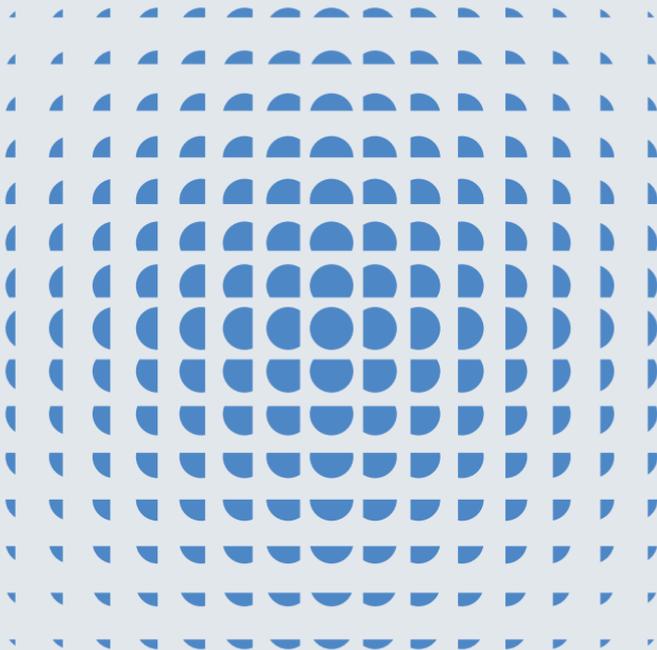


¿Cómo intervenir en las urgencias?

Nuevas subjetividades, nuevos dispositivos



2.ª JORNADAS DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES





**Ministerio de
Salud**
Presidencia de la Nación

Subsecretaría de Gestión de Servicios Asistenciales



Hospital Nacional en Red
Especializado en salud mental y adicciones,
EX CENARES

¿Cómo intervenir en las urgencias?

Nuevas subjetividades, nuevos dispositivos



2.ª JORNADAS DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES

DIRECTORA DE EDICIONES LICENCIADA LAURA BONAPARTE:

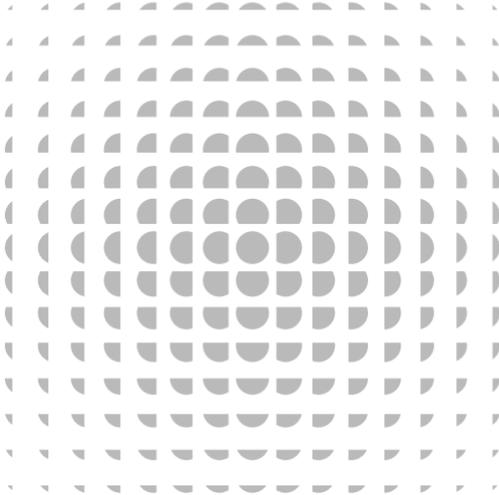
Edith Benedetti

¿Cómo intervenir en las urgencias?

Nuevas subjetividades, nuevos dispositivos



2.ª JORNADAS DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES



2.^{as} Jornadas de salud mental y adicciones. ¿Cómo intervenir en las urgencias? Nuevas subjetividades, nuevos dispositivos/ AA. VV.; edición a cargo de Mariana Cantarelli y Mariana Camilo de Oliveira; con prólogo de Edith Benedetti. - 1ra. ed. - Buenos Aires, Ediciones Licenciada Laura Bonaparte, 2014.

416 p., 21x13,5 cm.

ISBN 978-987-45365-3-2

1. Salud Mental. 2. Adicciones. 3. Urgencias.

I. Abal, Yamila. II. Benedetti, Edith, prolog.

CDD 362.2

Ediciones Licenciada Laura Bonaparte:

Directora de la editorial: Edith Benedetti

Coordinadoras académicas de la editorial:

Mariana Cantarelli y Mariana Camilo de Oliveira

Asistente en la coordinación editorial:

Natascha Ikonicoff

Combate de los Pozos 2133

C1245AAS, Ciudad Autónoma de Buenos Aires,

Argentina.

www.cenareso.gov.ar

editorial@cenareso.gov.ar

2.^{as} *Jornadas de salud mental y adicciones*

Serie Jornadas y congresos

Editoras responsables del volumen:

Mariana Cantarelli y Mariana Camilo de Oliveira

Coordinadora de la edición: Ana Kuschnir

Diseñador: Leonardo Ferraro

Diagramadora: Silvana Ferraro

Correctora: Roberta Zucchetto

© 2014, Ediciones Licenciada Laura Bonaparte.

1ra. edición del presente volumen.

Hecho el depósito que establece la Ley 11.723.

Libro de edición argentina.

No se permite la reproducción parcial o total, el almacenamiento, el alquiler, la transmisión o la transformación de este libro, en cualquier forma o por cualquier medio, sea electrónico o mecánico, mediante fotocopias, digitalización u otros métodos, sin el permiso previo y escrito del editor. Su infracción está penada por las leyes 11.723 y 25.446.

Autoridades

MINISTRO DE SALUD DE LA NACIÓN

Dr. Juan Luis Manzur

SECRETARIO DE POLÍTICAS, REGULACIÓN E INSTITUTOS

Dr. Gabriel Yedlin

SUBSECRETARIO DE GESTIÓN DE SERVICIOS ASISTENCIALES

Dr. Carlos Devani

**Hospital Nacional en Red especializado
en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo)**

INTERVENTORA GENERAL

Lic. Edith Benedetti

INTERVENTOR DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO,
FINANCIERO Y SERVICIOS GENERALES

Cdor. Pablo Cuadros

Índice

- 15 Prólogo, por Edith Benedetti
- 21 I. URGENCIAS SUBJETIVAS
- 23 Modos de presentación de la urgencia en tiempos de la «toxicomanía generalizada», por Carolina Alcuaz y Andrés Rodríguez Evans
- 32 Subjetivar la urgencia, por Rubén Bernardo Ghía
- 42 Damián: un caso de psicosis en Hospital de Día, por Florencia Cohen Arazi, Nicolás Gil e Ignacio Peleregui
- 52 «Todo lo sólido se desvanece en el aire». Un caso sobre toxicomanía en la urgencia, por Claudia Cartier y Nicolás Oviedo
- 58 Dar sustancia a la existencia. El alcohol y la urgencia, por Ángeles Alonso y María Verónica Rabanal
- 65 Grupos de espera: una apuesta al inicio, por Clara Szpindel
- 71 Reflexiones acerca de la urgencia institucional en el consumo problemático de sustancias, por Matías Ambrosio y Cecilia Dionisio

- 82 De urgencias y urgencias..., por Paola Luján Boccalari, Felipe Martín Drut, María Eugenia García y Daniela Sierra
- 88 Complejidad en el abordaje de la urgencia en el Servicio Ambulatorio de Niñas, Niños y Adolescentes del Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo), por Carolina Alcuaz y Pablo Andrés Coronel
- 99 Sobre las urgencias subjetivas en adolescentes: aprendizajes desde y para la práctica clínica, por María Cecilia Elia
- 107 Adicciones y conductas de riesgo en adolescentes: la urgencia subjetiva, por Martina Fernández Raone
- 121 II. URGENCIAS SUBJETIVAS Y DESAMPARO SOCIAL
- 123 ¿Qué puede el hospital? Las Casas Amigables como estrategia de anudamiento en nivel primario ante las urgencias y el desamparo, por Edith Benedetti
- 145 Intervención social, posibilidad y destino para la reconstrucción del vínculo social, por Paula Gabriela Cabanchik
- 152 ¿La urgencia como un momento clínico?, por Miguel Ángel Casella
- 160 «No sólo es contar con una guía de recursos». La función del trabajo social ante la presentación de la urgencia, por Florencia Cohen Arazi y Roxana Piediferri

ÍNDICE

- 170 Sobre el paciente en situación de calle: consideraciones asistenciales para Guardias, por Pablo Daniel Catalán
- 180 Repensando la accesibilidad al tratamiento a partir del dispositivo de Casa Amigable de Zavaleta, por Marina Anido, Silvana Ghiselli y Gabriela Inés Mastellone
- 191 Construcción de nuevas subjetividades y prácticas vinculadas a la salud en las comunidades trans, por Yamila Abal y Denise Demarco
- 198 «Y yo estoy aquí, borracho y loco». Del desamparo a la búsqueda de un lugar posible, por Laura Beatriz Castro y Meital Felder
- 207 Otro mundo es posible, por Mariana Bermejo, Paula Piñero y Alejandra Pozzer
- 216 Los sonidos en la urgencia, por María Lorena Battán Carabjal y Carlos Ariel Morales
- 225 Maternidad y consumo de drogas: ¿una cuestión para el Poder Judicial?, por Eliana Olinda Alves, Tatiana Oliveira Moreira, Vânia Simões Fadigas y Aline Pereira Diniz
- 234 Una aproximación etnográfica de los diferentes abordajes preventivo-asistenciales acerca de la problemática de las adicciones en el barrio de Barracas Sur, por Sofía Rodríguez Ardaya y Eugenia Rouillé
- 244 Urgencia subjetiva y desamparo social del adolescente en conflicto con la ley: posibilidades de intervención, por Elisa de Santa Cecilia Massa

- 257 III. CONDICIONES Y CRITERIOS DE INTERNACIÓN
EN LA URGENCIA
- 259 Del *homeless* al modelo de la acción humana:
fundamentaciones marco para las intervenciones
en urgencias, por Pablo Daniel Catalán
- 269 Intervención en la urgencia y tiempos subjetivos.
«Si es breve, dos veces bueno», por María Celeste Balut
- 276 La urgencia de admitir, por Ana Clara Cámara, Milagros Canosa,
Genaro Grecco y Juan Rodríguez
- 284 Inimputabilidad y salud mental, una figura que interpela
generando preguntas y requiriendo consensos,
por Mariano Gustavo Rey y Silvia Inés Rodríguez
- 293 Riesgo cierto e inminente, peligrosidad, inimputabilidad,
por Diana Lorenzo
- 307 Riesgo en salud mental: concepciones hacia una nueva
práctica, por Pablo Daniel Catalán, Leonardo Fernández Camacho,
Gabriel Hernán Hagman y Natalia Lamothe
- 319 IV. EQUIPO INTERDISCIPLINARIO E INTERVENCIONES
EN LAS URGENCIAS
- 321 Manejo de la urgencia en sujetos bajo transferencia
en un dispositivo ambulatorio intensivo,
por Alejandra Doallo, Mario Iribarren y Marisa Prestía
- 328 La palabra intoxicada, por Alejandro Daniel Mogliatti
y Andrés Rodríguez Evans

ÍNDICE

- 334 Interdisciplina, urgencia... interpeladas por las marcas de época, por María Lorena Battán Carabajal, Romina Eliana Benítez, Ricardo Omar Bustíos Lojewski, Analía del Valle Moreno, Mónica Cristina Machín y Adriana Haydeé Mercado
- 345 Implicancias de la guardia de 24 h. Lecturas desde una mirada crítica, por Josefina Cantero, Florencia Mir, Anabella Titaro y Alejandro Todaro Kicyla
- 357 Maldita espera, por Soledad Bordalecou, Martín Bruni, Carolina Campion, Patricia Fridman, Gabriela Galland y Alejandro Todaro Kicyla
- 366 Caminando el proceso de reforma: caracterización de una Guardia Interdisciplinaria basada en derechos, por Pablo Daniel Catalán y Leonardo Fernández Camacho

EPÍLOGO

- 377 Elogio de la institución. Nuevas subjetividades, nuevos dispositivos, por Mariana Camilo de Oliveira y Mariana Cantarelli
- 385 Acerca de los autores
- 399 Sobre el sello Ediciones Licenciada Laura Bonaparte, por Edith Benedetti

Prólogo

Edith Benedetti

El 8 de octubre de 2013 se realizó la *1.º Jornada de salud mental y adicciones. Dispositivos de intervención clínica*, organizada por el Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo). En esa ocasión, participaron como expositores fundamentalmente los profesionales de la casa, y su eje problemático fueron los dispositivos de intervención clínica. Por diversas razones, esa experiencia resultó muy enriquecedora. Por un lado, la escritura de los trabajos nos invitó a revisar y repensar nuestra práctica clínica e institucional en el hospital en el marco de la legislación actual en salud mental. Por otro lado, nos permitió conversar con otros profesionales de la salud mental sobre los dispositivos asistenciales del hospital.

Ahora bien, cuando imaginamos esa 1.º Jornada, no pensamos en una actividad aislada, sino en la necesidad de construir un espacio de pensamiento sostenido sobre la salud mental y las adicciones del que participen los profesionales del Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo) y otros profesionales e instituciones vinculados con este campo. Con este objetivo como norte, decidimos que la 1.º Jornada fuera el puntapié inicial de una serie de jornadas organizadas por este hospital. Como parte de ese proceso, también entendimos que era necesario crear un sello editorial del hospital que difundiera estas y otras producciones académicas y científicas. El primer volumen de las Ediciones Licenciada Laura Bonaparte, que inaugura la serie Jornadas y congresos, reúne una serie de co-

municaciones presentadas durante la 1.^o *Jornada de salud mental y adicciones*.

En este momento, el lector de este libro tiene en sus manos el segundo volumen de la serie Jornadas y congresos, que contiene una selección de comunicaciones presentadas para las 2.^{as} *Jornadas de salud mental y adicciones*. *¿Cómo intervenir en las urgencias? Nuevas subjetividades, nuevos dispositivos*, desarrolladas el 23 y 24 de octubre de 2014. Se trata de trabajos de diverso tipo (reflexiones teóricas, análisis de dispositivos asistenciales, presentación de casos, estudios comparativos, etc.) elaborados por profesionales de nuestro hospital pero también de otras instituciones de la Argentina y de Brasil.

Después de revisar esta breve historia de las jornadas convocadas por el Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo), resulta oportuno señalar por qué la interrogación que gobierna las 2.^{as} Jornadas es la urgencia. ¿Por qué detenerse en las intervenciones en la urgencia? ¿Por qué un hospital pone el foco en las urgencias? En primer lugar, se podrá argumentar que es un tópico muy visitado por los discursos sanitarios. Mucho se ha dicho y escrito sobre las urgencias y las emergencias, sus diferencias y las estrategias de intervención en cada caso. Sin embargo, hay algo más. En segundo lugar, y seguramente esto sea lo más relevante, actualmente nos topamos en el hospital, tanto en el establecimiento hospitalario como en los dispositivos extramuros, con presentaciones cada vez más complejas de casos (conductas impulsivas, trastornos adaptativos y otros) que nos invitan a repensar de qué hablamos (hoy) cuando hablamos de urgencia y de urgencia subjetiva desde una perspectiva psicoanalítica. ¿Cuál es el estatuto de la temporalidad en una urgencia subjetiva y en una emergencia médica? Y sobre todo, cómo intervenir ante esas presentaciones complejas.

Pero también, y esto forma parte de la complejidad que señalamos, nos enfrentamos con un tipo de sufrimiento que no puede ser considerado exclusivamente desde una perspectiva clínica. O al menos, como la veníamos considerando. Teniendo en cuenta la población

con la que trabajamos en el hospital, el desamparado social¹ se convierte en una categoría clave para dar cuenta de esta novedad. ¿Acaso podemos pensar cómo intervenir en la urgencia sin tener en cuenta la fragmentación social? ¿Es posible colocar entre paréntesis las consecuencias sociales y subjetivas que produjeron las políticas públicas neoliberales sobre los sujetos cuando diseñamos un dispositivo hospitalario? ¿Qué tipo de urgencia es necesario pensar cuando trabajamos desde una institución con sujetos cuyos derechos han sido vulnerados sistemáticamente? Sobre estas cuestiones versan la primera y la segunda parte de este libro.

Asimismo, la interrogación por la urgencia subjetiva y el desamparo social es una interrogación que nos hacemos en el marco de la legislación vigente en salud mental y las políticas públicas sanitarias nacionales, en tanto que hospital nacional. En este sentido, pensar la urgencia también implica pensar otras dos dimensiones clínicas y político-institucionales centrales, que se revisan en la tercera y en la cuarta parte del libro.

