comunitarios. Estos antecedentes, junto a la convicción de muchos usuarios, trabajadores y profesionales del ámbito de la salud mental constituyeron impulsos fundamentales que motorizaron el proceso que dio lugar a la promulgación de la ley en tanto instancia centralizadora de una nueva perspectiva de intervención.



En este contexto, el Hospital Zonal de Agudos M. V. de Martínez (General Pacheco), ha-ciéndose eco de la propuesta explicitada en este nuevo marco legal comienza el proceso de incorporación de la atención en salud mental como especialidad básica, con la consecuente disponibilidad de camas para internación, y el dispositivo de guardia conformado por un equipo interdisciplinario que incluye las disciplinas trabajo social, psiquiatría y psicología, y que funciona de lunes a lunes.

En este contexto - hace aproximadamente 18 meses - la disciplina trabajo social se incorpora al dispositivo de guardia iniciando su proceso de inserción en un dispositivo complejo, cuya dinámica de funcionamiento está regida por la urgencia y la multiplicidad de disciplinas interviniendo en simultáneo. Al respecto, cabe destacar que si bien la inserción del trabajo social tiene lugar prioritariamente en el equipo interdisciplinario de atención en salud mental, su intervención no se adscribe exclusivamente a dicha área, tomando acción en situaciones críticas que ingresan al dispositivo de guardia por diversos motivos.

En el marco del referido proceso de inserción surge la pregunta que da nombre al presente trabajo, por una parte dando cuenta del proceso de construcción de sentido que venimos realizando al interior de la disciplina para la intervención en un escenario que nos es “novedoso”, y asimismo, dando cuenta del efecto que nuestra presencia genera en otros profesionales que, desconociendo la esencia de nuestras incumbencias profesionales, ponen en tela de juicio la necesidad del trabajo social en el contexto de la guardia.

Para avanzar en la configuración del sentido de la presencia del trabajo social en la guardia nos basamos en tres ejes teórico - conceptuales:

- 1) el texto de la Ley 26.657
- 2) perspectiva de Derechos Humanos
- 3) modelo social de la Discapacidad

En relación al primer ítem, cabe destacar que la inserción del trabajo social en la guardia de salud mental sucede en un escenario históricamente ocupado por aquellas disciplinas “socialmente habilitadas” para el abordaje de la salud mental entendida en términos (prioritariamente) clínicos. La ley 26.657, en su artículo n° 8 define que “Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados...” (Art 8, Ley 26.657; año 2010); y en el artículo 13, “Los profesionales con título de grado están en igualdad de condiciones para ocupar los cargos de conducción y gestión de los servicios y las instituciones, debiendo

valorarse su idoneidad para el cargo y su capacidad para integrar los diferentes saberes que atraviesan el campo de la salud mental...”. (Art 13, Ley 26.657; año 2010). De esta manera, observamos que el texto de la ley se propone habilitar al trabajo social - y otras profesiones pertinentes - como disciplinas con capacidad de participación activa y pleno protagonismo en términos de la configuración de estrategias de abordaje particula-res, así como también respecto de la propia gestión del dispositivo y la dinámica de funcionamiento que asume.

Por otra parte, poniendo el foco en lo relativo al contenido de la atención en salud mental, el artículo n ° 9 de la ley indica lo siguiente: “El proceso de atención debe realizarse preferente-mente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforza-miento, restitución o promoción de los lazos sociales”(Art 9, Ley 26.657; año 2010). Lo que se evi-dencia en este sentido es una definición de la estrategia de atención en salud mental que deberá estar situada en el ámbito comunitario, y orientarse, más allá del Sujeto destinatario, al abordaje de sus vínculos socio-comunitarios como apuesta para garantizar su eficacia en el largo plazo. El hecho de definir una intervención según los lineamientos de la atención primaria - como modelo sustentado en la participación de la población destinataria, basado en sus necesidades y con la mayor proximidad posible a su entorno cotidiano - aporta al equipo profesional una mayor infor-mación/comprensión sobre la situación del Sujeto, poniendo a disposición una multiplicidad de re-cursos (materiales y simbólicos) que al ser incluidos en el abordaje redundan en una mayor apro-piación de la propuesta terapéutica por parte del Sujeto y su Familia.

La ley nacional de salud mental entonces promueve un “corrimiento” para el abordaje de la problemática de la salud mental que va desde la lógica de lo sanitario hacia la lógica de lo social; por ende, las disciplinas que configuran su situación de intervención en el campo socio - relacional adquieren preponderancia a nivel teórico-metodológico, trascendiendo el modelo bio-céntrico, clínico o médico-hegemónico en favor del modelo de salud mental comunitario. En este sentido, el aporte del trabajo social resulta fundamental en términos de poner a circular en la consulta de guardia o en la internación por guardia, el aspecto socio-vincular del Sujeto destinatario. Solo de esta manera podrá pensarse en una estrategia de abordaje definida en función de la promoción de sus lazos sociales.

Otro aspecto respecto del cual no vamos a detenernos pero que vale la pena destacar es el aporte de la ley 26.657 en relación a las garantías del debido

proceso en los trámites de internación involuntaria. El acompañamiento del ámbito de lo jurídico en estas situaciones de extrema vulnerabilidad por parte del Sujeto que transita una crisis resulta fundamental, tanto para preservar su condición de Sujeto de derechos como para dar lugar a posibles recursos que pudieran habilitar una estrategia de intervención intersectorial y garantizar el accionar de determinados dispositivos. Mantener aceitados los canales de comunicación interinstitucional entre el Hospital y el ámbito judicial representa un aporte fundamental en varios sentidos respecto de un abordaje integral centrado en la perspectiva de derechos del Sujeto de la intervención.

Asimismo, el hecho de referir la ley que todo tipo de asistencia sea provista sólo después de obtener el consentimiento informado del Sujeto destinatario deviene una definición directriz en términos del posicionamiento que deberá asumir el equipo de salud a fin de respetar y valorizar la autonomía del Sujeto.

Un antecedente clave en términos del desarrollo del modelo de abordaje que venimos desarrollando, y que aporta un valor específico a nuestra presencia como disciplina en la guardia se refiere a la determinación de la ley 26.657 en pos de erradicar prácticas tendientes a la mani-comialización de los Sujetos que transitan algún padecimiento mental.

Al respecto, cabe destacar que una de las cuestiones que motorizó fuertemente los plan-teamientos que luego concentró la ley fue la cantidad de denuncias respecto de la violación de los derechos humanos ocurridas en el contexto de las internaciones manicomiales. Dejando a un lado las condiciones “inhumanas” en que fueron sostenidas cotidiana y crónicamente las internaciones de muchas personas que, al momento de su ingreso, atravesaron una crisis en términos de su salud mental, se destaca el valor fundamental de la conclusión que refiere que el encierro a largo plazo como estrategia de abordaje de la salud mental no puede en ningún caso representar un avance, por ser por definición un acto de violación a múltiples derechos humanos fundamentales (por empezar, el derecho a la libertad). En mayor detalle, *“La segregación efectiva de las personas en las instituciones psiquiátricas argentinas contribuye a incrementar su discapacidad y viola los estándares internacionales de derechos humanos. Al ser separadas de la sociedad, las personas pierden los lazos que las unen a su familia, amigos y comunidades de referencia. Las personas quedan sometidas al régimen custodial de las instituciones psiquiátricas, y pierden las habilidades de vida esenciales que necesitan para sobrevivir en la comunidad, lo que impide su rehabilitación con el tiempo, se vuelven más dependientes de las instituciones. Como resultado, la institucionalización custodial disminuye la autonomía personal, contribuye a la cronificación de las enfermedades e incrementa las*

discapacidades (CELS; año 2007). La alternativa, en términos de modelo de abordaje en salud mental, es el modelo de atención basado en la comunidad, promoviendo las oportunidades - en términos de cuidados y apoyos comunitarios - que garanticen la plena participación comunitaria del Sujeto que atraviesa el padecimiento, y en definitiva, su integración social activa a partir del reconocimiento de su autonomía y el desarrollo sostenido de sus habilidades sociales.

La ley nacional de salud mental destaca en su artículo primero que “... tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental...”(Art 1, Ley 26.657; año 2010);. Al respecto, resaltamos que el trabajo social asume en cada intervención - como principio ético y como criterio metodológico - la perspectiva de los Derechos Humanos, ya sea para denunciar/corregir una situación de vulneración de derechos o para promover el pleno ejercicio de los mismos. En el marco de la intervención en guardia, el aporte de nuestra disciplina permite considerar al Sujeto destinatario en función de su posicionamiento en un contexto social atravesado por situaciones de extrema vulneración de derechos básicos y de todo orden; al respecto, buscamos operacionalizar líneas de acción que reviertan, al menos en algún punto, la falta de acceso al ejercicio pleno de derechos y revalorizamos, en tal sentido, el rol del territorio local como ámbito privilegiado para la garantía de dicho ejercicio.

Teniendo en cuenta el abordaje de la salud mental desde una perspectiva histórica podemos evidenciar que la segregación asilar representa algo así como la consolidación última en términos de una lógica de manicomialización que opera a nivel de múltiples instancias y de la cual se desprenden prácticas - de orden más “micro” - que replican dicha lógica, obstaculizando en definitiva la plena integración social respecto de aquellos Sujetos que portan un diagnóstico de enfermedad mental o que, por atravesar un padecimiento subjetivo, presentan limitaciones de orden psico-social. En este sentido, consideramos conveniente instalar la pregunta, al interior del equipo interdisciplinario y respecto del dispositivo de guardia en general, en relación a la lógica implícita en nuestras intervenciones buscando garantizar la desmanicomialización del abordaje en salud mental a todo nivel. Resulta pertinente, en este sentido, traer a colación el estudio del CELS, “Vidas arrasadas” cuando plantea que frente a la falta de ofertas terapéuticas “... Argentina está causando un daño incalculable a personas que, con los servicios y apoyos apropiados, podrían llevar adelante vidas productivas y sanas. La segregación de estas personas de sus vínculos familiares, de oportunidades y de sus comunidades (...) aumenta su aislamiento,

potencia su discapacidad y hace que la posibilidad de que regresen a regirse y valerse por sí mismos sea inmensamente más dificultosa” (CELS; año 2007). Tal como se desprende de lo anterior, la segregación podría ocurrir no sólo por medio de la institucionalización manicomial como tal, sino también cuando se avala o normaliza la falta de acceso respecto de (o no se trabaja en pos de asegurar) las oportunidades sociales que, en el seno del territorio comunitario, aportan el sentido de pertenencia social o, dicho de otro modo, refuerzan, restituyen o promueven los lazos sociales, tal como dispone la ley nacional de salud mental.

Otro antecedente que consideramos significativo en términos de la conformación del sentido de nuestra inclusión en la guardia de salud mental refiere al texto de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad que reconoce en su preámbulo que “... la discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás...”(prámbulo Ley 26.378; año 2008).

Esta perspectiva permite evidenciar una vez más el corrimiento que mencionáramos anteriormente respecto del abordaje de la salud mental, ésta vez en relación con el abordaje de la Discapacidad; el pasaje del paradigma biomédico al modelo social - que entiende la discapacidad como una situación-condición derivada de estructuras y condicionamientos sociales - permite situar el proceso de intervención en relación con las “barreras discapacitantes” que se desprenden de la lógica de organización social y que configuran la limitación del Sujeto que padece en los términos de una discapacidad. La lectura del padecimiento subjetivo en éste sentido acentúa la necesidad de orientar el abordaje hacia el ámbito comunitario, a fin de incidir en aquellos mecanismos de intercambio social que generan desventajas para aquellos Sujetos que, en tanto atravesados por un padecimiento subjetivo, presentan cierta limitación psicosocial a la hora de generar su participación social. El proceso de intervención en relación a la salud mental deberá contemplar la premura de promover oportunidades de participación social específicas según las particulares necesidades de los Sujetos destinatarios, a fin de alinear las estrategias de abordaje con el objetivo primordial de favorecer la integración social plena de los Sujetos atravesados por una problemática de salud mental, prestando especial atención a su protagonismo autónomo y su empoderamiento frente al padecimiento.

De lo anterior se desprenden los aportes específicos que la disciplina configura en términos de elementos diagnósticos o líneas de acción en el marco del trabajo interdisciplinario en el contexto de las consultas o internaciones de la guardia. Esbozamos algunos a continuación:

- Lectura del padecimiento en términos del anclaje situacional o la trayectoria vital del Sujeto en tanto ejes atravesados por situaciones de vulnerabilidad socio afectiva con alto nivel de impacto en la conformación de su subjetividad..
- Abordaje en favor del reposicionamiento subjetivo - priorizando su accionar autónomo y activo - en los vínculos interpersonales, en los lugares sociales habitados, respecto del proyecto de vida (abordaje socio-familiar o interinstitucional - apoyos/cuidados comunitarios - a fin de consolidar la estrategia en territorio).