En primer lugar, la internación, sus condiciones y criterios. También su relación con la urgencia. En definitiva, la internación como recurso de un plan terapéutico. En segundo lugar, el equipo interdisciplinario en la urgencia. Esta cuestión, no hay dudas, merece una consideración en sí misma. Pensar hoy una política pública en salud mental requiere pensar muy seriamente qué implica construir un equipo interdisciplinario. Entre otras cosas, porque no hay chance de intervenir sobre la complejidad subjetiva y social sin trabajar sobre esa otra complejidad que es el equipo interdisciplinario. En este caso, en la urgencia.

Una última cuestión. La pregunta *qué puede un hospital* es una pregunta que me interpela desde siempre. En este momento, como interventora de un hospital nacional especializado en salud mental

1. Para ampliar el concepto de *desamparo social*, véase Edith Benedetti, «Qué puede el hospital? Las Casas Amigables como estrategia de anudamiento en nivel primario ante las urgencias y el desamparo», en la presente edición, pp. 123-144.

y adicciones, se reedita la cuestión pero tal vez de esta otra manera: qué puede un hospital ante esta complejidad subjetiva y social, qué efectos está en condiciones de producir sobre los sujetos con los que trabaja. En definitiva, cómo puede reparar el sufrimiento subjetivo y social. No hay dudas de que se trata de una empresa muy compleja que requiere de trabajo, recursos, política, pensamiento. En estas jornadas de 2014, nos preguntamos *qué piensa el hospital* (sobre las urgencias), y seguramente sea una de las formas de rodear la gran pregunta acerca de *qué puede el hospital* en estas condiciones.

I. URGENCIAS SUBJETIVAS

Los trabajos que integran esta sección reflexionan sobre el complejo y variado terreno de las urgencias subjetivas en salud mental. Entre otras interrogaciones, aquí se retoman las siguientes preguntas: ¿de qué hablamos cuando hablamos de urgencias subjetivas hoy? ¿Con qué nuevas modalidades de presentación de urgencias nos enfrentamos en la actualidad? ¿Qué distingue una situación de urgencia de una emergencia en salud mental? ¿Cómo pensar hoy el entrecruce entre urgencia subjetiva y consumo problemático? Por otro lado, ¿qué implica pensar una intervención en este campo? ¿De qué modo lo que irrumpe en una situación de urgencia se relaciona con los procesos de subjetivación? ¿Cómo pensar el diagnóstico diferencial en este tipo de intervenciones, y de qué modo se relaciona con la respuesta demandada y con aquella que brinda el equipo interdisciplinario?

Con estas interrogaciones como norte, los textos que integran esta sección problematizan la noción de «urgencia subjetiva» y las estrategias de intervención clínica.

Modos de presentación de la urgencia en tiempos de la «toxicomanía generalizada»

Carolina Alcuaz y Andrés Rodríguez Evans

Introducción

Consideramos que la clínica con pacientes con consumo problemático de sustancias psicoactivas constituye un campo caracterizado por la heterogeneidad de los discursos y prácticas que lo atraviesan, y por ende presenta una complejidad conceptual para definirlo. Podríamos ubicar tres cuestiones principales: por una parte, el hecho de que hablar de toxicomanías implica pensar la época actual, el contexto social y su discurso sobre «las drogas». Por otra parte, la consideración de la singularidad del sujeto, es decir, la función de la sustancia y el uso que hace alguien de ella. Por último, los efectos de las sustancias a nivel del cuerpo.

Nos interesa destacar en este trabajo algunas de las modalidades de presentación de estos llamados «nuevos síntomas sociales», que se caracterizan por un escenario complejo, que situaremos bajo el sesgo de la urgencia.

La psicopatología hipermoderna

La época actual ha sido caracterizada como una época de consumo generalizado y de fragilidad de los lazos sociales. La ausencia de referencias simbólicas, el fracaso de los significantes amo y la caída de los ideales, que en algún momento dieron sentido y amparo a la existencia de los individuos, han tenido efectos y consecuencias en las

subjetividades. Nos encontramos con individuos a la deriva, desorientados, cuyos efectos leemos en la modalidad actual de una vida caótica, sin puntos de referencia. Son sujetos sin anclaje, refugiados a veces en identificaciones sólidas, padeciendo los efectos de vacío o sinsentido de la vida misma. Ante esto, el empuje al consumo compulsivo y a veces mortífero con objetos inhumanos y asexuados pareciera ser un antídoto y una respuesta al malestar de la civilización contemporánea.

En la era del «culto frívolo de lo efímero del goce» (Recalcati, 2010), la búsqueda de la felicidad y de la satisfacción a través del consumo sin espera de los objetos ofrecidos por el mercado ha devenido un imperativo superyoico que aclama como ideal que siempre es posible gozar un poco más; en donde la dimensión del tiempo cobra el carácter de un presente perpetuo, que bajo la lógica de una temporalidad del instante de la satisfacción, anula el tiempo propio de la inscripción de toda experiencia.

Ante este empuje compulsivo por la satisfacción inmediata a partir de un objeto, el consumo problemático de sustancias deviene el paradigma de los nuevos modos de padecimiento de la clínica contemporánea. La civilización actual, a través del discurso capitalista y los objetos promovidos por el mercado de la ciencia, produce sujetos «toxicodependientes».

Si para Freud estar en la cultura implicaba una renuncia pulsional, para la civilización hipermoderna pareciera que no se trata de renuncia, sino de la promoción y el empuje al goce, que anula y eclipsa el deseo.

Esto es algo que escuchamos en muchos pacientes, en quienes la dimensión de la queja neurótica en relación con el deseo y la falta pareciera haber desaparecido. Muchos sujetos ya no padecen de prohibiciones, de insatisfacciones, sino que el modo de presentación del sufrimiento es ubicado más bien del lado del exceso y el vacío: anorexias, bulimias, trastornos del ánimo, depresiones, adicciones, pasajes al acto.

En estas formas actuales de la psicopatología, en oposición a la clínica del síntoma y su cifrado simbólico puesto en juego en la trama

del inconsciente, nos encontramos con dos versiones en las cuales el estatuto del sujeto del inconsciente aparece eclipsado. Por un lado, aquella que constituye la clínica del narcisismo, del yo, de las identificaciones rígidas o conformistas a los semblantes sociales; por otro lado, aquella que se expresa bajo una exigencia imperiosa de goce, más allá de toda mediación simbólica. Se trata de una clínica más ligada a lo real de la pulsión, en donde la presencia del cuerpo se manifiesta en favor de la descarga inmediata, de la evacuación de la tensión, a través de acciones y prácticas compulsivas que anulan el pensamiento. Se trata de un goce pulsional que pareciera desconocer lo simbólico de la castración.

Bajo esta modalidad de presentación, la clínica contemporánea pareciera ser más una clínica de la pulsión de muerte que una clínica del deseo. En las consultas se hace evidente una dificultad creciente en dar sentido a la vida, a la propia existencia, con la presencia de un vacío que empuja a un goce desenfrenado que muchas veces aniquila la vida misma. Este empuje pulsional pareciera no estar articulado al fantasma, a la castración y al deseo, sino que se manifiesta más bien como un intento fallido de colmar el vacío, mediante una práctica autista y autoerótica, desconectada del Otro.

Clínica de los consumos problemáticos o clínica de la urgencia

La complejidad en que se presentan las consultas fuerza a repensar y adecuar los dispositivos existentes en función de poder dar respuesta a la problemática subjetiva en esta época.

La dificultad que se presenta al tratamiento por la palabra es la ausencia de la dimensión sintomática que vuelve la intoxicación una respuesta o solución más que un problema. Siguiendo los planteos de Massimo Recalcati (2010), el consumo de sustancias no constituye únicamente una práctica ligada a la satisfacción mortífera. Este autor plantea tres tipos de respuesta y de función de la sustancia en la economía libidinal de un sujeto:

- **El consumo como práctica pulsional**, como práctica de goce, que separa al sujeto del Otro sexo. Es una experiencia de goce que rechaza todo vínculo de amor con el otro y el límite simbólico de la castración.
- **El consumo como modalidad identificatoria** puede funcionar como cultura del goce que genera sentido de pertenencia e identidad. Hay una nominación inédita que refuerza un narcisismo deficitario: «soy toxicómano».
- **El consumo como modalidad de defensa** contra la angustia relativa a la problemática de la asunción subjetiva del propio deseo (neurosis), o al problema del encuentro con el goce maligno del Otro o con el retorno del goce en el cuerpo (psicosis).

Es justamente la función de solución que cumple el consumo lo que permite muchas veces explicar la esterilidad discursiva, la ausencia de relato y la fragilidad del lazo social con otros de aquel que consulta. Es importante ubicar los momentos en que dicha solución se ve cuestionada, lo que origina un pedido de atención al hospital. A veces la urgencia es delimitada por la familia y no por aquel que consulta, quien dirá encontrarse bien y concurrir porque otros le piden. Otras veces el sujeto refiere necesitar ayuda, sea porque no puede parar de consumir o sea porque necesita restablecerse físicamente. La urgencia se intenta captar en el discurso, en aquello que alguien define como malestar sin sentido, como exceso, como angustia, como compulsión, como propensión al pasaje al acto. Es necesario que se construya en el relato. Sin embargo, la urgencia no es equiparable a lo apremiante de un enunciado, a la prisa en ser atendido o a la gravedad de un acto, que no es más que una respuesta a un momento de urgencia previo. Es necesario situar en aquel que consulta una ruptura en su equilibrio de vida: la eclosión de la angustia, en la neurosis, o la emergencia de la perplejidad, en la psicosis, como parte de una lógica que configura la clínica del enigma (ante el deseo del Otro y significación enigmática). Esta clínica supone la discontinuidad en la sucesión significativa y por ende, la elisión del sujeto.

Si lo que encontramos en las consultas es un pedido de respuesta inmediata, sin demanda, sin transferencia, es menester desandar el camino para generar la requisitoria de una urgencia. Ir del exceso de sentido en la respuesta y solución que trae el consumo, al sinsentido que cause el decir consintiendo a una posible demanda de tratamiento. En este punto, la urgencia, ubicada muchas veces del lado de quien escucha, es la urgencia en la producción de un sujeto. Dice Lacan en el prefacio a la edición inglesa del *Seminario XI*: «La oferta antecede al requerimiento de una urgencia que no se está seguro de satisfacer, salvo al haberla sopesado» (Lacan, 1976).

Urgencia subjetiva y tiempo

La clínica del consumo da cuenta de una práctica que deja atrás la urgencia. El pasaje precipitado del momento de ver al tiempo de concluir instala una respuesta que se repite y se mantiene. Instalar un tiempo de comprender permite localizar el instante de ver y la dimensión de la urgencia puesta en juego allí. La urgencia se construye en el discurso, es un hecho de discurso, de ahí la posibilidad de subjetivar la urgencia.

Cuerpo, consumo y urgencia

La sustancia incide en el cuerpo despojándolo muchas veces de su vestidura imaginaria y poniendo en riesgo su continuidad vital. Frente a los modelos abstencionistas, en los cuales la abstinencia es ubicada en un lugar ideal, que persigue la purificación del organismo, proponemos un tratamiento que oferte acotar el efecto mortífero del consumo en el cuerpo. La apuesta a la palabra, a la construcción de un relato, posibilita captar la función de la sustancia en la economía libidinal de un sujeto. Las tres funciones anteriormente señaladas que distingue Recalcati tienen en común el

compromiso del cuerpo, tanto en la dimensión de práctica pulsional como en la identificación que nombra el tipo de satisfacción corporal, así como también en el tratamiento que el tóxico realiza del afecto de angustia.

La urgencia se presenta en relación con el cuerpo como la compulsión de buscar inmediatamente la satisfacción en la sustancia. El no poder esperar en el encuentro con el objeto queda explicitado en frases del estilo de «el cuerpo me lo pide», en acciones tales como consumir antes de la entrevista, incluso en la imposibilidad de desprenderse del objeto en el momento en el cual el sujeto llega a la institución antes de ser internado.

Lejos de ser una vivencia de satisfacción autoerótica, el goce producto del consumo no se une al fantasma ni a la castración. Este culto de la sensación en el cuerpo es contrario a la dimensión de la experiencia. Ésta requiere del tiempo de la comprensión, de la represión, de la elaboración simbólica. En este sentido, la inscripción de la experiencia implica la suspensión de la práctica de goce. La dimensión de la primera es contraria a la clínica del acto, que se rige por el momento de concluir.

El consumo pone en juego una pérdida de control del cuerpo, en una experiencia de goce desenfrenado donde el objeto droga somete la voluntad del yo, en donde éste no domina el cuerpo. A diferencia del cuerpo metafórico de la histeria, el del consumo no se presta al desciframiento significativo. No se trata del cuerpo estructurado por el lenguaje, calificado como cuerpo-teatro por Massimo Recalcati, que escenifica la conflictiva. Se trata más bien del rechazo del cuerpo del Otro en tanto sexual (sabemos de la desconexión con el *partenaire* en los momentos de consumo) y de la alteridad del propio cuerpo (del cuerpo como lugar del Otro).

L. decía que ya no soportaba ver los cambios producto del envejecimiento en el cuerpo de su mujer, y al demandarle ella un encuentro íntimo, él se iba a la calle para consumir sustancias; encontraba en el alcohol al *partenaire* perfecto, que a diferencia de una mujer, no le demandaba nada.

Usos del tóxico en el cuerpo en la psicosis

La toxicomanía no es un diagnóstico en sí mismo. Es necesario situar la dimensión diagnóstica en la clínica diferencial y entender la función que el tóxico tiene en el sujeto.

No siempre en la psicosis el uso del tóxico implica una solución a la invasión de goce en el cuerpo producto del desencadenamiento o la desestabilización previa a éste. A veces el uso del tóxico libera una experiencia de goce ilimitada en el cuerpo, que lejos de apaciguar los fenómenos de la psicosis, los acrecienta. Un paciente refería que el uso de cocaína era para calmar el vacío existencial que padecía. A su vez, distintos fenómenos de retorno de goce en el cuerpo eran acrecentados por el uso de la droga, que también duplicaba el sentirse mirado por otros en el momento del consumo. En este sentido, la idea de que el tóxico serviría para estabilizar los fenómenos de la psicosis no siempre es acertada; justamente al desencadenar una experiencia no regulada de goce, duplica la vivencia psicótica de éste. Por el contrario, en algunos casos es la identificación con el «soy toxicómano» lo que produce una estabilización y un lazo social en un consumo moderado de la sustancia. El consumo más compulsivo puede hacer estallar el registro de la identificación.

Otro paciente recurría a la droga en momentos de bronca, nervios; con estas palabras nombraba las sensaciones que recorrían todo su cuerpo y ponían en riesgo el lazo con el Otro. Las distintas peleas con sus semejantes intentaban descargar la sensación corporal, y el tóxico le permitía quedarse tranquilo, si bien este tratamiento de lo real por lo real de la sustancia, por su efecto en el cuerpo, salía de su control y lo llevaba a ponerse en riesgo.

Algunos pacientes testimonian el efecto de alivio que el consumo aporta en relación con los fenómenos de la psicosis. En L., quien presenta un diagnóstico de psicosis maníaco-depresiva, el consumo de cocaína le sirve para calmar la aceleración de su pensamiento y a su vez intentar colmar la vivencia interior de vacío en los momentos

en que no consume. En este caso se observa, a diferencia de los anteriores, una función más restitutiva del tóxico.

Para concluir

Las nuevas formas en que se presentan los síntomas en esta época invierten la ubicación de la urgencia colocándola del lado de los profesionales. Estas presentaciones del malestar de la época interpelan las prácticas clínicas y fuerzan a repensar los dispositivos y las intervenciones.

Si en la hipermodernidad existe la posibilidad de la declinación del sujeto del inconsciente, es justamente porque su estatuto no es ontológico. Por el contrario, Lacan sitúa al inconsciente en su dimensión ética, y al analista formando parte de aquél. Por ende no hay sujeto del inconsciente sin experiencia psicoanalítica. Para que éste no desaparezca es necesario que el psicoanálisis instale en el que consulta las condiciones de su operatividad.