Al margen de lo relativo al proceso de intervención en concreto, destacamos otro nivel de aportes que se desprenden de la incorporación de la disciplina al dispositivo en cuestión y que hacen referencia a la dinámica de funcionamiento de la guardia como recurso inserto en el Sistema de salud; al respecto, la mirada del Trabajo social permite repensar la función del dispositivo a partir de:

- la cualificación de la Demanda en función del contexto del Sujeto/usuario
- la valoración del contacto del Sujeto con el Sistema de Salud (como posible instancia de inclusión social)
- el uso del Hospital como recurso público en el marco de un Sistema de Salud precarizado.
- la problematización del uso de psicofármacos (en tanto medicalización de situaciones sociales complejas).

Para finalizar, consideramos que una mirada que haga lugar a la cualidad socio-relacional del Sujeto que transita un padecimiento mental y que permita dar cuenta del contenido socio-relacional de dicho padecimiento en el contexto de una guardia deviene fundamental en términos del objetivo de subjetivar el abordaje en salud mental.

Referencias Bibliográficas

- LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL; LEY 26.657 (2010)
- CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD; LEY 26.378 (2008)
- “Vidas arrasadas: La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos” CENTRO DE ESTUDIOS LEGALES Y SOCIALES (CELS), año 2007. [https:// www.cels.org.ar](https://www.cels.org.ar)

Mesa 3. Dispositivos subjetivantes

“Experiencias con familiares y referentes de personas con consumo problemático de sustancias: de la “internación” a una posible práctica subjetivante en el marco de la Ley de Salud Mental”

Lic. Geraldine Lager y Técnica en adicciones Nora Salvador.

El objetivo de esta presentación consiste en poder pensar los “discursos” que traen los familiares y referentes de usuarios de sustancias. Tomaremos como punto de partida a la “internación” como un significante que insiste en aparecer. No hablamos de situaciones en las que, tras una evaluación diagnóstica, se piensa a la internación como un último recurso necesario; sino del discurso o la posición en la que se presenta quién “ya no sabe qué hacer” y el significante “internación” aparece allí taponando.

Para abordar esta temática es imprescindible pensarla desde diferentes ejes, que se irán entrelazando y que iremos desarrollando a lo largo de esta presentación. Estos son:

- el entramado vincular en los consumos problemáticos: ¿ quién consulta?
- las representaciones sociales sobre el consumo
- el discurso capitalista y los nuevos modos de gozar

Empezaremos por relatar el recorte de una situación. Hablaremos de “G”, un padre que consulta por su hijo. Se presenta por una previa consulta a un vecino, que trabaja en salud (demanda en lo barrial). “G”, muy verborrágico, se muestra preocupado y relata: “tengo problemas con mi hijo, lo llevé a las guardias en varias ocasiones, pero me dan muchas vueltas, estoy cansado de la ambulancia y de la policía, intentamos de todo, pero ya está, vengo porque acá internan, ¿no?” , “Esta vez pidió ayuda , por eso me dijeron de este lugar“. Refiere que su vecino le sugiere solicitar turno en nuestro centro y además le gestionará un turno con psicología en el centro de salud, más cercano a su domicilio, (en respuesta al desconocimiento las familias abren varios frentes). Se trabaja primero en el encuadre de admisión a tratamiento, G, muestra decepción por la demora de dos semanas para que su hijo concurra a solicitar turno. Se lo invita a participar de los espacios de orientación a familiares.

El entramado vincular en los consumos problemáticos: ¿quién consulta?

En la práctica nos encontramos que muchas veces son los familiares y referentes que se acercan a consultar. “La internación en una granja” aparece como una idea arraigada difícil de cuestionar. Hay un saber popular que responde a la pregunta ¿qué hacer con una persona que presenta una “adicción”?

Años atrás, se hablaba de jóvenes que se “drogaban”, esto se leía en la sociedad como algo fragmentado y perteneciente a cierto estrato social, lo que resguardaba y tranquilizaba a otras familias (por lo general de clase media) de esta problemática. Esta lectura fue mutando, pero quedaron arraigados los discursos ligados a lo punitivo y asociados a un modelo abstencionista que genera un determinado saber.

En la actualidad se presentan situaciones que involucran a todos los actores sociales. Familias, amigos, empleadores, equipos de orientación escolar, de pronto, se ven involucrados en dinámicas relacionadas con el consumo de sustancias. Se acercan al programa solicitando un pedido de internación, como una respuesta a modo de aislar al individuo y atenuar las consecuencias o efectos de quien consume. En los espacios de charlas de orientación y grupos terapéuticos, encuentran un lugar donde pueden ser escuchados, hablar de aquello que los aqueja y así, lograr una continuidad y seguimiento de la situación.

En general nos encontramos con presentaciones desbordadas, en las cuales hay que empezar a ubicar los matices, los roles. A su vez, algunas familias y entornos afectivos viven la problemática de consumo desde la urgencia y quien consume, no lo vive de tal manera. Se buscará, en estos casos, construir un espacio de reflexión, para no apresurar intervenciones, sino ubicar la situación de consumo desde otros lugares- más allá de la urgencia. Alguien viene a consultar donde internar a su hijo, pero la primera pregunta es quién es su hijo. Y allí se empieza, con suerte, a historizar un poco. Se instaura una pausa. Es importante empezar a ubicar qué pertenece al familiar-referente y que al que “consume.” También intentar construir alguna pregunta de la persona que consulta en relación a su propia posición subjetiva y responsabilidad. El consumo posiblemente sea otro de los grandes malestares de esa familia, pero aparece allí como un motivo por el que vienen a hablar. A veces comienzan a aparecer historias de vida atravesadas por muchos tipos de violencias, un entramado familiar complejo y dificultades en la comunicación.

Será necesario poder identificar las representaciones sociales de aquellos familiares y referentes que vienen a consultar. Según Moscovici, “las representaciones sociales son construcciones simbólicas que se crean y recrean



en el curso de las interacciones sociales; son definidas como maneras específicas de entender y comunicar la realidad”. Cuando los medios de comunicación hablan de consumos, generalmente hacen relaciones del estilo: drogas-marginalidad-ilegalidad-narcotráfico, creando así representaciones y estereotipos que no invitan a la reflexión. “En el discurso mediático sólo se ubica un elemento como causa central de la problemática”.

Intentar leer las coordenadas subjetivas de quienes consultan y buscar algún tipo de implicación en ciertas dinámicas es una apuesta que invita a escuchar un poco más allá de lo que se dice. Cuando “G” comienza a desplegar su historia y su posición en relación al vínculo con su hijo, relata: “Creo que lo sobreprotegí, la mamá se fue y me lo dejó, durmió conmigo hasta los 9 años, le daba todo”. Creemos que para poder acompañar a un otro, es importante poder realizarse alguna pregunta en cuanto a la propia posición. En líneas generales, este acontecimiento no es habitual, pero sí lo consideramos como un punto de partida necesario.