Bibliografía

- AA. VV. (2014). *Dispositivos de intervención clínica*. Buenos Aires: Ediciones Licenciada Laura Bonaparte.
- Derrida, J. (1975). *La farmacia de Platón*. Madrid: Fundamentos.
- Freud, S. (1986). *El malestar en la cultura*. En *Obras Completas*, vol. XXI. Buenos Aires: Amorrortu [Trabajo original publicado en 1930].
- Lacan, J. (2005). «Prefacio a la edición inglesa del *Seminario XI*». En *Intervenciones y textos 2*. Buenos Aires: Manantial.
- Lacan, J. (2006). «Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis». En *El seminario*. Buenos Aires: Paidós.
- Le Poulichet, S. (2005). *Toxicomanías y psicoanálisis. Las narcosis del deseo*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Miller, J. A. (2005). *El Otro que no existe y sus comités de ética*. Buenos Aires: Paidós.
- Recalcati, M. (2010). *L'uomo senza inconscio*. Milano: Editorial Raffaello Cortina.
- Vaschetto, E. (2010). «El toxicómano errante (identificaciones comunitarizantes y anclas exportables)». En *Los descarriados. Clínica del extravío mental: entre la errancia y el yerro*. Buenos Aires: Grama.
- Vaschetto, E. (2013). «Lo abyecto». *Revista Aperiódico Inconscientes*, N.º 24. Cuerpos 2. Buenos Aires.

Subjetivar la urgencia

Rubén Bernardo Ghía

Introducción

Es un observable clínico que cada época incide en la modalidad de presentación de los síntomas. La contemporaneidad se caracteriza por una abrupta caída de los ideales tradicionales y un acentuado desfallecimiento de la función paterna.

Esto provoca un debilitamiento del universo simbólico, de los ideales sobre los cuales constituir síntomas, lo que trae como consecuencia el incremento de conductas donde la impulsividad es lo predominante.

A diferencia de la época victoriana, en la que se velaba toda expresión de la sexualidad, el mandato social actual, mortífero y superyoico, promueve una política del todo vale, una incitación a un goce donde todo es posible.

Como señala J. A. Miller:

Lo contemporáneo se define por el divorcio del ideal. Se puede prescindir del Otro, de los ideales y escenarios que éste propone, por un cortocircuito que libera directamente el plus de gozar [...] es el cinismo contemporáneo, el permiso de prescindir de la sublimación y de obtener en la soledad un goce directo (Miller, 2005, p. 312).

El capitalismo globalizado promete una satisfacción para todos a través de la oferta de múltiples objetos de consumo. La ciencia a

través de la tecnología participa en la producción de múltiples *gadgets*. Ante la precipitación del objeto, se prescinde del Otro. Es una época en la que el mercado propone como única respuesta al malestar, un consumo generalizado.

En este marco, los consumos problemáticos resultan paradigmáticos, en tanto las drogas se constituyen en un objeto de consumo privilegiado.

En coincidencia con lo anterior, la caída del orden tradicional patriarcal favorece la reivindicación de las modalidades de goce de cada uno. Hay un empuje a no hacer lazo, a encontrar la satisfacción sin límites.

Las personas demandan más autonomía, de modo que surge una especie de «delirio de identidad» expresado en el «yo soy toxicómano», «yo soy anoréxico», «yo soy normal», etc. (Belaga, 2004, p. 14).

En estas presentaciones los sujetos se definen por una práctica que no genera en la subjetividad ninguna pregunta, y de esta manera dan consistencia al ser en detrimento de la división subjetiva. Hay en ellas una búsqueda de autonomía que intenta situarse por fuera del campo del Otro. La represión cede ante las versiones desanudadas de la pulsión.

Al mismo tiempo, ante un Otro que se muestra inconsistente, ante la ausencia de algo que articule la relación con el semejante, aparece el sentimiento de desamparo. La falta de referencia genera incertidumbre.

En la clínica actual las demandas se expresan bajo la modalidad de una «urgencia generalizada», «en los pedidos de atención ligados a lo contingente, al acontecimiento, a la urgencia» (Belaga, 2004, p. 14).

Actuales expresiones de la urgencia en la institución

Existe una gran diversidad en cuanto a la modalidad de las presentaciones en la urgencia. Éstas van desde la alucinación o el delirio

psicótico, pasando por las adicciones, los estallidos de violencia o los frecuentes desbordes de angustia en cuadros neuróticos.

Estas manifestaciones, que en su heterogeneidad suelen enmascarar la estructura, tienen en común lo disruptivo, lo perentorio, el desborde; recurrentemente se trata de distintas expresiones de la angustia que reclaman una respuesta inmediata.

En ellas no siempre hay posibilidad de establecer una demanda articulada, en tanto «el acto» predomina sobre la posibilidad de la palabra.

En el marco descrito, lo urgente irrumpe en las instituciones de salud en un complejo entramado. En estas circunstancias la posibilidad de un tiempo de espera o la constitución de un espacio para la escucha y el surgimiento de algún decir no siempre suelen ser tenidos en cuenta.

Frecuentemente, esta condición de perentoriedad aparece remarcada más desde el Otro social que desde quien llega a la institución en una posición en la que «acepta» esta preocupación «excesiva» asistiendo a la consulta, pero sin encontrarse en situación de urgencia o sin poder subjetivar algo en torno a ella. En muchos casos se trata de urgencias sociales, no siempre coincidentes con una urgencia subjetiva.

Dada la complejidad de estas presentaciones, las intervenciones posibles requieren de un conocimiento de los aspectos legales que las enmarcan, de una plasticidad en cuanto a la implementación de los dispositivos, de una adecuada articulación interdisciplinar y de un saber hacer que se oriente por la particularidad de cada caso.

En todas estas manifestaciones, los profesionales tendrán que evaluar en la diversidad de cada presentación: ¿se trata de una urgencia?, ¿qué tipo de urgencia?, ¿quién o quiénes están urgidos?, ¿se puede subjetivar algo en torno a esa urgencia?, ¿se formula alguna demanda?, ¿quién la formula?

En el quehacer institucional del Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo), las situaciones de urgencia surgen en las distintas instancias del tratamiento. Algunas podrán resolverse en el marco de

lo ambulatorio, otras requerirán de una internación. En todos los casos se promueven alternativas de intervención que eviten responder exclusivamente desde la inmediatez a la que la urgencia por definición convoca.

No se trata de intervenir sin interrogar a las múltiples demandas del Otro con la «oferta de sentido», como lo hacen las psicoterapias, mitigando la angustia, proponiendo un alivio del síntoma, pero sin ponerlo a trabajar. Estas demandas, frente a un sujeto que «perturba el orden», reclaman algún tipo de respuesta, ante un «síntoma disfuncional», generalmente en la línea del control social.

En tales situaciones, el equipo interdisciplinario se orienta por una ética que supone apostar a la presencia de un sujeto, implicándolo en sus dichos, aun en la urgencia.

Así lo señala R. Seldes al referirse a las urgencias: «[...] sólo podríamos concebirlas en tanto subjetivas, desde el momento que un grupo de analistas interviene en este campo, la dimensión del sujeto ya no puede ser olvidada» (Anton, 2004, p. 194).

La urgencia subjetiva

¿Qué entendemos entonces por «urgencia subjetiva»?

Se trata de

momentos de crisis en la vida del sujeto que al no poder dar cuenta de su sufrimiento, o sea cuando el discurso no le alcanza para entender, maniobrar, ese sufrimiento inefable, se queda sin palabras, sin imágenes, o queda encerrado en el mayor mutismo, es empujado a actos desesperados o es presa de la más cruel angustia (Seldes, 2004, p. 34).

La urgencia se presenta en la dimensión del *agieren* freudiano, del actuar. Dado que para el psicoanálisis el discurso es el lazo social, ante su ruptura el sujeto queda desanudado.

Intervenciones en la urgencia

El discurso médico sostiene un «saber de lo que hay que hacer», un protocolo, e interviene rápidamente sobre la urgencia. No hay escansión entre la demanda o la necesidad de intervención y la inmediatez de la respuesta, la posibilidad de un tiempo de espera.

La perspectiva psicoanalítica se aleja del modelo médico tradicional, que se orienta por la eficacia de las respuestas, pero que no se pregunta acerca de la causa. Tampoco se interviene restituyendo al paciente a un supuesto estado de «equilibrio previo» al desencadenamiento de la urgencia.

En la urgencia subjetiva el analista desde otra escucha y otro decir habilita un nuevo tiempo para que el sujeto recupere su palabra. En este encuentro con «cosas por decir», pero también con lo «no dicho», surge la posibilidad de desplegar e interrogar aquellos elementos que desencadenaron la urgencia.

Ante la prisa por concluir, se antepone una dimensión del tiempo que no es cronológica sino lógica, una dimensión que incluye una pausa, un tiempo para comprender. Se habilita así la posibilidad de una espera, para dar lugar a que alguna palabra en torno a la causa pueda ser articulada.

En definitiva, ¿se trata de alivianar el padecimiento psíquico o de que surja un saber sobre lo que lo causa? Si bien son dos tipos de intervención no excluyentes, remiten a distintos discursos.

A veces, en un inicio, la intervención psiquiátrica que recurre a la prescripción de un fármaco habilita a ese otro tiempo en donde pueden surgir aspectos de la subjetividad velada. En otros casos la intervención analítica, a partir de la posibilidad inicial de una escucha, permite que algo sea dicho en relación con la situación crítica.

El trabajo interdisciplinario requiere evaluar la oportunidad, el momento y la complementariedad de las intervenciones. El punto articulador de éstas surge a partir de la particularidad de cada caso, y se orienta a que la urgencia pueda ser subjetivada.

Viñeta

Se acerca un paciente acompañando a Tomás, solicita a un psicólogo del equipo interdisciplinario que intervenga, ya que Tomás tiene un vidrio en la mano y lo observó intentando provocarse cortes en los brazos.

Tomás ingresó recientemente al Servicio de Internación Breve. Suele permanecer aislado, presenta dificultad para establecer algún tipo de lazo con otros pacientes o con los profesionales, y es recurrente el reclamo de querer abandonar la institución y la amenaza de cortarse, sin poder realizar alguna formalización discursiva en relación con lo que le sucede.

De hecho tiene varias cicatrices en sus brazos, consecuencia de reiterados actos autoagresivos previos, situación que hasta ese momento no había sucedido en la internación. El joven permanece en silencio sin articular una palabra, con la mirada perdida. En esta situación, se intenta un acercamiento, apostando a que algo de la direccionalidad a un Otro, algún lazo posible pueda constituirse.

Tomás manifiesta cierta inhibición en su conducta, y permanece corporalmente cercano al profesional como esperando una intervención que lo saque de esa escena. De a poco, comienza cierto contacto visual con éste, quien oferta la posibilidad de que pueda decir algo en relación con lo que le sucede.

No sin reticencia, el joven comenta que lo dejaron tirado en la institución. Menciona que hace varios días no vienen sus padres a verlo, que está aburrido, que se quiere ir, que se va a cortar, que va a romper todo, que quiere drogarse.

El profesional habilita la posibilidad de una llamada telefónica para que se contacte con sus padres. Tomás acepta la propuesta y junto con él se dirige al consultorio. Una vez que es localizada la madre, se le comunica que el hijo le quiere hablar, pero el paciente rechaza esta posibilidad y dice: «No, hable usted con ella».

Contando con las pocas palabras que el paciente había logrado articular, el profesional le dice a la madre: «Tomás hace varios días

que quiere verlos, está aburrido, se quiere ir de la institución. Es importante que ustedes vengan para hablar de esta situación».

La señora refiere que tienen otro hijo internado en el Hospital Borda, con problemas psiquiátricos, que su esposo está enfermo, que ella está trabajando mucho y que por eso no fueron a verlo.

Se le informa esto al paciente, quien escuchaba muy atento la conversación. Finalmente, con su aprobación se acuerda que ese mismo día los padres se acerquen al hospital.

Una vez concluida la comunicación, Tomás permanece sentado e inesperadamente, lentamente, comienza a construir un relato en el que habla de él y su familia: «Somos cuatro hermanos, mi mamá y mi papá trabajaban todo el día, después mi papá se enfermó... yo agarré la calle de chiquito... me iba con Pedro, mi hermano mayor... nos íbamos por dos o tres días por ahí... él empezó a consumir y más adelante, empecé a consumir con él». Refiere que siendo pequeño estuvo en distintos hogares, que lo internaban porque se iba de la casa.

Finalmente comenta: «Ellos no me vienen a ver porque están enojados porque me iba de mi casa, porque me drogaba, porque volvía y hacía lío en el hotel, mi papá no me hablaba... yo en casa me aburría».

El analista pregunta a Tomás acerca de su particular respuesta al aburrimiento, respuesta que se daba en la casa y que se repetía en la institución.

Tomás responde a modo de afirmación, pero también de interrogante: «No sé por qué hacía esas cosas... por qué siempre hago lo mismo», «no sé, debe ser por algo», y agrega: «... pero tengo 18 años, ellos se tienen que ocupar de mí».

Algunas consideraciones

Del grito al llamado, del particular modo de respuesta al aburrimiento en la institución al relato de la repetición de estas conductas

en la casa familiar. Situaciones en las que la actuación reemplazaba la posibilidad de la palabra. Conductas mostrativas que, a modo de llamados des-esperados, se repiten como intentos fallidos de producir tal vez un alojamiento en un Otro, pero también manifestaciones del particular goce que lo habita.

Las intervenciones se orientaron hacia eso enigmático, esa dimensión del actuar más cercana a la subjetividad del paciente. Tomás comenzó así a esbozar un relato, una queja, un pedido, que sin estar aún claramente articulado en una demanda que lo incluya, podría constituirse en el comienzo de una direccionalidad a un Otro.

Al inicio, en la urgencia está la angustia, la que irrumpe en la escena, o por fuera de ella, de diferentes formas, ya sea a través de la inhibición, el silencio, el querer irse, la amenaza, la autoagresión, la conducta violenta.

Es con este desamparo con el que muchas veces llega o se manifiesta una persona en la institución. En ese encuentro con lo real, no hay en principio, posibilidad de que algo sea simbolizado. La urgencia empuja al acto. Es un tiempo des-esperado, sin tramitación psíquica.

Ante el apresuramiento por concluir, y el consecuente riesgo del *acting out* o del pasaje al acto, se trata de intervenir de un modo tal que se oferte un tiempo y un espacio para comprender.

Poder dar lugar a la palabra y a la emergencia del sujeto que la dice implica, entre otras cosas, la disposición y la ductilidad del analista en cuanto a sus intervenciones para causar el hablar del paciente, pasar del campo del acto al campo del dicho, ubicando lo que desencadenó la urgencia, lo que en ésta se repite, la posición subjetiva.

Partiendo de un pedido más o menos formulado, mediante la oferta de una escucha, se promueve el surgimiento de la demanda. La demanda en la urgencia puede surgir cuando un paciente se encuentra con la escucha de un analista que supone que allí hay un sujeto. La demanda reintroduce en el orden simbólico y posibilita la subjetivación de la situación crítica habilitando otro tiempo que ya no es el de la urgencia.

Conclusión

Lacan refiriéndose a la urgencia decía que ella «es lo imposible de soportar para un sujeto al que nada divierte». Se tratará entonces de ubicar, en sus diferentes presentaciones, ese real, eso que no divierte, eso no-diverso, esa regularidad que traslada al aburrimiento, en tanto repetición.

La intervención en la urgencia implica

contar con la función operatoria del deseo del analista que apunta a suscitar un contorno de espera [...] una propuesta que incluye una mezcla de aburrimiento (porque siempre es la espera de Otra cosa) con la oferta de encontrar una sorpresa que sea más eficiente que la disrupción o el descolgamiento del Otro (Seldes, 2004, p. 35).

Dicha función operatoria se sostiene en una ética que lejos de todo ideal de cura, se abstiene de prácticas oferentes de sentido, orientándose hacia lo real, poniendo a trabajar la pregunta por la causa.

Así, al dirigirse el sujeto al analista a través de palabras, se restituye la cadena significante y se generan efectos de significación, una versión propia acerca de lo acontecido. No es sin pasar por el Otro que la urgencia puede comenzar a subjetivarse.

Bibliografía

- Aronson, A. et ál. (1998). «Dispositivo de atención de crisis en un hospital general». Publicación semestral *Psicoanálisis y el Hospital. La Urgencia*, año 7, N.º 13. Buenos Aires: Ediciones del Seminario.
- Belaga, G. (comp.) (2004). *La urgencia generalizada. La práctica en el hospital* (1ra. ed.). Buenos Aires: Grama.
- Belaga, G. (comp.) (2005). *La urgencia generalizada 2. Ciencia, política y clínica del trauma* (1ra. ed.). Buenos Aires: Grama.

- Fleischer, D. et ál. (2001). «Términos actuales». *Psicoanálisis y El Hospital. Fragilidad del lazo social*, año 20, N.º 39. Buenos Aires: Ediciones del Seminario.
- Freda, H. (1994). «Urgencias subjetivas y urgencias sociales». En *Psicopatología de la Urgencia. 1ras. Jornadas Hospital Juan A. Fernández* (1ra. ed.). Buenos Aires: Surge Editores.
- Ghía, R. (2005). «Acerca de la urgencia, la emergencia y la demanda en una institución para toxicómanos». En *Cuerpo y subjetividad. Variantes e invariantes clínicas* (1ra. ed.). Buenos Aires: Letra Viva.
- Ghía, R. (2014). «El tratamiento de la demanda». En *1.º Jornada de salud mental y adicciones. Dispositivos de intervención clínica* (1ra. ed.). Buenos Aires: Ediciones Licenciada Laura Bonaparte.
- Miller, J. A. y Laurent, E. (2005). «La secta y la globalización». En *El Otro que no existe y sus comités de ética* (1ra. ed.). Buenos Aires: Paidós.
- Miller, J. A. (2013). *El lugar y el lazo* (1ra. ed.). Buenos Aires: Paidós.
- Naparstek, F. (2005). *Introducción a la clínica con toxicomanías y alcoholismo* (1ra. ed.). Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Nicoletti, E. et ál. (2000). «Alojar el desamparo». Publicación semestral *Psicoanálisis y el Hospital. Clínica del desamparo*, año 9, N.º 17. Buenos Aires: Ediciones del Seminario.
- Seldes, R. «La urgencia y el discurso en la urgencia». En *El psicoanalista en la práctica hospitalaria*. Grupo de investigación sobre la urgencia. Buenos Aires: Vergara Editores.
- Sotelo, I. et ál. (2005). *Tiempos de urgencia. Estrategias del sujeto, estrategias del analista* (1ra. ed.). Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Sotelo, I. (2007). *Clínica de la urgencia* (1ra. ed.). Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Sotelo, I. (comp.) (2009). *Perspectivas de la clínica de la urgencia* (1ra. ed.). Buenos Aires: Grama.

Damián: un caso de psicosis en Hospital de Día

Florencia Cohen Arazi, Nicolás Gil e Ignacio Peleregui

Introducción

Pensar en la singularidad de cada sujeto, en su posible diagnóstico, ya desde el primer encuentro con nuestros pacientes nos orienta y acerca hacia lo particular de cada uno. De esta manera, pensar nuestras intervenciones cobra una nueva dimensión, caracterizada por las creaciones, invenciones y desafíos ofertados desde las distintas disciplinas con las que contamos, teniendo cada uno de los integrantes del equipo interdisciplinario un *no todo* de su lado.

Presentación del caso

Damián es un paciente que al momento de ingresar al dispositivo de Hospital de Día del Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo) tenía 35 años. Él es derivado por el Servicio de Admisión, luego de la evaluación interdisciplinaria. Durante el proceso de admisión a nuestro hospital, se encontraba internado en el Servicio de Psicopatología de un hospital general del ámbito de la Ciudad de Buenos Aires por presentar un cuadro de descompensación psicótica, en el que se vislumbran ideas mesiánicas y paranoides en comorbilidad con un uso problemático de sustancias. Se acuerda una estrategia de derivación con equipo tratante de dicha institución, que consta en un ingreso paulatino a nuestro servicio con la contención nocturna en la internación hasta cumplir el tiempo de adaptación para él.

Al momento del ingreso a Hospital de Día, el paciente se presenta solo y sin que se cumplan los criterios de derivación acordados.

En la primera entrevista con él, se observa una reagudización de su ideación paranoide, muestra una sensible desconfianza del entorno y de los profesionales allí presentes aunque sin riesgo agudo. Dada esta situación y la transferencia que evidenciaba tener con la institución que lo derivaba, se decide establecer contacto con ésta para cumplimentar con las pautas anteriormente acordadas. Damián nos decía: «... en los lugares en que me sentí más cómodo fue en los psiquiátricos, pero no quieren a los adictos, necesitaba estar ahí adentro, no sé cómo frenar esto...».

Pensamos Hospital de Día como un servicio que tiene la obligación de proporcionar una asistencia interdisciplinaria que coordine el trabajo mancomunado. En esa línea, el desafío de propiciar el mejor modelo de tratamiento según la propia individualidad del paciente tuvo que ser reevaluado en varias oportunidades con Damián.

En equipo discutimos sobre las ventajas que ofrecería el tratamiento grupal de la psicosis. La psicoterapia de grupo suele ofrecer una experiencia de socialización y vivencia directa, además de favorecer la autonomía del paciente. Asimismo logra limitar la transferencia masiva que en la psicosis se despliega sobre el terapeuta individual.

Primer momento: alojamiento

Dada la naturaleza interpersonal del grupo terapéutico, los pacientes pueden compartir estrategias de afrontamiento de los síntomas, contrastar la realidad de sus experiencias de forma directa o indirecta, recibir apoyo y apoyar a los demás, mejorar su habilidad para relacionarse con otros y disminuir su sentimiento de aislamiento.

Sin embargo, al inicio del tratamiento debió pensarse en una nueva estrategia. El paciente, con estructura paranoica, desplegó en sesiones de grupo cuestiones relacionadas con su delirio que obstaculi-

zaban la dinámica del espacio y potenciaban su propio síntoma al devolversele miradas del otro que le resultaban persecutorias.

No obstante, el paciente refería necesidad de continuar con un espacio de psicoterapia grupal, es decir, no estaba dispuesto a perder dicho lugar. Es así que el equipo se encontraba en un dilema dado que esto impulsaba al paciente a elucubrar distintas teorías del por qué no participaba y quedaba excluido, lo cual entorpecía el proceso terapéutico.

El objetivo era claro, propiciar una moderación de los efectos del otro favoreciendo una pluralidad transferencial con el equipo tratante. Nuestra posición fue siempre pensada como la función de un sastre: medir y corregir era nuestro objetivo hasta lograr aquel «traje-tratamiento» que fuera el indicado para él, hacer un otro posible para este sujeto.

El equipo decidió que el paciente continuara con su terapeuta grupal en sesiones individuales, las cuales, para Damián, seguirían siendo llamadas «psicoterapia grupal», aunque más no fuera un grupo de dos: el paciente y su terapeuta. En el grupo las interacciones son múltiples y abarcan múltiples focos, lo cual favorece el *insight* y la identificación con modelos positivos. Se decidió que este nuevo espacio se dirigiría hacia el mismo sentido; dado que las interacciones con sus compañeros de grupo estarían ausentes, se le permitía al paciente traer a colación lo dicho o escuchado por sus compañeros pero en otros espacios, para que no se perdiera aquello que el grupo orienta: la cohesión grupal. De este modo, dada la necesidad de pertenencia, Damián continuaba trayendo aquello de los otros a su espacio, emulando estar en ese grupo real.

Paralelamente a la constitución de un otro posible, era indispensable para el alojamiento del paciente en el dispositivo la constitución de este individuo como sujeto, sujeto de derecho.

Damián llegó al servicio solo, en términos de que no contaba con ningún lazo social que lo sostuviera y alivianara su padecimiento.

Vivía en aquel margen en que la sociedad confina a las personas con sufrimiento psíquico. Perdió el contacto con sus vínculos fami-

liares, sus vecinos le temían, no tenía trabajo ni ingresos económicos. Tampoco beneficios o cobertura social.

Sobrevivía de la mendicidad. Tenía una sola identidad a la cual apelar a la hora de definirse, la que le daba su enfermedad. Con este cuadro se configura para el equipo una situación que requería de urgente resolución: asegurar el acceso al tratamiento. Rápidamente se propició su inscripción en algunos planes sociales: el plan alimentario y el programa de asistencia económica directa.

Estas intervenciones facilitaron el alojamiento del paciente no sólo en términos de acceso material, sino principalmente en la generación de un lazo de confianza con la institución en tanto se lo reconoció como ciudadano y se trabajó con el horizonte de garantizar sus derechos.

Durante la primera etapa, Damián mostraba una demanda masiva y constante hacia los distintos integrantes del equipo profesional, lo cual implicó una modalidad de contención diaria donde desplegaría tanto su problemática personal como familiar y social.

Datos de la historia familiar

Damián es el hijo mayor de la pareja, su hermana es su único vínculo real de su familia de origen. La madre se quita la vida cuando él era un niño, arrojándose a las vías del tren. Ella presentaba un diagnóstico de depresión mayor. El padre fallece en el año 2003 por una enfermedad oncológica.

Con respecto a su hermana, mantenía una escasa relación dado que en momentos de crisis él la ubicaba como un personaje persecutorio particularmente asociado a la herencia familiar, herencia que constaba de la casa de los abuelos paternos y un local donde el paciente vive.

Es padre de una niña de 9 años a la cual ve en forma esporádica dado que depende de su hermana para hacerlo. Su posición frente a la paternidad es una pregunta que lo aquejará durante gran parte de

su tratamiento, alternando entre su deber como padre de tener que ver a la niña y su dificultad para asumir dicha responsabilidad.

Durante los dos primeros meses de tratamiento, se siente alojado en éste, asiste de forma regular a Hospital de Día, con un consumo de sustancias psicoactivas y alcohol moderado: «Estoy muy fresco, no tengo droga donde esconderme...». Retoma el vínculo con su hermana en forma telefónica: «... me encuentro en un momento muy bueno, puedo pensar de forma más clara y segura, mi objetivo es terminar mi tratamiento aquí, iba a llamar a mi nena pero no tuve ganas...». Con relación al vínculo con su hermana retoma la temática de la herencia, de lo cual dirá que espera un acuerdo justo para él y que no quiere perder a su hermana.

Segundo momento: contención

Cerca de los dos meses de tratamiento, comienza a presentar signos de descompensación de su cuadro de base; presenta rasgos marcados de ansiedad, pensamientos recurrentes de consumo, los cuales, según refiere, le impedían conciliar el sueño y tener un descanso reparador. Refiere necesitar una mayor contención especialmente durante la noche, y asociado a esto surgen pensamientos de ruina. «Estoy mal, duermo muy mal, me despierto cada dos horas con pesadillas, me están corriendo y caigo en arenas movedizas, pienso cosas feas con mi hermana que lo mata a mi papá. Ya sé cómo termina esto dejando todo, no puedo frenar la cabeza, si consumo se me caen las dos torres gemelas encima, estoy viendo las alarmas...».

En la psicosis, las vivencias de ruina, del fin del mundo, la caída del sujeto en la perplejidad conllevan a las diferentes variables de pasaje al acto que son siempre intentos fallidos para acotar el goce del Otro. En la urgencia podemos sostener que la situación de crisis se presenta, justamente, como una caída de la función subjetiva, sin el sostén simbólico ni las significaciones imaginarias que hasta entonces le brindaron un lugar en el Otro. Es así como la respuesta

del analista se ubica, en estos casos, desde la función del amo, en tanto no hay sujeto a quien pedir asociaciones, se trata de que la intervención contenga, enmarque, aloje el desamparo. Se trata del riesgo frente al acto y por tanto es en acto la forma de respuesta. Es preciso ubicarse como representante del Otro para alojar a ese sujeto, con el objetivo de normalizar ese sufrimiento. No es posible pensar esta intervención por fuera de lo institucional, la institución funciona como marco que le da un lugar de hospedaje a este sujeto.

Dicha situación es trabajada con el equipo interdisciplinario, donde se piensa, dado el cuadro de Damián y la falta de contención familiar-social, la posibilidad de trabajar como estrategia de abordaje la continuación de su tratamiento bajo la modalidad de internación durante un breve período hasta estabilizar dicho cuadro, indicación con la cual acuerda en primera instancia para luego revocar su decisión.

Dado que el equipo no evidenciaba riesgo cierto e inminente, se acuerda ajuste de plan de medicación, el compromiso del paciente a concurrir en forma diaria para evaluación, contención y continuar trabajando la indicación de internación si la evolución no era favorable.

Lo que se rechaza de lo simbólico retorna y se le presenta como real, de modo que se encuentra sin defensas frente (o contra) lo real. No habría lugar para el análisis del síntoma en la psicosis, se trataría de encontrar una solución de tratamiento de este goce en exceso por medio del síntoma.¹

El sujeto se encuentra caído de la cadena significativa, de aquellos elementos simbólicos e imaginarios que hasta entonces le brindaban un lazo con el otro. Damián dice: «Las ratas que caminan sobre el techo no me dejan dormir». Se haya arrojado a la angustia, ante la emergencia pulsional que como perturbación económica rompe con los circuitos facilitados por las huellas mnémicas. Exceso de cantidad

1 El abordaje de un sujeto neurótico va desde lo simbólico que constituye la envoltura formal del síntoma hasta lo real de la pulsión. En una neurosis se trata de descifrar los síntomas yendo desde lo simbólico hacia lo real. En las psicosis, en cambio, el camino es inverso: de lo real hacia lo simbólico, para fabricar un síntoma.

que inunda al paciente. Pensamos el consumo de sustancias psicoactivas como un tapón en la división subjetiva.

Lentamente, Damián comienza a presentar mejorías en su descanso nocturno —«... pude descansar casi cinco horas de corrido y tres horas más después, cuando descanso me vuelve la confianza...»—, lo cual reduce significativamente sus rasgos de ansiedad y permite un trabajo psicoterapéutico ya no sólo desde la contención.

Convencidos de que la contención debía trascender los muros de la institución y el aquí y ahora del paciente, se trabaja en la línea de la obtención del certificado de discapacidad y de la Pensión no Contributiva. De esta forma se promueve, protege y asegura el goce de derechos más allá del devenir de la relación de Damián con el hospital.

A partir de esto puede realizar un curso de capacitación, asistiendo en forma semanal a un centro de formación, y se inscribe en el polideportivo de su barrio.

Así continúa fortaleciéndose su trama social. Aún es paciente, volvió a ser hermano, trabaja su manera posible de ser padre, participa en espacios formativos y recreativos.

Los límites del hospital se hacen permeables a la participación de otros agentes favorecedores en el sostenimiento de la estabilidad del paciente.

Tercer momento: atemperar el goce

Durante esta tercera etapa del tratamiento Damián comienza a ubicar y problematizar el post consumo. Siendo éste el eje de esta etapa, describe sintomatología que manifiesta como depresiva con signos tanto en el cuerpo como en la esfera emocional, y reconoce a la droga como algo disfuncional que lo sumerge en estos estados displacenteros, hecho que permite atemperar y/o acotar esta práctica de goce.

Es en este momento donde comienza a sentirse con mayor cantidad de proyectos personales, con contactos más frecuentes tanto con su hermana como con su hija.

Solicita participar de un grupo terapéutico que aborda las dificultades para la inserción social (Damián fue de lo particular a lo general, esto quiere decir que participó de los espacios grupales en la medida que él lo demandó y estuvo preparado para hacerlo, y no por el ideal de la actividad en sí). En este momento solicita reducir su esquema de tratamiento con el objetivo de comenzar con un trabajo informal de reparto de pan, lo cual se presenta como el desafío de asumir la responsabilidad de comprometerse con la tarea y comenzar a manejar mayores cantidades de dinero.

Es a partir de esta instancia donde su concurrencia comienza a ser de forma muy irregular con consumos esporádicos, pero con un post consumo que según refería, «... me deja encerrado por varios días sin ganas de nada...».

Con Damián nos encontrábamos con la dificultad de no tener medios de contacto más que su dirección y el teléfono de su hermana, a la cual no nos parecía conveniente contactar dado el temor que implicaba para ella el que su hermano vuelva a presentar un consumo problemático de sustancias.

Nuestra primera estrategia apuntó a convocarlo a través de telefonogramas con el objetivo de reconvocarlo a su tratamiento, los cuales no tuvieron la eficacia deseada. Por lo tanto, luego de discutirlo con el equipo terapéutico, decidimos ser nosotros quienes nos convoquemos en su domicilio, hecho que impactó significativamente en Damián.

Fuimos a su domicilio para favorecer un cambio de posición, para restablecer su concurrencia al tratamiento. «Me aturdieron las responsabilidades y dejé todo, me acobardo frente a las responsabilidades, la droga me ayuda a escapar pero después quedo hecho bolsa...».