Así como las representaciones sociales juegan un papel importante en quienes consultan, es imprescindible contextualizar al consumo en correspondencia con un nuevo régimen social, producto de un mundo transformado por la ciencia y la globalización económica (Sotelo, Clínica de la Urgencia). Las leyes actuales del mercado no tienen en cuenta al sujeto, sino sólo la necesidad de producir nuevos objetos. Al decir de Recalcati, el sujeto contemporáneo no va al supermercado a buscar aquello que lo priva. Contrariamente, es el supermercado (...) quien le indica al sujeto aquello que le falta”. Hay una sobre oferta de objetos.

Lacan, en la conferencia de Milán del 12 de Mayo de 1972, introduce el discurso del capitalismo como un discurso en el cual ya no es posible establecer alguna forma de lazo social. Cada uno goza a su manera. Tampoco importa con que se goce mientras se hace en mayor medida. En esta época, en la cual impera el empuje al goce, será necesario reconocer que estamos todos atravesados por este discurso. En las charlas de orientación a familiares, que consiste en una primera escucha grupal, invitamos a quienes consultan a leerse desde esta lógica del consumo. “Todos consumimos algo”. Muchos se identifican con el consumo de la tecnología, el celular, empezando a abrir así un panorama en el que ya no es sólo la sustancia (droga) que aparece, sino que pueden haber otros objetos. Siguiendo las palabras de Lacan, la práctica del psicoanalista debe estar unida a la subjetividad de la época. No debemos desentendernos de esto.

De la “internación” a una posible práctica subjetivante - a 10 años de la reglamentación de la ley de salud mental

La ley de Salud Mental 26.657 determina que las adicciones “deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental”. En la ley se promueven los derechos, la inclusión comunitaria y social de los usuarios. ¿Es posible pensar en la cura de quien solo realiza un tratamiento de internación?

A 10 años de la promulgación de la ley de salud mental, es interesante la historia sobre cómo se construyeron las primeras comunidades terapéuticas para el tratamiento de las adicciones. Estas se iniciaron en el continente europeo y estaban ubicadas en espacios hospitalarios. Ernst Simmel, en los años veinte del siglo XX, creó un modelo terapéutico en Berlín. En estos espacios “se restringía la vida pulsional de los pacientes, es decir, nada de relaciones sexuales, prohibición de consumir alcohol, dietas estrictas y otras limitaciones análogas”]. Si bien estas restricciones se siguen observando en comunidades terapéuticas que buscan moldear la conducta, es interesante pensar a quien cura como aquel que forma parte de una comunidad diversa, que contenga, ubicando a la problemática dentro de la sociedad y no dejándola por fuera, aislada. Bajo las coordenadas de la época actual en la que vivimos, será necesario continuar fomentando espacios dentro de la comunidad, con otros parecidos y otros distintos (con otros malestares). Poder ayudar a quienes consultan- familiares y usuarios- implica intentar armar algo diferente, frente a una repetición que no cesa. Pensar en la “internación” desde diferentes miradas, pausando y dando lugar a la escucha.

Referencias Bibliográficas

- 2009 Fernando Pérez del Río. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., vol. XXX, (Enero-Marzo), n.º 105, 2010, pp. 145-149. Introducción. Origen alemán de la comunidad terapéutica
- Sedronar * Tics en la adolescencia.
- Sedronar. Estrategias para trabajar con familias y entornos afectivos en el abordaje de los consumos problemáticos de sustancias
- Sotelo. Clínica de la Urgencia
- Lacan. Seminario 17. El reverso del Psicoanálisis.
- C. Soler, en su texto “El anticapitalismo del acto analítico” (2004), ret Moscovici. Las representaciones sociales.



Mesa 4

Dispositivos

subjetivantes

Mesa 4. Dispositivos subjetivantes

Relato de experiencia de moderador/a.

Mabel Anido.

Estoy muy agradecida por haber tenido la posibilidad de moderar una mesa de trabajos en las 7mas. Jornadas de Salud Mental de Tigre. Me produjo una grata sorpresa y admiración el desarrollo que han logrado. Recuerdo mi primer encuentro con este colectivo de profesionales en Julio de 2021. En ese momento, pandemia por medio, acepté la invitación a dictar una capacitación para el Municipio en torno a los dispositivos grupales. Pude de ese modo tomar contacto con las inquietudes y dificultades que se les presentaban en la tarea y me resultó muy interesante percibir la intensión de desplegar la potencia de lo grupal.

Muchas veces se echa mano a lo grupal al modo de un plan B, porque lo individual escasea. Cuando son más las personas que quedan en espera por un espacio, de las que logran un turno, suele estallar una crisis en los equipos. A nuestros/as profesionales les duele cuando no pueden dar alguna respuesta digna a las personas que se acercan pidiendo ayuda. Es en esos momentos en que lo instituido puede dar paso a lo nuevo, a otras alternativas, a la creación. Fue muy emocionante constatar que el interés por lo grupal no se trataba de un plan B, sino de un enfoque. Me encontré con un terreno fértil para abrir la puerta a los dispositivos grupales. Estos aportan diferentes niveles de complejidad por la riqueza de espacios intersubjetivos.

Moderar esa mesa en torno a experiencias grupales tuvo un efecto muy reconstitutivo porque es evidente el desarrollo que fueron construyendo. Digo desarrollo y no solo crecimiento. No se trata de que hay mucho donde había poco. No es cuestión de cantidades. Desarrollo porque se puede leer en esos trabajos la intersectorialidad. El modo en que los recursos de nación, provincia y municipio generan sinergias potentes. Articulaciones en acto entre salud, educación y cultura, por ejemplo. El efecto reconstitutivo en mí tiene que ver con que, si bien la ley de salud mental es nacional y está en vigencia desde hace 10 años, no en todos los territorios se aplican las políticas que la instrumentan. Tigre da cuenta que es posible, eso alivia y alienta.

Estos trabajos evidenciaban procesos subjetivantes, pero ¿Qué hace que un dispositivo sea subjetivante o no? Sabemos que hay dispositivos que

efectivamente no sólo no favorecen, sino que por el contrario dificultan y evitan ese nivel de producción y hasta puede que tengan como objetivo lograr objetivar no subjetivar. A priori diríamos que ningún dispositivo, por maravilloso que sea, puede asegurar la producción subjetiva, la emergencia de manifestaciones de la subjetividad en juego.

¿Cómo formalizar el uso que hacemos de los dispositivos, para que efectivamente sean experiencias subjetivantes? Sobre todo, qué tipo de subjetividades promovemos.