Cuarto momento: el alta

La adicción estaría dada por un efecto de toxicidad pulsional, un quimismo particular (endógeno), previo o anterior a la intoxicación

con sustancias externas al organismo tales como alcohol, marihuana, cocaína, pasta base, etc.²

«Ahora estoy cada vez más lejos del consumo, pero lleno de problemas...». Comienza en sus distintos espacios psicoterapéuticos a solicitar una derivación a Consultorios Externos, como un punto de evolución dentro de su tratamiento y para evitar la coagulación en éste. «Quiero volver a contar mi historia en otro lugar...». Su temor a consumir comienza a perder consistencia y la temática gira alrededor de cómo ser un padre para Priscila y restablecer el vínculo con su hermana: «No sé si sirvo como padre y como hermano». Dada la evolución que presentó en Hospital de Día, consideramos pertinente una derivación gradual dentro de este hospital que favoreciera la paulatina desarticulación del andamiaje transferencial, como así también un nuevo marco para el despliegue de su historia y nuevas problemáticas.

Hoy en día Damián sigue atendándose por Consultorios Externos, continúa en contacto con el equipo de Hospital de Día pero ya no como paciente, somos parte de su trama.

El modo de tratar las psicosis fluctúa en diferentes direcciones y a diferentes niveles, ésta fue nuestra propuesta con Damián.

Bibliografía

- Augsburger, A. C. (2004). «La inclusión del sufrimiento psíquico: un desafío para la epidemiología.» Revista *Psicología & Sociedad*, vol. 16, N.º 2, pp. 71-80.
- Bertrán, G. F. (comp.) (2004). *Hospital de Día, particularidades de la Clínica*. Buenos Aires: Minerva.
- Bertrán, G. F. (comp.) (2011). *Hospital de Día II. Dispositivo, clínica y temporalidad en la psicosis*. Buenos Aires: Minerva.

2 La sustancia o tóxico para el psicoanálisis es pensada como un montaje que aporta a un borramiento del sujeto frente a un intolerante.

- Cazzaniga, S. (1997). «El abordaje de la singularidad». Cuadernillo temático *Desde el fondo*, N.º 22.
- Freud, S. (1912). *Dinámica de la transferencia*. En *Obras Completas*, tomo II. Madrid: Biblioteca Nueva España.
- Gómez, E. R. et ál. (2003). «Reflexiones acerca de un grupo terapéutico con pacientes esquizofrénicos». *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, N.º 88.
- Iuorno, R. (2004). *En el hospital...* Buenos Aires: Catálogos.
- Lacan, J. (1978). «De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de las psicosis». En *Escritos II*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Laurent, E. (1992). *Estabilizaciones en las psicosis*. Buenos Aires: Manantial.
- Organización de las Naciones Unidas (2006). *Convención Internacional sobre los Derechos de las personas con discapacidad*.

«Todo lo sólido se desvanece en el aire». Un caso sobre toxicomanía en la urgencia

Claudia Cartier y Nicolás Oviedo

Todos los tornillitos encajan en todos los agujeritos

«Adicciones», «patologías del acto», «clínica del desborde» son distintas formas de nombrar presentaciones que tienen que ver con el desborde de la pulsión. ¿Hay una clínica específica? ¿Qué ocurre cuando, además, estos sujetos se encuentran en una situación en la que sus derechos han sido vulnerados y presentan importantes carencias en todos los órdenes?

En esta investigación intentaremos dar cuenta de un modo de trabajar en relación con esta clínica, con el trabajo con otros, interdispositivos que apuntan a la constitución de un sujeto allí en donde aún no lo hay; de un paciente, en donde aún no lo hay; de un lazo, de un lugar, de una demanda en donde aún no los hay. Lo haremos apostando a este sujeto, teniéndolo a él como horizonte, y no a las sustancias tóxicas en sí o a las deprivaciones materiales de ese sujeto.

En estas formas clínicas aparece una demanda obturada por una compensación a expensas de un objeto, en este caso objeto tóxico. Una relación de objeto donde «todos los tornillitos parecen adecuarse a todos los agujeritos», un instante sin fisuras.

De esta manera no se podría hablar de sujeto de la demanda, en tanto que no habría sujeto en el sentido analítico; ya que el goce es del cuerpo y es mudo. Hay un saber anclado a un goce, por lo que en ese lugar no puede suponerle un saber a otro. Por eso es que estas presentaciones no hacen síntoma allí.

Esto, sumado al desamparo y a situaciones de vulneración para con los sujetos en cuestión, hace precisas formas de intervenir particulares, trabajo que necesariamente es un trabajo con otros.

En muchos casos los sujetos que consultan se encuentran desimplicados y sin interrogantes. El trabajo respecto de la clínica de la demanda es central, y tiene como soporte la convicción de suponer un sujeto allí en la situación de consumo. Así, el psicoanálisis apunta al surgimiento de ese sujeto, buscando la causa de ese consumo, no como reflejo del malestar social ni como efecto de la química de los productos que se consumen, sino como un acto y una decisión subjetiva, aunque el sujeto sienta que no se trata de una decisión.

En relación con las toxicomanías, las entendemos como una ruptura con el goce fálico, con la castración, es decir que la toxicomanía en vez de conformarse como un síntoma, una formación de compromiso, se transforma en un goce que queda por fuera de la producción del fantasma. El objeto droga puede operar como un tapón de la división subjetiva, de ahí la dificultad de conectar al sujeto con el Otro.

Los sujetos que recibimos en tratamiento toleran mal la experiencia de la castración. En la actualidad, donde impera el discurso capitalista, hay un nuevo universal, el del derecho al goce, goce ilimitado. Ciertos objetos ofrecen la posibilidad de acceso a este goce sin límites, sin el pasaje por la castración.

Un instante «sin fisuras»

Víctor es traído a la consulta por otro, su primo, quien había estado internado en la institución.

Se realiza una entrevista en Atención a la Demanda Espontánea, dispositivo que apunta a una primera escucha, para luego pensar en el tratamiento adecuado para cada paciente.

Víctor, de 21 años, se encuentra en situación de calle hace algunos meses. Relata un historial de consumo desde sus 14 años, que se

volvió problemático en los últimos meses cuando empezó a consumir pasta base diariamente. Su discurso versa exclusivamente en el consumo, en sus ganas de dejar de deambular por la calle y consumir compulsivamente. En su relato, en el que no se escucha ni pasado ni futuro sino un presente continuo de exceso, comienza a aparecer disgusto en relación con éste. Escuchamos que por esto está hoy acá. Remarcamos este esbozo de demanda para empezar a trabajar. Así, ubica ciertos puntos de quiebre que habrían hecho que su consumo se vuelva compulsivo, a saber, la separación de su novia con quien tiene un hijo, y que su madre lo echó de la casa. Si bien tomamos estos puntos, intervenimos para que aparezca ahí qué es lo que llevó al sujeto a generarse estos escenarios.

«Me pongo así, nervioso, ansioso, no me aguanto, pierdo la cabeza», refiere. En estas situaciones, consume.

En esta primera escucha, llegar a este significante, ¿podría pensarse como el surgimiento de un esbozo de sujeto, de demanda, de pregunta? En esta línea lo entendemos. Desde aquí pensamos qué dispositivo será el adecuado para poder trabajarlo.

Otro punto crucial a tener en cuenta, además, es la situación de vulneración en la que se encuentra, que atañe a varias esferas, siendo las más urgentes, la falta de trabajo y la situación de calle. Así, nos contactamos con el equipo de Atención Primaria de la Salud (APS) de la villa 1-11-14, con la idea de trabajar en la construcción de una red para Víctor.

Una vez en territorio, se trabajó con referentes de la zona, en este caso el padre Tano, quien lo incluyó en el hogar de la iglesia, para que una vez resuelto su problema habitacional, pudiéramos construir un tratamiento posible. Pensamos, con Víctor, que el dispositivo de tratamiento adecuado para este momento sería Hospital de Día. Mostró interés en participar de talleres, aprender algún oficio y sobre todo, tener una ocupación. Éste es uno de los puntos que pudimos escuchar que demandaba: «las ganas de dejar de deambular por la calle consumiendo todo el día, sin tener nada que hacer». Por otro lado, el equipo de APS trabajó en conjunto con los refe-

rentes del hogar, para garantizar acompañamiento en las primeras fases del tratamiento.

Apuntamos a hacer un corte en ese presente continuo de consumo que el paciente relató.

Sujeto... ¿estás?

En cuanto al tratamiento de la toxicomanía, hay que intervenir para reconstituir un lazo con el Otro, a partir del objeto que es la droga y del goce del cuerpo. Desde el momento que no se exija del toxicómano la abstinencia absoluta, será posible hacer lazo con él. Éste es el principio de la política de reducción de daños.

Podemos pensar tres modalidades de tratamiento para el toxicómano, factibles de ser visibilizadas en las distintas instituciones que trabajan con las toxicomanías: algunas trabajan tratando de identificar al toxicómano a un ideal, el de «exadicto». Otras trabajan para «educar» al toxicómano, intentando modificar su modo de goce, traducido en un no consumo. Finalmente, otras instituciones ofrecen los tratamientos de sustitución, que podrían dar lugar a otros modos de goce. Es a través del objeto que es posible reconectar al sujeto con el Otro, y hacia aquí apuntamos.

Las dos primeras modalidades de tratamiento antes mencionadas utilizan el modelo abstencionista, cuyo paradigma toma a la deprivación de sustancias como condición de inicio de tratamiento.

La tercera modalidad considera a un sujeto activo, que puede sostener diversos modos de vinculación con el tóxico. Por ello, es importante situar la diferencia entre un consumo simple de sustancias de un consumo problemático. El sujeto es concebido como protagonista responsable de sus cambios.

Es interesante resaltar que los analistas no pensamos tratar al sujeto para que él se libere de sus objetos de goce (tóxico). Pero sí pensamos que podemos armar un circuito de relación con el Otro y moderar el goce autoerótico, generar un escenario para que el

sujeto pueda implicarse y por lo tanto elegir, introduciendo una dosis de contingencia en lo necesario del síntoma, pero sólo sabremos lo que es posible caso por caso.

Deconstruyendo

En los diferentes casos aparecen figuras de la devastación materna, donde el goce de la droga se articula con el goce de la privación, lo que lleva a los sujetos a perder todo. De un lado las figuras de la transgresión, donde *acting outs* y pasajes al acto resultan una tentativa de convocar un padre que no opera. En otros casos la toxicomanía camina junto con otros síntomas prevalentes de la actualidad, tales como la obesidad mórbida y la depresión. Y están los casos en que la droga es el medio a través del cual el paciente se identifica con el Otro del goce, muchas veces presente en su historia bajo la forma del padre toxicómano.

En la actualidad impera la oferta de productos que crean una ilusión de poder tenerlo todo, que generan una sensación de completud y de placer ilimitado. Aquí pensamos en descompletar, en ir hacia la división subjetiva.

El abandonar posiciones de saber, que apuntan a que el paciente deje de consumir, a que la sustancia es causa de su malestar, no es sin angustia ni desconcierto pero posibilita un escenario donde podrá surgir un sujeto. Sujeto con una relación particular con su consumo, que es consecuencia de algo. Así, se intenta trabajar en la construcción de ese algo, de esa posición. Poder esperar, escuchar, equivocarse, pensar, pensar con otros, dar lugar, poner el cuerpo, estar, dejar... son desafíos para quienes trabajamos con las toxicomanías, porque «todo lo sólido se desvanece en el aire».

Bibliografía

- Donghi, A. (2003). *Innovaciones de la práctica: dispositivos clínicos en el tratamiento de adicciones*. Buenos Aires: Grama.
- Freud, S. (1998). «El malestar en la cultura». En *Obras completas*, tomo XXI. Buenos Aires: Amorrortu.
- Lacan, J. (2005). *El Seminario. Libro 10*. Buenos Aires: Paidós.
- Laurent, E. et ál. (2008). *Los inclasificables de la toxicomanía*. Buenos Aires: Grama.
- Le Poulichet, S. (1991). *Toxicomanías y psicoanálisis, la narcosis del deseo*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Quevedo, S. (2005). *Cuerpo y subjetividad. Variantes e invariantes clínicas*. Buenos Aires: Letra viva.
- Quevedo, S. (2007). *Adicciones: del fantasma del flagelo a la dimensión de la pregunta*. Buenos Aires: Letra viva.
- Sinatra, E. (2010). *¿Todo sobre la droga?*. Buenos Aires: Grama.

Dar sustancia a la existencia. El alcohol y la urgencia

Ángeles Alonso y María Verónica Rabanal

¿Para qué existir si no es para ser feliz? La felicidad es considerada como ideal de existencia. El mercado avanza, pensando y creando los objetos que son capaces de suministrarnos la felicidad. Objetos que satisfacen nuestras necesidades, sueños, aspiraciones, ideales. No es fortuito el uso del término «suministrar». En el consumo de estos objetos, siguiendo esta lógica, se encontraría la satisfacción, la felicidad final; ilusión maravillosamente confeccionada, dado que, si creemos en lo indestructible del deseo, sabemos que nada alcanza, siempre es necesario algo más. Las toxicomanías se han hecho un lugar privilegiado en este contexto: siempre se puede un poco más...

En el reino de las toxicomanías, el sujeto en cuestión no es el de la palabra sino el del goce. Goce que pensamos, con Lacan, como un más allá del placer: no es placer, es aún más, un plus que puede volverse insoportable. La aparición, la irrupción de «eso» irrefrenable es lo que se presenta muchas veces como urgencia en una consulta analítica. No hay palabra, hay la angustia... en el mejor de los casos.

Las toxicomanías vienen a funcionar como tapón a esta angustia; el sujeto gracias al tóxico no la padece. En este punto las toxicomanías son «un esfuerzo de invención para mantener unido el cuerpo que puede encontrarse fragmentado y para delimitar el goce que se encuentra a la deriva» (Iriarte, 2011).

Nos propusimos pensar el alcoholismo y su función en un sujeto psicótico. Justificaría esta elección el hecho de la creciente demanda de atención de sujetos que llegan al dispositivo de Hospital de Día, en quienes el alcohol es la sustancia de mayor impacto. En primer

lugar, la presencia del tóxico vela la posibilidad de hacer diagnóstico, y dificulta a su vez la dirección de la cura. Por otro lado, la resistencia a ceder el goce del consumo nos lleva a preguntarnos qué horizonte es posible en estos casos.

Recorte clínico

El dispositivo Hospital de Día de esta institución tiene pautados días para ingreso de pacientes. Se realiza una entrevista interdisciplinaria (psicólogo, trabajador social, psiquiatra) a los fines de diagnosticar orientativamente, definir prioridades y armar una estrategia terapéutica de tratamiento.

El caso del que vamos a hablar se presentó marcado por la urgencia del servicio que lo derivaba (Atención a la Demanda Espontánea), que pide adelantar el ingreso dado que A., de 38 años, estaba en estado de vulnerabilidad y riesgo. El paciente venía de una internación reciente en una comunidad terapéutica, motivo por el cual se apuesta por nuestro dispositivo como alternativa. La imagen de A. es impactante: presenta varios cortes largos y profundos con suturas groseras en la cara, producto de una agresión sufrida estando inconsciente; se encuentra en situación de calle con una ingesta compulsiva de alcohol, duerme en el atrio de una iglesia. La particularidad de A. reside en el hecho de alcoholizarse al punto de quedar inconsciente, lo cual lo expone a robos, golpes, cortes, etc... No llega a este hospital por decisión propia, el equipo derivante es el del último hospital donde fue asistido por los cortes recibidos en el rostro.

En este punto nos es necesario distinguir la urgencia médica o social de la urgencia subjetiva, que da cuenta de un momento de quiebre a partir de la irrupción pulsional, una ruptura de la homeostasis del transcurrir de la vida. Esto supone la abolición momentánea del principio de placer y la aparición de un goce, satisfacción paradójal, sin medida. En absoluto estado de soledad y abandono, con ningún tipo de lazo familiar, sin trabajo, deprimido, pura carencia:

el equipo tratante es compelido a responder con urgencia ante tanta falta, de modo que esa urgencia queda ubicada del lado del equipo.

Se da lugar al pedido de los derivadores y el paciente ingresa en ese momento al Hospital de Día. La trabajadora social gestiona su ingreso a un hogar para personas en situación de calle, tratando de generar de esta manera las condiciones para que el paciente pueda acceder a una rutina de tratamiento ambulatorio.

La apuesta sería transformar la urgencia de estas presentaciones (sujetos en riesgo que son traídos por otros que portan la angustia) en urgencia subjetiva, es decir que pueda aparecer en el sujeto una pregunta en relación con su padecer.

Algunos datos de su historia

En el año 2007 consulta por primera vez en el Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo). Es llamativo, como queda consignado en su historia, que se presenta deambulando con muletas. En esa oportunidad es internado y abandona el tratamiento al poco tiempo. Posteriormente tuvo otras internaciones en comunidades terapéuticas y también concurrió a los grupos de alcohólicos anónimos.

No tiene muchos recuerdos de antes de empezar a consumir alcohol, pareciera que su historia comienza a partir de la relación con la sustancia y los sucesivos vaivenes: internaciones, períodos de abstinencia, recaídas. Su relación con esta sustancia data de los 12 años, aunque el alcoholismo, desde mucho antes, significó para él que su mamá no estuviera presente a la hora de la cena por asistir a los grupos de AA. En la actualidad su madre vive en un pensionado de monjas, su casa está vacía; de este modo se sustrae de la vida de su hijo. Del padre sólo se sabe que era policía y falleció cuando el paciente tenía 9 años, y de esto se niega a hablar. Tiene dos hermanas mujeres y un hermano mayor, de éste dice: «Para mi mamá él era un diez y yo era un cero».

Tiene un hijo de 9 años al que llama «el loco». Teme que herede su adicción tal como supone que él la heredó de su madre. De la

mamá de su hijo se separa, después de una corta convivencia, cuando ella estaba embarazada, y desde ese momento pasa a vivir en la calle, en hogares, en paradores, sin trabajo formal. Podríamos pensar que éste fue su momento de des-amarre, de entregarse como resto al Otro.

Se registran dichos de A. que hacen referencia a esta posición frente al Otro y al lugar del tóxico: «Rápidamente entrego todo, me quedo vacío, quiero dar sustancia a mi existencia». Escuchando a la letra, lo que se evidencia es su forma particular de gozar con el alcohol, ésta es esa satisfacción paradójica que va más allá del principio de placer. Dar consistencia a ese cero que es él para la madre.

Llenarse de alcohol es el precio de esta entrega, que es preferible a tener que responder subjetivamente, preguntarse por su deseo. Dice el paciente: «Tomar tiene un costo alto, pero no tomar alcohol tiene un costo aún más alto». Este dicho paradigmático nos conduce a preguntarnos sobre la función del alcohol como suplencia, como objeto tóxico que taponaa la angustia.

Silvie Le Poulichet, en *Toxicomanías y Psicoanálisis. Las narcosis del deseo* (1996), habla de la «operación *pharmakon*». Las toxicomanías no son una estructura psíquica en sí misma, sino un fenómeno que se puede dar tanto en las neurosis, psicosis o perversión, funcionando como suplencia o suplemento.

Lo particular del *pharmakon* es su estructura ambigua y reversible: un mismo tóxico puede ser veneno y remedio a la vez. Esto a su vez dependerá de la noción de *medida*.

El concepto de operación *pharmakon* rompe con los otros discursos que piensan la toxicomanía como entidad autónoma y a la droga como flagelo.

Entonces, según Le Poulichet, «la operación *pharmakon* [...] es la operación de supresión tóxica del dolor que presta alucinatoriamente *un cuerpo o un borde* a quien ya no sabe soñar, una formación de tipo transitoria, que tiene que estar referida a lo que produjo su advenimiento [...]» (Le Poulichet, 1996, pp. 70-74).

Esta operatoria no tiene carácter estructural sino económico, constituye una forma de autoconservación paradójica que resguarda

al sujeto de una amenaza devastadora, mayor al precio de su desaparición subjetiva.

Le Poulichet define como «suplemento» «al montaje que concurre a sostener una imagen narcisista, al servicio de un *impasse* identificatorio, detención del deseo, más cercano a la búsqueda de reconocimiento, bajo la determinación de una lógica fálica [...]».

Contrariamente en la suplencia estos montajes «indicarían el desfallecimiento de una instancia simbólica que es necesario suplir, en forma incesante mediante la operación del *pharmakon*» (Le Poulichet, 1996, pp. 121-126).

El tóxico es un recurso, una respuesta y hasta una solución ante la emergencia de lo real, del goce.

Nunca hubo una decisión de dejar de tomar: «Siempre tengo ganas de consumir alcohol». Mientras estuvo en Hospital de Día tuvo varios episodios de consumo, algunos más graves que otros, por lo que requirió de una breve internación simultánea al tratamiento en Hospital de Día.

Intentos

A. quiere ver a su madre. Se acuerda con ella un encuentro para un fin de semana. El paciente sale, se alcoholiza y no asiste a la cita, no puede hacer otra cosa más que ubicarse en el lugar del cero, del resto. Dice: «Las piezas del rompecabezas se van encajando, siempre faltando yo».

Después de un período sin salidas de la internación, dice: «Me vino bien quedarme, me edificó». Se lo interroga acerca de esto y surge la escritura como algo edificante para él. Relata que en un taller escribe un cuento sobre una molécula que va viajando sobre el lomo de un león, él es la molécula. La escritura no prospera y lo que le sigue dando sustancia a su existencia es el alcohol.

Se implementan salidas con el acompañante terapéutico, previendo su externación. Una vez externado, los episodios de consumo fueron más medidos y sin exponerse a peligros; vivía en un hogar y había

una incipiente actividad laboral, se inscribe en un curso para aprender un oficio y empieza a gestionar por su cuenta un subsidio habitacional. Dice: «Quiero tener un lugar para poder estar con mi hijo».

Surge en el equipo la pregunta: ¿se podría estar produciendo un cambio en su posición subjetiva, dejar de ser ese despojo para otro sin barrar, completo? (una madre que tiene un hijo que es un diez y la completa).

Su proceso de tratamiento fue de un año, con efectos verificables en la disminución de la cantidad de alcohol, una cantidad que ya no lo ponía en riesgo, en el abandono de la situación de calle y en sus intentos de hacer lazo con su hijo; no obstante declaraba: «Siento una rata muerta en el pecho». Asociaba esto a una sensación de depresión que lo invadía y lo dejaba mudo.

Esta homeostasis en la vida del paciente se sostuvo durante cuatro meses, hasta que algo de la repetición apareció: nuevamente se presenta golpeado y aturdido tras una ¿nueva? ingesta de alcohol. Repetición que es repetición de lo peor en contra del sujeto, presentificación de la pulsión de muerte, irrupción de goce.

El equipo tratante consideró agotado este dispositivo de Hospital de Día y se gestiona la derivación de A. a una comunidad terapéutica tratando de evitar de alguna manera el circuito internación – externación – consumo – internación.

Algunas reflexiones para concluir

Resignar el objeto tóxico puede ser más costoso que continuar sosteniéndolo. Paradoja intrínseca a la cuestión: aquello que al sujeto le da sustancia, le da un ser, puede ser lo que lo lleve a la muerte. Responder a ideales de productividad, siguiendo la lógica mercantil, y aspirar a un trabajo orientado al utilitarismo, a producir un sujeto (desde una posición de saber-hacer con la subjetividad del otro) que estudie, trabaje, se deba a sus hijos, familia o comunidad, podría conducir al desastre: por un lado, la frustración por parte del pro-

fesional o bien la necesidad de incluir a este paciente en el grupo de los intratables, del porcentaje en los que la técnica «no funciona»; por el otro lado, la frustración del paciente, del padeciente: ser empujado a un campo extraño, ratificando su experiencia de objeto des-hecho.

Bibliografía

- Donghi, A.; Gartland, C. y Quevedo, S. (2005). «De psicosis y toxicomanías: un caso particular de montaje adictivo». En *Cuerpo y subjetividad. Variantes e invariantes clínicas*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Freud, S. (1992). *Más allá del principio del placer*. En *Obras completas*, tomo III. Buenos Aires: Amorrortu.
- Granzotto, E. (1974). «Entrevista con Jacques Lacan: Freud por siempre» (en línea). Recuperado de http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/practicas_profesionales/162_hospital_dia/material/docentes/freud_por_siempre.pdf.
- Iriarte, L. (2011). «Chifladuras adictivas: a propósito de la pulsión, psicosis y toxicomanías». Revista *Pharmakon*, N.º 12. Buenos Aires: Grama ediciones, pp. 67-71.
- Le Poulichet, S. (1996). *Toxicomanías y Psicoanálisis. Las narcosis del deseo*. Buenos Aires: Amorrortu.

Grupos de espera: una apuesta al inicio

Clara Szpindel

Introducción

A principios del año 2014, en el Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo) surgió como problemática la alta demanda de consultas que no podían ser satisfechas en su totalidad por los dispositivos implementados. Se plantea entonces, por decisión de las autoridades del establecimiento, la decisión de diseñar un dispositivo grupal que contenga a las personas en el tiempo de espera, previo al comienzo de los tratamientos que fueron indicados por el equipo de Atención a la Demanda Espontánea.

Así surgen estos grupos «en tránsito» al Consultorio Externo o al Hospital de Día, que se inscriben como grupo de enlace entre el primer encuentro con la institución y el posterior tratamiento.

Descripción del dispositivo

Este dispositivo grupal presenta características singulares, ya que las personas que concurren pueden venir una, dos, tres veces a la semana o una vez por semana. La decisión de los días y horas de concurrencia la toman los sujetos, luego del primer encuentro, de acuerdo con su interés o sus posibilidades. En ocasiones el equipo de Atención a la Demanda Espontánea, que recibe a los consultantes por primera vez, sugiere la frecuencia. Ésta es mayor en los casos de personas que presentan más vulnerabilidad. En el primer encuen-

tro grupal, se vuelve a pactar la concurrencia con cada uno y se detectan las urgencias para ser derivadas luego a Consultorio Externo y Hospital de Día, de manera prioritaria.

Cabe señalar que la participación en estos grupos es libre. El tiempo de concurrencia de cada uno a los grupos es aleatorio y está en relación con los espacios disponibles en Consultorio Externo y/o Hospital de Día. Cuando los pacientes comienzan en el dispositivo indicado, dejan de concurrir a los grupos.

Los grupos son heterogéneos, participan de seis a ocho personas y se realizan todos los días de la semana. De acuerdo con la demanda de tratamiento que se produce en la institución, pueden coexistir en una misma semana grupos de cuatro personas o grupos de doce personas. Como señalé, la elección de día y horario la realizan los participantes, y en algunas oportunidades, al finalizar el encuentro acuerdan entre ellos concurrir al mismo grupo. El tiempo aproximado de permanencia en los grupos es de dos a tres reuniones. En el caso de las personas derivadas a Hospital de Día, suelen concurrir dos veces a la semana durante dos a tres semanas.

El nombre dado a los grupos: «Apuesta al inicio», se enmarca en la propuesta de promover una demanda de tratamiento, especialmente en los casos en que los sujetos son mandados o por familiares o por juzgados civiles o penales. Asimismo, se propone este espacio como lugar para detectar las urgencias y realizar la derivación con mayor celeridad. El caso por caso es conversado permanentemente con el equipo de Atención a la Demanda Espontánea.

Dimensión teórico-clínica

El grupo configurado así de un modo heterogéneo propone como hilo conductor «conversar». Parece sencillo pero no lo es tanto. La llegada a una institución que trata «drogadictos y alcohólicos» implica para los que concurren una nominación de la que es difícil sustraerse. Como señala Jorge Faraoni,

otra de las características de la segregación contemporánea es que las personas tomen el nombre de la patología que padecen («soy anoréxica», «soy bulímica», «soy alcohólico», «soy adicto», etc.), lo cual le otorga una falsa consistencia al ser cristalizando así el nombre prestado que toma la persona que padece (Faraoni, 2005).

Es preciso tener presente que hay espacios terapéuticos que tratan esas patologías como incurables.

Este dispositivo grupal se propone desdibujar dicha consistencia y dar lugar a otras palabras. Así, los temas que se conversan surgen de alguna anécdota de las personas, y se busca reflexionar acerca de éstos por medio de la propuesta de preguntas, sin cerrar estas preguntas con respuestas fáciles, obvias, que vuelven a lanzar a los sujetos como víctimas o victimarios de padres, hijos, parejas, etc. Con frecuencia surge la desimplicancia subjetiva y la culpabilización propia o ajena que vuelve a cerrar el círculo y obtura las preguntas.

La Lic. Graciela Jasiner señala: «El trabajo con grupos centrado en una tarea se orienta en el sentido de la producción de lo singular en tanto anudado a la potencia de los colectivos» (Jasiner, 2007).

Aun cuando al comienzo de cada encuentro se arma un lazo imaginario entre los participantes —«todos somos iguales»—, se busca ubicar también las diferencias, donde cada uno pensará en relación con su propia historia. Lo que se propone con esta maniobra es comenzar el camino de subjetivizar en cada uno la modalidad de su goce. Así, conversar es ir abriendo la puerta a la demanda de tratamiento de cada quien en los dispositivos de Hospital de Día y Consultorio Externo.

Los que llegan a la institución se reconocen como integrantes de una masa cuyo «líder» es la sustancia, se identifican en la búsqueda de ésta y también en el padecimiento que conlleva. El consumo los identifica imaginariamente, les permite sentirse cómodos, hablar; la consigna «cada uno cuenta hasta donde quiere, ya que éste es un grupo transitorio» reubica la singularidad de cada uno y pone límite a la mostración gozosa frente a los otros.

Es la dimensión del semejante la que está sostenida en el dispositivo grupal. La comunión de goce se ubica en el uso de sustancias que comparten como un modo de vida. La puesta en común de temas y la reflexión acerca de éstos supone abrir una interrogación que cuestiona la eficacia de las rápidas respuestas. Sin duda una de esas respuestas es el consumo.

Los temas que surgen en los grupos versan acerca de la vida y sus dificultades: «la sociedad es exigente, la droga me satisface pero no me hace bien, lo que me falta no lo aguanto, estoy queriendo saber cuánto puedo, pero cuando me asusto, me cuesta cambiar, todos tenemos un dolor en la vida, consumo cuando me siento mal... impotente...», y acerca, además, de las consabidas dificultades en los vínculos amorosos. A la unívoca respuesta de intento de resolución de los conflictos, se propone transformar la respuesta en pregunta sobre sus elecciones, estableciendo las coordenadas de la satisfacción imposible.

Los grupos se proponen como un espacio de acompañamiento de las personas y de reflexión acerca de sus modos de vida, que paradójicamente, en la búsqueda de felicidad, sólo encuentran una máxima infelicidad. La estrategia de trabajo busca facilitar el inicio de encuentro con la institución a partir de ciertas ideas fuerza: conversar acerca de las expectativas del inicio de un tratamiento, abordar la temática de «tiempo de espera», desarrollar los temas que sean convocantes para todos a partir de lo que surja en los grupos, detectar los casos que necesiten atención prioritaria.

Ir recorriendo junto a ellos las ideas que surgen es siempre una nueva aventura. Aun cuando los temas en ocasiones se reiteran, el modo en el que se plantean y el efecto que se produce en los otros son siempre una novedad y una incógnita. El espacio resuena en cada quien y se abren nuevas ventanas. Muchas veces me sorprende, sostenida en mis propios prejuicios, la capacidad de reflexión de algunos integrantes, aun cuando a la salida de la institución vuelvan a ser «tragados» por el tóxico.

Llegan a la institución porque la satisfacción no es encontrada. Llegan rotulados y se espera que puedan «problematizarse» y de

alguna manera hacerse responsables. El espacio cobra, en algunas ocasiones, un sentido didáctico, donde se transitan las cuestiones de la vida y se abordan los límites y los excesos. Muchos de ellos llegan con la vivencia de «excedidos», pero con pocas palabras referidas al sentido de ese exceso. El grupo, conformado de un modo heterogéneo, permite la posibilidad de relatos que al ser escuchados por otros, abran para cada quien nuevas alternativas de mirarse y pensarse a sí mismo. Si comienzan los grupos mirándose en soledad, cada uno acompañado con su tóxico preferido, esperamos que al final de cada encuentro cada uno se halle menos solo, habiendo encontrado una nueva compañía en su inconsciente.