Hay un requerimiento de trabajo psíquico a nivel singular y a nivel plural. Trabajo psíquico impulsado, promovido por el deseo de esos/esas profesionales. Esa búsqueda de que algo pase, se transforme, se conmueva, produzca alguna marca en relación al padecimiento. Ese deseo busca un lugar posible entre el padecimiento sufrido en soledad y la cronificación de personas institucionalizadas en espacios burocratizados. En medio de la tensión que generan esos dos polos temidos, se ubica el motor del deseo de estos/as profesionales, produciendo acontecimientos inconscientes articulados al lazo social.

También podemos ubicar desarrollo en el sector cuando hablan en PLURAL. Hablan de dispositivos, talleres, grupos, en plural. Esto abre una puerta a la lógica del pasaje. Esa posibilidad de no quedar detenido, retenido en un único lugar posible que delimita su pertenencia y hasta su identidad. Hay en esa lógica de cerrar un ciclo y abrir otro una posibilidad de actualización y de dar lugar a quien va siendo. De este modo tratamos de que el ser no se cristalice en una única imagen o significante que lo define y lo liga a un padecimiento; adicto, loco, discapacitado. En esos pasajes va siendo protagonista del desarrollo de diversos aspectos de su persona a partir de los cuales puede ser reconocido y reconocerse, escritor, cantor, panadero, etc. Los dispositivos podrán tomar la forma que sea necesaria y cambiar de piel tantas veces como haga falta para facilitar esos pasajes sin expulsión y sin retención.

Resulta imprescindible que la decisión sobre la creación y sostenimiento de cualquier dispositivo, individual, grupal o comunitario, sea trabajada desde una estrategia y con un diseño que contemple claramente sus objetivos y recursos necesarios. En estos trabajos se hace evidente el diálogo que mantienen entre efectores y funcionarios/as para pensar esas estrategias, así como la libertad y confianza depositada en cada equipo.

Mesa 4. Dispositivos subjetivantes

“El centro de día como dispositivo subjetivante: experiencias de los equipos de salud mental y adicciones en articulación con talleristas del municipio de Tigre”

Lic. Licia Silvestri y Tallerista Javier Hernandez.

Abstract

El presente trabajo trata de los talleres del centro de Día del Programa de Prevención y Asistencia en Adicciones (PPAA) que funciona en el CAFyS Talar Sur, Centro de Salud Mental y Adicciones en Talar, Tigre. El programa cuenta con dos áreas de trabajo diferenciadas en sentidos prácticos pero que se entrecruzan en todo el trabajo llevado a cabo por el equipo. Se encuentra por un lado la asistencia, que son los dispositivos y espacios creados para atender a los sujetos con problemáticas de consumo y sus familias; y por otro la prevención, aquellas acciones realizadas en territorio de promoción y prevención sobre las formas de abordaje de dicha problemática.

Talleres en el Centro de Día de Adicciones

Ahora bien, antes de presentar los talleres y lo trabajado en ellos, nos gustaría comenzar por ubicar la cuestión de las adicciones como una problemática de salud, en salud mental, haciendo lugar a lo promulgado por la Ley de Salud Mental hace 10 años, en tanto “Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con consumo problemático de drogas, legales o ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los sistemas de salud (...), las políticas públicas en la materia tendrán como objetivo favorecer el acceso a la atención de las personas desde una perspectiva de salud integral, garantizando todos los derechos establecidos en la Ley N° 26.657”.

Desde el PPAA entendemos la problemática del consumo de sustancias desde su complejidad y multicausalidad. Consideramos a las adicciones en el marco de los consumos problemáticos “entendidos como aquellos consumos que, mediando o sin mediar sustancias alguna afectan negativamente, en forma crónica, la salud física o psíquica del sujeto y/o las relaciones sociales (Ley 26.934 Plan IACOP) Proponemos un abordaje interdisciplinario apostando a la singularidad de cada sujeto. Las intervenciones en territorio están pensadas con el objetivo de promover la creación y el fortalecimiento de redes de acompañamiento

territorial que favorezcan el abordaje integral de estas problemáticas y que cuestionen la lógica de consumo existente.

Volviendo a los talleres, es dentro de las actividades antes descriptas en torno a la asistencia, que se encuentra el dispositivo de Centro de Día (CD). Para ingresar al mismo las personas pasan por una instancia previa de admisión, que consta de una entrevista donde se delimitan algunas cuestiones ligadas a la problemática de consumo, el contexto social - laboral, los tratamientos anteriores y sus alcances, entre otras. Si quien toma la entrevista lo considera pertinente, la persona ingresa al dispositivo. El CD consta de tres días por semana (Lunes, Miércoles y Jueves) 4 hs. por día por la mañana. Cada jornada se divide en dos módulos de alrededor de 2 hs. cada uno con un intervalo/recreo en el medio, espacio que también es contemplado por el equipo.

Dependiendo de cada día en el dispositivo de CD se ofrecen distintos espacios, están los que llamamos grupos y los llamados talleres.

Aquellos que llamamos “grupos” son coordinados por los psicólogos del equipo y tienen una impronta terapéutica y los llamados “talleres” tienen una intención relacionada con el armado del lazo social y el despliegue de las potencialidades de cada participante.

En el trabajo con sujetos toxicómanos nos dimos cuenta que muchos requieren para sostener el tratamiento de un andamiaje institucional, una estructura de sostén que de alguna manera les brinde cierto soporte simbólico y cierta trama social. Algo que les posibilite una cierta relación con el otro. Una relación diferente a la que tenían con el tóxico. En este sentido se les ofrecen estos espacios de talleres, no planteados como terapéuticos, con el objetivo de no psicologizar todas las actividades.

Los talleres se fueron generando a partir de acuerdos institucionales con algunas secretarías y subsecretarías del municipio que fueron integrándose al proyecto, otorgando profesionales en cada materia. El taller de Arte, que fue el primer espacio que se armó, junto al Museo de Arte Tigre. Es un taller en donde se ponen en juego la creatividad, la libertad de expresión y el trabajo grupal que se ordenan de acuerdo a distintas temáticas que proponen las profesionales que lo llevan a cabo. Además de las producciones diarias, se pintó un mural en el CAFyS el año pasado y estamos próximos a comenzar uno nuevo. Estas son actividades que entusiasman tanto a los pacientes participantes como a los profesionales que transitamos por el centro, es una actividad que impacta en la comunidad entera del CAFyS.

Este año se sumaron desde la Subsecretaría de Educación el Taller de Literatura, en donde también se realizaron producciones muy interesantes, algunas de las cuales fueron publicadas y expuestas en el cierre literario de talleres en el CUT el año pasado y ya están en proceso las nuevas para este fin de año.

Por último, y además la parte que me acompaña hoy, desde la Secretaría de Cultura el taller de Multirecursos Música.

Entendiendo la importancia de generar espacios de convivencia, colectivos y sociales, pero sin dejar de leer los movimientos que de esos espacios se propician, tanto en la singularidad como en la pluralidad. El desafío es entonces presentarles algunas de estas lecturas de lo trabajado en el taller de Música, tomándolo como ejemplo, para poder pensar cómo algo del armado del lado social se pone en juego para cada quien en estos dispositivos como prácticas subjetivantes.

Taller de Música en el Centro de Día de Adicciones

El taller de Música que se lleva a cabo está pensado como un espacio de transmisión de experiencias, de integración de vivencias. Como oportunidad para sensibilizar y percibir habilidades, destrezas, actitudes y aptitudes expresivas en los diversos lenguajes artísticos. Comprende poner en juego estrategias, saberes previos y condiciones de posibilidad deseantes y anímicas de participantes (pacientes) y coordinadores.

En los encuentros se compone, cada vez, artesanalmente, una producción, que se va descubriendo con los participantes. Los distintos significados se van produciendo como en una envoltura con distintas intensidades, pausas y silencios.

Las producciones pueden ser verbales, corporales o vinculares y son producto de la historia vital singular de cada sujeto. Al mismo tiempo están enmarcadas en un campo histórico, social y político.

Con la música se pueden ir abriendo canales de comunicación de forma paulatina, donde además de escuchar y escuchar-se, los integrantes pueden ir haciendo música a su manera y de acuerdo a sus propias posibilidades, que se irán desplegando y ampliando a lo largo del proceso grupal.

Schopenhauer escribió : “ la música es la forma pura del sentimiento” , siguiendo esta premisa se presentan diversos estímulos sonoros, verbales, gestuales, corporales que serán la vía posible para expresar, de acuerdo a sus respectivas

situaciones personales, sentimientos ligados a recuerdos, asociaciones y diversas resonancias que el acontecer grupal propicie.

Existen formas complementarias de trabajo ya sea con música grabada o en vivo. Que pueden ser acompañadas con movimientos corporales y/o con instrumentos varios, mayormente de percusión y con distintos efectos sonoros.

Relato a continuación una experiencia:

El grupo está debatiendo diversos temas sin llegar a ningún acuerdo, el clima es manifiestamente tenso. Interrumpo la actividad que se venía desarrollando sobre una mesa amplia de trabajo y los invito a la “sala de música” donde forman un círculo con sus respectivas sillas, apartándose de la mesa (esto implica un cambio de escena, un pasaje a otro espacio imaginario ya que es dentro de mismo lugar donde se arma la ronda). Los participantes sentados en círculo, eligen distintos instrumentos que están contenidos en un balde plástico (allí adentro hay sonajas, palillos, panderos, etc.). Se da la consigna de dialogar exclusivamente con los instrumentos, sin la inclusión de la palabra. Los participantes empiezan a hacer sonar los instrumentos. Además del cambio de clima que se va produciendo, se pueden observar las distintas modalidades vinculares y comunicativas. Como sucedía en un primer momento cuando mediaba la palabra, algunos de los sonidos producidos se dirigen a todo el grupo, otros a uno o dos integrantes y hay quienes “hablan” sin parar y no escuchan, no dirigen ese sonido a nadie. Pero como lo que se escucha es algo muy disruptivo, no queda otra forma que empezar a comunicarse, mirando y escuchando el sonido del otro, acompañando , y esperando los tiempos de cada uno en ese diálogo musical hasta que se forma una melodía audible.

Tomando esta experiencia como ejemplo de producción musical me gustaría mostrarles, por último, dos de las canciones que se construyeron en este espacio. Transcribo a continuación dos canciones grupales armadas con el aporte singular de cada integrante, donde a través de la música, se va elaborando y nombrando la conflictiva con los consumos problemáticos:

1) Los amantes de la reina traidora:

Aquí estamos, aquí estamos, limpios y sin humo
Estamos en grupo, en el grupo
En el grupo de adicciones, estamos, estamos
Y cantamos y cantamos
En el grupo

Estamos y seguimos En grupo
Yo te escucho,
Cantamos y cantamos y
Felices estamos

2) Como me gustaría:

Como me gustaría volar
Para seguir viviendo
No importan los tropiezos
Y lo que están diciendo
Ay! No se
Ya no se adonde voy
Ni tampoco de donde vengo
Ay! No se , Ay! No se.

Referencias Bibliográficas

- García, G. (2009). En torno de las identificaciones: claves para la clínica. Tucuman: Otium Ediciones. 2009.
- Lacan, J. (1964) El Seminario: Libro 11. Los Cuatro Conceptos Fundamentales del Psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós. 2013.
- Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Decreto Reglamentario 603/2013
Naparstek, F; Mazzoni, Y.; Bousoño, N. (2021). Clínica de las toxicomanías. El lugar del psicoanalista en las instituciones de tratamiento. En Anuario de investigaciones, vol. 28.
Recuperado de:
https://www.psi.uba.ar/investigaciones/revistas/anuario/trabajos_completos/28/naparstek.pdf
- De Brasi Juan Carlos (1986) Prólogo de Lo Grupal 3. Ediciones Búsqueda. De Brasi Juan Carlos (1997) Tránsitos, poéticas y políticas de la subjetividad/ Mesa Editoriales, Buenos Aires, 2007.
- Pavlovsky Eduardo (1987) Lo Grupal 1. Ediciones Búsqueda.
- Marcelo Percia Notas para pensar lo grupal Lugar Editorial Buenos Aires, 1989.
- Ana Maria del Cueto. Grupos, Instituciones y Comunidades. Lugar Editorial, Buenos Aires 1999.
- Ana Maria Fernandez El Campo Grupal. Notas para una Genealogía. Lugar Editorial, Buenos Aires 1986.
- Graciela Jasiner La Trama de los Grupos. Dispositivos orientados al sujeto. Lugar Editorial, Buenos Aires 2019.

Mesa 4. Dispositivos subjetivantes

“Encuentros en la segunda infancia: juegoteca”

Lic. Candelaria Nieva, Lic. Rocío Medina y Lic. Ayelen Barrios.

Introducción

El presente trabajo desarrollará la experiencia de la Juegoteca Pacheco/Delfino, inserta dentro de APS en los CAFyS de Pacheco y Eva Perón pertenecientes a la Municipalidad de Tigre.

Comenzó a funcionar como espacio de acompañamiento a infancias en el año 2022, solo en CAFyS Delfino, para convertirse en un proyecto de CAFyS Eva Perón en conjunto con CAFyS Pacheco, este año.