Conclusiones

La propuesta del Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo) de abordar la problemática de las toxicomanías desde el modelo de reducción de riesgo y daño les permite a las personas que conforman estos grupos la posibilidad de hablar sin temores. Esta estrategia determina climas de confianza y muchas veces de alegría que se contraponen a los pensamientos de las figuras superyoicas que los atormentan.

Es una «apuesta al inicio», una primera invitación a la reflexión y al encuentro con su subjetividad.

Para concluir, una frase de Bertold Brecht: «No acepten lo habitual como cosa natural, pues en tiempos de confusión organizada, de arbitrariedad consciente, de humanidad deshumanizada, nada debe ser natural, nada debe ser imposible de cambiar».

Bibliografía

Cucagna, A. (2004). «Usos posibles del dispositivo analítico». Revista *Enlaces*, N.º 9. Buenos Aires: Grama.

- Faraoni, J. (2005). «El pequeño grupo monosintomático de ataque de pánico». En Cucagna, A. (comp.). *Ecos y matices en psicoanálisis aplicado*. Buenos Aires: Grama, pp. 139-143.
- Jasiner, G. (2007). *Coordinando grupos. Una lógica para los pequeños grupos*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Sinatra, E. (2010). *¿Todo sobre las drogas?* Buenos Aires: Grama.

Reflexiones acerca de la urgencia institucional en el consumo problemático de sustancias

Matías Ambrosio y Cecilia Dionisio

Introducción

El presente trabajo tiene como objetivo analizar la creación e implementación de un dispositivo de intervención en consumo problemático de sustancias en estudiantes de la Universidad Nacional de Córdoba, llevado a cabo por profesionales del equipo de salud mental de la Secretaría de Asuntos Estudiantiles de la mencionada casa de estudios. Este proyecto tiene como principio fundamental la concepción de un sujeto activo y responsable de sus prácticas, para asistirlo profesionalmente en una regulación de su consumo que se dirija a la disminución de las consecuencias negativas del uso de sustancias psicoactivas (Quevedo, 2014).

En este marco, se plantean interrogantes y reflexiones en relación con las demandas de asistencia en la urgencia: demandas subjetivas pero también institucionales, con la consecuente necesidad de diferenciarlas. Esta distinción será de un valor central, ya que evitará desdibujar el lugar del destinatario de nuestras prácticas y poner de manifiesto los fuertes interrogantes y prejuicios institucionales que encontramos en algunos profesionales de la salud formados en el paradigma médico-jurídico. La intención de este trabajo es fomentar, entonces, una propuesta de intervención en la urgencia que intente «rectificar las relaciones del sujeto con lo real. Saber hacer ahí, lo que implica una responsabilización, una respuesta, que es la cura misma y un tema ético» (Gutman, 2014, p. 1).

La urgencia, las urgencias

La urgencia subjetiva se vislumbra siempre como el acontecimiento de un exceso: ruptura del equilibrio hasta entonces sostenido, «irrupción de lo real [...] sin articulación significante» (Sotelo, 2009, p. 26). Esa intrusión se convierte en inasimilable para la economía psíquica subjetiva, por lo que perturba así la homeostasis del principio de constancia freudiano.

Esta ruptura, muchas veces presentada fenomenológicamente en el campo del consumo problemático de sustancias a través de un exceso, evidencia al sujeto en su más compleja singularidad. Sin embargo, es importante resaltar que en el momento de ruptura y crisis, la urgencia no es subjetiva sino generalizada. Esto significa que aún no ha pasado por la vía de la palabra, no ha construido un sentido. La apuesta por la palabra como gesto mínimo es la condición necesaria para que una urgencia generalizada pueda constituirse en una urgencia subjetiva. La valoración del trauma singular es el modo de provocar un reconocimiento y, en consecuencia, un sentido.

De este modo, el trabajo consiste en la inauguración de un tiempo y un espacio de cuestionamiento mediante la palabra que reanude la continuidad significante y establezca, así, las coordenadas simbólicas en las que se ubica el sujeto.

Ahora bien, tal como señala Camaly (2009), debemos preguntarnos: ¿cómo sostendremos una práctica orientada por el rasgo de lo singular al interior de un dispositivo de trabajo institucional que se ordena en función de la lógica de la masividad, e insta una suerte de «para todos igual»? Fundamentalmente, ésta es una pregunta por el hacer y por la especificidad de nuestro lugar dentro de un dispositivo institucional.

Es importante advertir, asimismo, que existe también una urgencia institucional. Ésta tiene que ver con aquello que se presenta como una demanda a resolver, una demanda que se le supone a la población a la que se asiste, respecto de la cual los profesionales deben instrumentar respuestas. Estas demandas suelen fundamentarse en el nú-

mero de casos que se reciben en relación con una problemática en particular.

Precisamente, el objetivo del presente trabajo es reflexionar sobre la demanda de asistencia en consumo problemático de sustancias que recibimos por parte de la Dirección de Salud de la Secretaría de Asuntos Estudiantiles (SAE) de la Universidad Nacional de Córdoba (UNC). Esta demanda fue manifestada a partir del pedido de instalar y poner en marcha un programa de asistencia en adicciones.

La Atención Primaria en la Dirección de Salud de la SAE

La presentación formal define a la institución como un Centro de Atención Primaria dependiente de la Secretaría de Asuntos Estudiantiles de la Universidad Nacional de Córdoba que tiene como objetivo promover la salud y calidad de vida de los estudiantes de manera integral, y proporcionar espacios de desarrollo de actividades saludables, especialmente en los ámbitos deportivo, recreativo y cultural.

En esta institución confluyen múltiples discursos, correspondientes a las diversas especialidades que integran la Dirección: consultorios y servicios de Odontología, Laboratorio de Análisis Clínicos, Nutrición, Kinesiología y Fisioterapia, Fonoaudiología, Clínica Médica, Ginecología y Obstetricia, Oftalmología y Servicio de Salud Mental.

Ha sido la intervención en el consumo problemático de sustancias una de las iniciativas que la Dirección de Salud de la SAE ha considerado necesarias. Sabemos que el rol de la Atención Primaria ante el consumo problemático de sustancias ha ido adquiriendo mayor relevancia en los últimos años, por la elevada comorbilidad de este fenómeno con otras patologías muy frecuentes en este nivel de atención. En la práctica cotidiana, indicios de consumo problemático de sustancias aparecen ante los diversos profesionales que asisten a los pacientes a través de los análisis clínicos, pero también enmascarados en otras patologías muy prevalentes como son los problemas de salud mental.

Son pocos los Centros de Atención Primaria de la Salud que están preparados para abordar tan complejo fenómeno. Por razones políticas y sociales, en muchos casos por prejuicios por parte de los profesionales o por falta de formación específica en la temática, el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes con consumo problemático de sustancias se ha llevado por fuera de este tipo de Centros de Atención. Ello da como resultado la derivación instantánea y casi mecánica de estos pacientes a instituciones especializadas en el abordaje de este fenómeno (Caudevilla Gálligo, 2006).

Motivada por esta insuficiencia asistencial, la Dirección de Salud de la SAE decidió necesaria la realización de un proyecto que interviniera en esta problemática desde el enfoque de la prevención y la promoción de la salud; y nos asignó como los responsables de ponerlo en funcionamiento.

Analizando la demanda

Este pedido, entonces, nos impulsó a pensar qué era exactamente lo que se nos estaba requiriendo a nosotros como receptores de la demanda institucional, y para quiénes se nos estaba encomendando esta intervención. Entendimos en un primer momento que llevar adelante determinadas intervenciones podía verse obstaculizado por una comunidad poco informada y temerosa de compartir sus hábitos. Los estudiantes podrían sentir desconfianza de relatar a un profesional de la UNC sobre sus consumos y prácticas debido a que este agente de salud pertenece a la misma institución donde cursan sus estudios, y es este profesional quien debe expedirle al estudiante la certificación de aptitud médica necesaria para su continuidad como alumno.

En función de esto, el objetivo que se planteó desde el inicio consistía en que cualquiera sea la modalidad que adoptara nuestra intervención, no debía enmarcarse en el paradigma abstencionista-prohibicionista.

Estaba claro que, para lograr intervenciones eficaces, era necesario instrumentar ciertos cambios en el servicio sanitario, de manera que se mejorara la disponibilidad y accesibilidad de los servicios a la población universitaria. La accesibilidad a los Centros de Atención no sólo está determinada por cuestiones arquitectónicas y geográficas, sino también por condicionantes simbólicos y culturales: se nos hacía necesario conocer el discurso universitario y, a partir de allí, pensar la propuesta de intervención.

De este modo, enmarcados ya en el Modelo de Reducción de Riesgos y Daños, consideramos, al igual que Quevedo (2014), que para definir y decidir el diseño de las estrategias de intervención más acordes con la población universitaria, sería fundamental hacerlo según los códigos socioculturales macro- y microcontextuales de los estudiantes.

A partir de ello, elaboramos un instrumento de investigación exploratorio para conocer cuáles eran las concepciones que poseían los estudiantes de la UNC sobre el consumo de sustancias. Se diseñó entonces una encuesta de autoadministración, anónima y voluntaria, en la que se presentaban una serie de afirmaciones respecto de las prácticas de consumo atravesadas por los prejuicios y preconceptos más comunes. El instrumento fue aplicado a una muestra de 426 estudiantes, de todos los niveles y de más de treinta carreras distintas. Los resultados de esta experiencia arrojaron que, en su mayoría, la comunidad investigada no sostenía fuertes prejuicios o preconceptos heredados de posiciones abstencionistas, y presentaba un moderado nivel de información y reflexión sobre las prácticas de consumo.

Esto nos llevó a repensar nuevamente la demanda que la institución había hecho, y nos reveló la necesidad de trabajar sobre los prejuicios y presupuestos que sostenían los propios profesionales de la Dirección de Salud. Para ello, diseñamos un taller de capacitación para todos los miembros de la institución, con el fin de reflexionar acerca de las creencias, opiniones y preconceptos que ellos sostienen sobre el consumo de sustancias.

El diseño del taller consistió en una propuesta simple, que nos permitiera orientar todos nuestros esfuerzos en la deconstrucción de ideas y prejuicios estigmatizantes o limitantes. El inicio de este dispositivo consistía en la conformación de grupos por parte de los asistentes con la consigna de pensar qué ideas asociaban a la palabra «droga», para luego exponerlas al resto de los participantes. Tras esto, se presentarían algunos conceptos del Modelo de Reducción de Riesgos y Daños como así también la proyección de material audiovisual de campañas de prevención para poder identificar los conceptos trabajados.

En relación con la primera actividad, es importante señalar que las ideas asociadas por los profesionales a la palabra «droga» se materializaron en términos tales como: problema, adicción, vulnerabilidad, enfermedad, sociopatía, dependencia, inseguridad, muerte, depresión, pérdida de control, adicto, descontrol, discriminación, debilidad. Emergieron además sentimientos muy intensos, como angustias y temores en relación con el encuentro con aquellos pacientes que consumían alguna sustancia, fuera este consumo problemático o no, ya que asociaban cualquier uso con el surgimiento de una adicción. Por otra parte, se plantearon interrogantes y debates acerca de qué hacer con este tipo de pacientes y cómo *hacerlos hacer tratamiento*, desde un lugar profundamente asimétrico y paternalista, en el que los profesionales se ubicaban en el lugar del saber sobre el otro.

Llegados a este punto, es productivo pensar este escenario a partir de los mecanismos de *biopoder* señaladas por Foucault. El biopoder, en tanto tiene como objeto el cuidado y la administración de la vida, requiere mecanismos continuos y reguladores; debe calificar, medir, jerarquizar. Realiza distribuciones en torno a una norma, de modo que el efecto histórico del desarrollo de esta tecnología de poder centrada en la vida es el establecimiento de una sociedad normalizadora (Foucault, 2002).

Los profesionales intentan «catalogar» a los pacientes y decidir lo que corresponde que hagan según esa rotulación. Se considera al paciente como pasivo e inexperto, y al médico como quien debe

«indicar» lo que hará que se «cure». Esta asimetría se manifiesta exacerbada cuando tratamos el tema del consumo de sustancias. Así, pudimos advertir en el ejercicio de reflexión propuesto cómo el «adicto/drogadicto», asociado muchas veces con las palabras «delincuente» o «enfermo» (términos clásicos del modelo abstencionista-prohibicionista), confronta también a los profesionales con una problemática a la que no saben cómo responder y cuestiona algo de su propia subjetividad.

A la luz de estos hallazgos, volvimos a cuestionar, una vez más, la demanda institucional.

Demanda convulsiva... de la institución

La demanda convulsiva se caracteriza por su inmediatez, aparece en un estado de continuo pedido, exasperación, arrebatado (Quiroga, 2014). Es una demanda que se presenta como abolición de la dialéctica del deseo, ya que

no es el resto de la satisfacción de la demanda como índice del deseo lo que orienta la demanda sobre la base de la privación de ser del sujeto, es el discurso capitalista el que produce el vacío de objeto (creando infinitas pseudoprivaciones), siendo el objeto capaz (ilusoriamente) de completarlo (Recalcati, 2004, p. 4).

Hemos escuchado cómo el sujeto toxicómano muchas veces se presenta clínicamente bajo esta demanda convulsiva, dando cuenta de una posición ambivalente hacia el Otro. Este sujeto es caracterizado, según Quevedo (2014), por la imposibilidad de espera, la falta de confianza en el valor de verdad de la palabra como recurso alternativo al consumo y el borramiento de las representaciones asociadas del conflicto. Estos sujetos no suelen preguntarse acerca de su propio sufrimiento, sino que buscan una respuesta o solución que recubra montos elevados de angustia y les evite responsabilizarse de sus actos.

Es también sobre la modalidad de una demanda convulsiva que el discurso del capitalismo produce una llamada a la urgencia. Ésta es suturada por la presencia de la oferta insidiosa y agotadora de «a todo cuidar y en todo intervenir». El sistema público de salud, atravesado por este contexto, funciona en repetidas ocasiones del mismo modo: no distingue la singularidad, sino que prefiere enfatizar en la implementación de programas homogéneos de cuidados y prevención que, en términos de Foucault, normaticen la demanda.

Teniendo en cuenta esto último, entonces, corresponde preguntarnos: ¿y la Dirección de Salud, qué tipo de demanda nos está realizando?

A la luz de estos desarrollos, podemos entender que la institución presentó una demanda convulsiva, urgente, inmediata. Podemos advertir también en ella una desconfianza respecto del sujeto que consume por considerarlo enfermo, violento o peligroso.

Vale aquí citar el concepto freudiano de lo «ominoso», de aquello que, habiendo experimentado las fuerzas de la represión y debiendo permanecer oculto, sale a la luz: «También llamamos “omínosa” a una persona viviente, y sin duda cuando le atribuimos malos propósitos. Pero esto no basta; debemos agregar que realizará esos propósitos de hacernos daño con el auxilio de unas fuerzas particulares» (Freud, 1992, p. 242).

Es ahí donde nosotros, como psicólogos que intervienen desde el campo del psicoanálisis, quisimos transformar esta urgencia institucional enunciada como demanda convulsiva en una posibilidad para generar un cambio de posición ética, tomando a la institución por su angustia, para operar en una temporalidad lógica, habilitando el cuestionamiento por la vía de la palabra.

Propuesta y conclusiones

Retomamos entonces la pregunta ya planteada: ¿cómo operar en este contexto?

Ante la demanda convulsiva, Recalcati (2004) comenta que lo primordial es rectificar al Otro, a diferencia de la clínica de las neurosis donde se apunta a la rectificación del sujeto y, por consiguiente, al cambio de la demanda por efecto de la asunción de la responsabilidad subjetiva.

Así, esta rectificación del Otro implica presentarse como un Otro diferente de aquel que el sujeto ha encontrado en su historia, aquel incapaz de operar con la propia privación. La diferencia esencial radicará en «encarnar un Otro que sabe no excluir, no cancelar, no rechazar, no callarse, no obturar, no sofocar, no atormentar» (Recalcati, 2004, p. 6), lo cual le permitirá al sujeto implicarse en un nuevo lazo posible.