En este trabajo nos interesa abordar tres cuestiones básicas que hacen al desarrollo y la funcionalidad. 1- La juegoteca como dispositivo y la importancia del mismo para la comunidad y en especial para las infancias; 2- La funcionalidad de la juegoteca dentro de APS y las particularidades que eso conlleva, como se contraponen los intereses personales con los grupales y como la tarea grupal ordena a estas niñeces y 3- Ejemplificar el trabajo sostenido y los logros alcanzados por medio de experiencias que consideremos emblemáticas y disparadoras de nuestro accionar.

Juegoteca como dispositivo

¿Por qué Juegoteca?

Cuando las infancias juegan, conocen el mundo que los rodea, se incorporan a él, construyendo su identidad y en vínculo con sus pares. Cuando juegan, imaginan y construyen otros mundos, escenarios diferentes a sus realidades y posibilidades. El juego, a la vez que es transformador, posibilita la elaboración y el repensar de experiencias tanto positivas como negativas.

La juegoteca es un espacio lúdico y socializante, planificado con intencionalidad, que apunta a la formación integral a través del juego, colaborando así con las necesidades afectivas, cognitivas, motrices y sociales que toda infancia necesita para su desarrollo integral. Estos espacios buscan brindar la posibilidad del encuentro con la creatividad, la imaginación, la fantasía, el placer y el desafío de aprender de los aciertos y los errores. Es así que la juegoteca se convierte en constructora de identidad.

Las juegotecas son espacios de encuentro, los juguetes no se distribuyen individualmente sino a espacios institucionales. En esta línea se busca fortalecer en territorio los espacios de atención a la infancia.

El juego posibilita la comunicación y el aprendizaje; favorece los vínculos interpersonales y grupales y la exploración del mundo que los rodea. A través del juego, las infancias incorporan no solo habilidades y saberes, sino también valores como la solidaridad, compañerismo y relacionarse con un otro ajeno a su círculo más cercano.

El juego como recurso es invaluable, dará lugar a la exploración en todos los ámbitos de la vida del niño; y a la vez, es un valor social debido a que contribuye a la formación de hábitos y costumbres, como la solidaridad y cooperación al enfrentarse a situaciones significativas que le permiten ver la realidad del mundo que los rodea.

Las juegotecas fomentan entonces la estructuración de los espacios lúdicos como espacios de encuentro, de juego compartido, y constructor de identidad, con equipos formados a tal fin, encarnado en procesos pedagógicos, atractivos y divertidos para la población participante. Buscan revalorizar el valor del juego tanto a nivel individual como grupal y desde allí llegar a lo comunitario.

A su vez, las familias forman parte también del dispositivo ya que se les brinda un espacio de orientación a los referentes afectivos como también se incluye a las escuelas donde asisten los niños.

Funcionalidad dentro de APS, en el barrio de Pacheco y Delfino

Para la OPS “un sistema de salud basado en la atención primaria de salud orienta sus estructuras y funciones hacia los valores de la equidad y la solidaridad social, y el derecho de todo ser humano a gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”.

Los CAFyS, en especial el de Pacheco y Eva Perón, ambos insertos en la localidad de Gral Pacheco, cuentan con la particularidad de poseer el espacio de juegoteca con un equipo psicosocial que lo lleva a cabo. Esta idea surge en una reunión disciplinar dónde se llega a la conclusión que al encontrarse los dos centros en la misma zona, podrían compartir espacio y así también incluir otras miradas de las profesionales que llevan el espacio acabo.



El dispositivo de juegoteca propone un abordaje grupal de las infancias; éstas se presentan en las salas, ya sea por derivaciones internas de los profesionales o de las escuelas con las que se articulan. Son niños o niñas que desde lo individual no presentan grandes particularidades pero que a la hora de interactuar con un otro, con un par, se observan comportamientos o características a trabajar sobre sociabilidad, solidaridad y empatía con el otro.

El abordaje grupal aparece entonces como un dispositivo vincular que ofrece múltiples posibilidades de aplicación ante los nuevos desafíos que se presentan tanto en el campo de la clínica como en la promoción de salud en la niñez, y familias. Es una herramienta terapéutica que puede presentarse como el tratamiento principal o complementario a la psicoterapia individual y a su vez ayudar a la mejora sintomática, puede tener un efecto positivo sobre la autoestima, especialmente en la calidad de comunicación, las relaciones sociales con pares y superiores y también produce cambios sobre la percepción interpersonal de cada uno y el mundo que los rodea.

Las relaciones entre pares y los procesos de socialización en la primera infancia son esenciales para la adaptación psicosocial actual y futura; juegan un papel fundamental en el desarrollo de las infancias ayudándoles a manejar nuevas habilidades sociales y a acceder a las normas sociales y procesos involucrados en las relaciones interpersonales.

Uno de los factores claves asociados a los problemas de relaciones con otros niños es la conducta. Aquéllos que son agresivos, hiperactivos o retraídos y tímidos a menudo enfrentan un mayor rechazo. La relación entre la conducta agresiva y el rechazo de los pares puede variar según factores como género, etapa de desarrollo y grupo de pares, pero siempre se obtiene el mismo resultado; falta de socialización.

A largo plazo, las primeras dificultades de interacciones entre pares se correlacionan con diversos problemas de adaptación en la adolescencia y en el adulto joven, que pueden ser deserción escolar, conductas antisociales y problemas emocionales, los cuales se traducen en aislamiento, y en posible depresión y ansiedad.

Juegoteca en acción: desafíos y estrategias

El lugar de la familia

Desde el equipo nos propusimos estrategias para abordar una problemática fundamental y muy presente: ¿cómo hacer frente al aburrimiento, sin recurrir a la



tecnología como único recurso. Abrimos un encuentro con familias e infancias y preguntamos: *¿Qué hacían ellos para no aburrirse en su infancia?* a lo que respondieron: jugar en la calle, con amigos. Las niñas presentes, ninguna había experimentado esa posibilidad, sin correr los riesgos propios que hoy habitan en el barrio. La realidad social y económica nos enfrenta con padres agotados frente a la exigencia laboral, con poco tiempo de calidad compartido, que reduce las posibilidades al uso del celular o tablet, sin que el juego haga su trabajo como creador subjetivante. Entendiendo esta problemática, propusimos intercambiar ideas de juegos con niñas para sostener en el hogar, y también lo tuvimos en cuenta en la planificación de nuestro taller: hacer espacio a las familias.

A partir de este momento se nos hizo necesario repetir el encuentro mensual solo con familias, porque también nos permitía tener presente qué problemáticas atravesaban cada hogar, favoreciendo el lazo entre la comunidad ¿Por qué no posibilitar un futuro encuentro de familias o niñas por fuera de la juegoteca?

El encuentro con familias, nos permite también regular algo de la demanda de cuidadores, al cierre de la juegoteca, para hablar sobre diferentes cuestiones que van apareciendo en el hogar. Encontramos así como el grupo favorece desde un lugar identificador que cuidadores puedan compartir experiencias, despertado desde lo que resuena de la historia de un otro: mamás jefas de hogar y su dificultad para sostener ante la ausencia paterna, rivalidad entre hermanos, síntomas ubicados en las niñas que resuenan de la propia infancia *“yo sé por lo que pasa, porque yo también era muy tímida en la escuela”*.

Trabajar la subjetividad desde lo grupal

Siendo la juegoteca formada por integrantes del mismo barrio y a veces la misma escuela, nos encontrábamos con “alianzas internas” dentro del grupo, que favorecía la integración de los nuevos participantes (¿qué mejor que comenzar en un lugar nuevo con una cara conocida en el grupo?) pero también, generaba alianzas internas, que impedía la participación de todos. Ayelen, trabajadora social que también integra el equipo, propuso la idea de estaciones, donde cada una de nosotras permanecía en espacios diferenciados dentro del sum, con diferentes propuestas (juego libre/juego reglado/dibujo) para grupos reducidos, permitiendo también la observación e intervención en el juego de forma más personalizada. Esto nos permitió encontrar más de cerca la singularidad de los integrantes, y luego del cierre del espacio compartir entre nosotras nuestra impresión de cada estación, pensando diferentes estrategias acorde a lo que observamos en los integrantes: esa niña tímida que no hablaba,

en un grupo reducido sin su hermana extrovertida, empieza a encontrar su voz.

A modo de conclusión, queríamos compartir nuestra experiencia en el espacio, que más allá de todas las dificultades institucionales que implica: coordinar horarios en común; correrse de la demanda de espacio individual para encontrar otra dispositivo de intervención posible; dificultades materiales como un SUM, o juguetes disponibles; nos implicó un espacio de sorpresa y aprendizaje constante, donde semana a semana nos enfrentamos con diferentes desafíos que solo el disfrute de llevar a cabo el espacio, como sus efectos en las infancias, lo hacen posible.

Mesa 4. Dispositivos subjetivantes

Crónica de la mesa de Cierre Comisión organizadora.

Participaron la Lic. Florencia Surmani, la Dra. Claudia Bang. y el Lic. Jason Ramírez como moderador de mesa.

Florencia Surmani introduce la pregunta por el concepto de “Práctica subjetivante”: ¿Cómo se subjetiviza algo o alguien?, señalando que Lacan nos orienta al respecto, al mencionar que la subjetivación supone al menos tres lugares: la relación entre dos, más uno, el tercero, representado en la cultura o el lazo social, a contraposición de las relaciones de poder especulares, duales, las cuales se erigen en una posición de objetivación del sujeto, destacando que invocar o convocar la subjetividad difiere radicalmente al objeto, pues introduce allí una espera a que algo acontezca, surja, tome voz.

En el campo de la Salud Mental y de sus prácticas, la subjetividad no es algo dado, innato, a ser develado. Lo previo a los tiempos fundantes y constitutivos de subjetividades son las marcas que cada quien trae -incluso previas al nacimiento- del sistema social-familiar.

La práctica subjetivante pone en acto la subjetivación en el punto en que ese “tu eres”, ese nombramiento posible produce un sujeto por el acto de la palabra que da lugar a ese para que tome la palabra y cobre voz: punto en el cual alguien es convocado a responder, y al tiempo que lo hace, en tanto que lo hace, produce sujeto allí donde se hace lugar a la posibilidad de responsabilización subjetiva, como nos enseña el psicoanálisis -muy resistido en la época: a encontrarse como sujeto dividido, donde no hay ningún elemento de lo simbólico que le permita decir: “es esto y no otro”. Ahí el sujeto es quien responde y produce su división, tratándose de una posibilidad ética que no puede responderse más que como efecto de una práctica. Punto en el que Florencia nos advierte respecto de ese detenimiento en “la objetivación y la estadística que empastan las prácticas de Salud Mental: incluso la subjetividad misma es Otro respecto de eso, el sujeto es otro para si mismo, lejos de la unidad pretendida por el empuje de la época. En la lógica del reconocimiento ese “tu eres” produce diferencias entre lo uno y lo otro”.

Claudia Bang destaca la importancia del lazo social y del acompañamiento de



los procesos territoriales en la época actual, citando a Alicia Stolkiner en sus conceptualizaciones sobre la “tensión entre procesos de objetivación y subjetivación en nuestras prácticas: ¿Cómo abordar la locura y pensar procesos de subjetivación en un contexto social de “barrido de subjetividad, en un contexto económico tan adverso?”.

Sugiere diseñar proyectos “con objetivos claros, líneas de articulación de dispositivos que lleven a la Salud Integral”, al tiempo que se pregunta “¿Cómo abrir espacios que generen subjetividades hoy, ahí donde el mercado abarrotado de objetos que “resolverían” los padecimientos taponado el síntoma?”, proponiendo una vía de acción posible mediante “prácticas de cuidado y salud mental que se den allí donde habitan las personas, más allá de la presencia de los profesionales”, destacando que “la potencia de lo vincular requiere de tareas que el modelo biomédico en general desestima” y señalando lo adverso de la época: “precarización laboral y de género, rol del Estado como garante de derechos, responsabilidad en la escucha, derecho al acceso a la Salud Mental”, etc.; tensión sostenida en el trabajo comunitario bajo la “mirada integral de la clínica ampliada” en “épocas de fragilización de los lazos sociales y de las redes comunitarias”.

Del intercambio entre participantes de mesa, surgen las siguientes preguntas disparadoras: “¿Qué lugar ocupamos como equipos en los entramados sociales comunitarios?, ¿Con quién o quienes entramar qué cosas en situaciones donde parece que no hay trama?, ¿Con quienes hacemos lazo desde nuestros lugares?, ¿Cuales son los vínculos y tramas existentes con los que podemos hacer lazo? ¿Quiénes cuidan a las y los profesionales de salud?, ¿Con qué actores es posible armar cuales estrategias de intervención?

Desde el auditorio, la Lic. Karina Avalo Miller propone que “se hace lazo por la vía de lo que nos falta, ese no saber, la necesidad del otro, tanto hacia los usuarios como hacia nuestros compañeros... se hace lazo en y desde nuestras prácticas”.

Video Apertura de las Jornadas



Ver Video



¡Muchas

Gracias!



TIGRE
MUNICIPIO