De este modo, considerando el análisis de la demanda que recibimos desde la Dirección de Salud, hemos decidido crear una propuesta que encarne un Otro que no excluya ni rechace aquello que moviliza, particularmente, a los profesionales de la institución. Esta proposición implica, entonces, alojar la angustia evidenciada, revalorizando su lugar como sujetos que responden, muchas veces, ante la urgencia institucional.

Por otra parte, nuestras intervenciones apuntarán a desactivar esta urgencia institucional para resignificarla colectivamente, en el entendimiento de que el hacer compulsivo, en declinación del poder de la palabra, no funciona como respuesta ante una problemática caracterizada por la compulsión. Esto en miras de que cada uno de los profesionales pueda restablecer su confianza en el Otro, y además en sí mismo como capaz de encarnar ese lugar para los consultantes.

Es por todo esto que resulta esencial generar espacios para transmitir a los profesionales la complejidad del fenómeno del consumo problemático de sustancias. En esta transmisión, los dispositivos de deconstrucción de prejuicios y creencias tienen un papel central, ya que se orientan en el marco de construcción de ciudadanía y respeto a los derechos humanos (Quevedo, 2014). De este modo, una vez que la institución haya elaborado reflexivamente las herramientas necesarias para poder sostener y alojar el sufrimiento

de los consultantes, se proyectarán las acciones con la comunidad universitaria.

Por último, reafirmamos que como profesionales de la salud mental debemos verificar permanentemente el lugar que estamos ocupando, cualquiera sea el ámbito en que nos desempeñemos, frente al sujeto que solicita tratamiento. Hacer una lectura crítica de los mecanismos normalizadores y disciplinadores que están involucrados en las instituciones a las que pertenecemos es fundamental, como así también estar atentos a los juegos de poder que se despliegan en torno a un saber, sea médico, psicológico o legal.

Bibliografía

- Camaly, D. (2009). «Modalidades de resolución de la urgencia en la guardia externa de un hospital general». En Sotelo, I. (comp.). *Perspectivas de la clínica de la urgencia*. Buenos Aires: Grama Ediciones, pp. 127-135.
- Caudevilla Gállico, F. (2006). «Drogas y Atención Primaria: una reflexión». *Revista Clínica de Medicina de Familia*, vol. 1, N.º 4. Albacete, pp. 162-163.
- Foucault, M. (2002). *Vigilar y castigar*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Foucault, M. (2006). *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. Madrid: Siglo XXI Editores.
- Foucault, M. (2007). *El poder psiquiátrico*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Freitas de Macêdo, L.; Pimenta Filho, J.; Sotelo, I.; Belaga, G.; Santimaría, L. (2010). «Análisis de la demanda e intervenciones en la urgencia en salud mental». *Revista Psicología em Revista*, vol. 16, N.º 1, pp. 1-16. Belo Horizonte.
- Freud, S. (1992). «Lo ominoso». En *Obras Completas*, vol. XVII. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

- Gutman, M. (s. f.). «Angustia, tiempo, urgencia» (en línea). *El cuaderno de navegación*, N.º 16. Escuela de la Orientación Lacaniana. Recuperado de www.eol.org.ar.
- Laurent, E. (2002). «El revés del trauma» (en línea). Revista *Virtualia*, año II, N.º 6. Escuela de la Orientación Lacaniana. Recuperado de www.eol.org.ar.
- Quevedo, S. (2014). Apuntes del curso virtual «Clínica de los consumos problemáticos». Buenos Aires: Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).
- Quevedo, S. (2014). Apuntes del curso virtual «Modelos de intervención preventivo-asistenciales en consumo problemático de sustancias psicoactivas». Buenos Aires: Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).
- Recalcati, M. (2004). «La cuestión preliminar en la época del Otro que no existe» (en línea). Revista *Virtualia*, año III, N.º 10. Escuela de la Orientación Lacaniana. Recuperado de www.eol.org.ar.
- Salvador Llivina, T.; Del Pozo Iribarría, J. (2010). *Drogas y Atención Primaria. Guía práctica de intervención*. Servicio de Drogodependencias, Dirección General de Salud Pública y Consumo, Consejería de Salud, Gobierno de La Rioja, Argentina.
- Sotelo, I. (2009). «¿Qué hace un psicoanalista en la urgencia?». En Sotelo, I. (comp.). *Perspectivas de la clínica de la urgencia*. Buenos Aires: Grama, pp. 23-30.

De urgencias y urgencias...

Paola Luján Boccalari, Felipe Martín Drut, María Eugenia García y Daniela Sierra

Presentación

La residencia postbásica en Adicciones tiene su sede en el Hospital Zonal Especializado en Drogadependencia y Alcoholismo «Reencuentro», de la ciudad de La Plata, provincia de Buenos Aires. Es el único hospital público de la provincia de Buenos Aires para la asistencia de pacientes con abuso y dependencia de múltiples sustancias, desde una perspectiva de abordaje interdisciplinario. El Hospital Reencuentro cuenta con la atención en Consultorios Externos y en Casa de Día (dispositivo de media internación), así como diversos dispositivos grupales y talleres. No posee camas para internación completa, con lo cual es necesario el establecimiento de redes interinstitucionales para efectivizar la trama de derivaciones, según requerimientos clínicos. Esto se realiza fundamentalmente a través del trabajo conjunto con la Subsecretaría de Adicciones, para conseguir plazas para internación en comunidades terapéuticas (para pacientes mayores de edad), con el Servicio Zonal (para pacientes menores de edad) o con otros hospitales que posean espacio de internación, en caso de patologías duales. Como parte del programa de residencia, participamos del dispositivo de Atención de Demandas Espontáneas. Nos proponemos pensar la cuestión de la urgencia a partir de una situación clínica que nos interroga el quehacer y los límites de intervención.

Consideramos que la urgencia en general se presenta como dolor, como sufrimiento insoportable, como ruptura aguda. Freud decía quiebre de la homeostasis con que la vida transcurre.

Tal como plantea Sotelo (2007), habitualmente el profesional se encuentra con aquel que ha tenido dificultades y problemas desde siempre, pero se ha sostenido en cierto equilibrio hasta que algún acontecimiento impensado, inesperado o contingente llega a su vida. Quiebre de este equilibrio en el devenir de una vida. De esta manera, la urgencia da cuenta siempre de algo del orden de la ruptura, por eso es importante localizar qué es lo que ha quebrado esa homeostasis; por qué si ese sujeto funcionaba más o menos bien en su vida, con sus problemas, con sus dificultades, con su adicción, con su síntoma, a partir de cierto momento no logra sostenerse solo. Cuando se localiza esto ya puede empezar a hacerse otra lectura. Se tratará de ubicar el punto de basta como un punto de ruptura que pone en cuestión el lazo con los otros, la relación con quienes lo rodean, con su pareja, con sus amigos, con su trabajo, pero también con su propio cuerpo, con su propia capacidad para resolver situaciones. Una urgencia pone en crisis toda la relación del sujeto con el adentro y con el afuera. Esta ruptura va a llevar al sujeto a diversos caminos: hay quien puede quedar sumido en la inhibición absoluta, en el aislamiento, en el mutismo, tal vez el desencadenamiento de una psicosis deja al sujeto en perplejidad, encerrado y sin poder dirigirse a los otros. También encontramos los casos que tienen que ver con la impulsividad, con la agresividad, con actos peligrosos, actos desesperados que ponen en riesgo su vida y la de los otros.

¿Qué pasa cuando aparecen casos en donde los sujetos parecen vivir en estado de urgencia permanente, en un presente continuo, sin inscripción de una historia de la cual pueda servirse para pensar las anteriores situaciones de consulta? Hay una escena que es constante. Una misma escena a la cual vuelve una y otra vez. ¿Cómo operar allí? Si pensamos que los consultantes viven de urgencia en urgencia, ¿qué es lo que haría la diferencia para que una de esas urgencias conduzca a una consulta en el hospital?

Nuestro hospital no posee Guardia de salud mental, no obstante, los profesionales del equipo se organizan rotativamente para atender

demandas espontáneas –sin turno previo acordado–, que revisten carácter de urgencia. La mayoría de las veces no es el paciente mismo quien solicita ayuda, sino que gran parte de ellos se presentan mediante pedidos de familiares o intervenciones judiciales. También, de modo general, se demanda una internación como única solución posible ante toda situación –bajo la lógica «hay que encerrar lo que molesta»–. Raras veces nos encontramos con lo que se denomina «urgencia subjetiva», entendida como ruptura de la cadena significativa. En este caso no se cuenta con un sujeto en el sentido analítico del término, ya que si no hay articulación significativa, el sujeto no se puede representar por ella, lo cual conlleva a un efecto de mortificación, y a la apelación a los recursos tales como *acting* o pasaje al acto. Consideramos que en las adicciones, en tanto patología del acto, la urgencia en el sentido descripto es lo que prima. Urgencia ligada al consumo que a veces opaca el resto de la problemática, como hipótesis causal y no como respuesta.

Caso M. o «el día de la marmota»

M., de alrededor de 30 años, llega solo a la institución un viernes por la tarde. Hacía un tiempo el patronato de liberados le había sugerido que podía consultar por su problemática adictiva. Lo recibimos en el marco de una demanda espontánea. Se presenta con aspecto desgarrado, desaliñado, renguea por tener una herida en su pierna derecha. Nos dice que minutos antes de entrar se había inyectado cocaína, haciendo hincapié en que había tirado la jeringa en el tacho de basura del hospital. En la entrevista se presenta como desesperado, refiere que está en situación de calle y no tiene a nadie con quien contar –ya que se ha separado hace un tiempo de su mujer y ésta, cansada de sus acciones autoagresivas y adictivas, solicitó una medida perimetral–. Refiere sentirse muy mal, y ese malestar lo liga a que hace poco tiempo uno de sus hijos (que tenía con otra mujer) falleció, y como estaba desolado por ello, incre-

mentó el consumo de sustancias. A pesar de estar bajo consumo, algo en sus dichos nos pone en alerta. M. nos plantea que no puede más, que vino porque necesitaba ayuda y que si no lo ayudábamos pensaba en tirarse bajo un micro. Escuchamos que sus dichos no eran una mera amenaza, se deslizaba en esa declaración un pedido de auxilio que denotaba una urgencia, que llamaba a una acción inmediata para intervenir sobre la situación.

Dado que era un viernes por la tarde y la mayoría de las instituciones con las que articulamos ya habían cumplido su horario de atención, los profesionales que atendimos la demanda teníamos pocas posibilidades de acción. Evaluamos que M. no podía esperar, que su situación se presentaba con una fragilidad y vulnerabilidad tales que requería solución ya. Otro factor complicaba más las cosas: M. no tenía DNI, requisito fundamental para poder gestionar una cama de internación. Nos contactamos con su exesposa, a riesgo de que no acudiera a nuestra solicitud, para pedirle documentación identitaria. Ella se compromete sólo a traernos un certificado negativo de nacimiento de M. (lo que demostraba que no estaba inscripto). Luego comenzamos a pensar en comunidades terapéuticas que pudieran recibirlo, mientras, por otro lado, reflexionábamos en la posibilidad de que pudiera quedarse en dispositivo de Casa de Noche durante el fin de semana, para que estuviera bajo techo y con comida mientras conseguíamos una plaza de internación. Finalmente nos contactamos telefónicamente con el director de una comunidad terapéutica de corte religioso que nos facilitó inmediatamente una cama para M. ese mismo día, lo que permitió esperar que se gestionaran los papeles necesarios para la internación.

M. se va esa misma tarde del hospital hacia la comunidad con un taxi pagado por ésta, ya que él no tenía dinero para trasladarse. Se encontraba más tranquilo por sentirse alojado de alguna forma. A la semana es traído por un operador de la comunidad para gestionar el subsidio para la internación. En aquella ocasión se observa que estaba mejor tanto anímica como físicamente, luego de la desintoxicación y de recibir cuidados médicos. Sin embargo, no logra soste-

ner la internación por mucho tiempo y se retira de la comunidad terapéutica.

Su presentación «urgente» se reitera en tres oportunidades más, casi con idénticas características: M. llega al hospital en situación de riesgo inminente y solicitando una nueva internación. En estas tres oportunidades fue recibido por distintos profesionales, y en las tres se otorgó la misma propuesta de tratamiento por la gravedad de su estado. Podría considerarse que la internación no alcanzó, en este caso, para instaurar un tiempo de comprender que luego permita otra cosa, otro hacer para este sujeto. La respuesta que pudimos brindar no tuvo eficacia, y en la repetición, la urgencia se vuelve más del equipo profesional que del propio sujeto.

¿Cómo romper ese circuito? Cuando nos encontramos con un sujeto caído del Otro, cuando existe un grado de dependencia tal que el uso de la sustancia podría pensarse como el estado de homeostasis –la solución que esa persona encontró como una práctica de goce cristalizada y mortífera al extremo–, ¿cómo introducir una diferencia? Teniendo en cuenta que, como dice Hugo Freda,

la cuestión es saber hasta qué punto la institución y el trabajo que puede hacerse en ella puede, en un momento o en otro, dejar sobre este sujeto no solamente el sentimiento de haber dejado la droga, sino que ella puede marcar, en su subjetividad, un adelanto, un antes o un después, cosa que antes estaba solamente marcado por la droga (Freda, 2003, p. 25).

Consideraciones finales

En este caso, y tal como siempre se intenta, la apuesta fue promover un cambio de posición del sujeto, en el intento de inaugurar un nuevo tiempo en el cual pueda entramarse un discurso, un después –y un algo diferente– a la práctica de consumo propiamente dicha. Considerando que en este tipo de tratamientos hace falta tanto el

consentimiento normativo (siguiendo los lineamientos de la nueva Ley de Salud Mental N.º 26.657) como subjetivo, para que pueda ser tratado y las intervenciones tengan alguna eficacia.

Como toda apuesta, conlleva un margen de fracaso y entonces puede suceder, como aconteció en este caso, que el sujeto no consienta a armar otra escena. Que la solidez del lazo a la solución adictiva se erija como inquebrantable, al menos hasta ahora.

¿Será que en esta renuencia al cambio tengan incidencias las condiciones sociales y familiares previas en las cuales el sujeto aparece como tan desafiado del vínculo social?

Nos preguntamos si son estas circunstancias previas del lazo al Otro las que influyen decisivamente para que, cada vez que se lo intenta alojar de otra manera (por ejemplo a través de un tratamiento en una comunidad terapéutica), vuelve a evadirse. Esta pregunta nos sigue interpellando...

Bibliografía

- Freda, H. (2003). «El Otro que no existe y sus comités de ética». En Miller, J. A.; Laurent, E. et ál. *El psicoanálisis aplicado a las toxicomanías*. Buenos Aires: Editorial del Departamento de Toxicomanía y Psicoanálisis de la Escuela de Orientación Lacaniana (EOL).
- González, J. L. (2005). «Notas sobre la urgencia en CENARESO». En Sotelo, I. (comp.). *Tiempos de urgencia: estrategias del sujeto, estrategias del analista*. Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Ley N.º 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Decreto Reglamentario 603/2013. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 3 de diciembre de 2010.
- Sissa, G. (1997). *El placer y el mal. Filosofía de la droga* (1ra. ed.). Buenos Aires: Ediciones Manantial.
- Sotelo, I. (2007). *Clínica de la urgencia* (1ra. ed.). Buenos Aires: JCE Ediciones.

Complejidad en el abordaje de la urgencia en el Servicio Ambulatorio de Niñas, Niños y Adolescentes del Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo)

Carolina Alcuaz y Pablo Andrés Coronel

Presentación del servicio

El Servicio de Atención de Niñas, Niños y Adolescentes comienza a funcionar como parte de la oferta de atención ambulatoria del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo) en marzo de 2014, según lo establecido en el plan estratégico para la intervención del hospital, que hasta ese momento se denominaba CeNaReSo, para el período 2013-2015, acorde con los marcos legales delineados por la Ley 26.529 de Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado, la Ley de Salud Mental N.º 26.657 y el Programa de Asistencia Primaria de Salud Mental (Ley N.º 25.421).

Este servicio está pensado para funcionar integrando varios dispositivos terapéuticos. En la Atención a la Demanda Espontánea (ADE), puerta de entrada al servicio, el equipo interdisciplinario integrado por la coordinación es el que recibe al paciente y a su familia o referentes acompañantes, cuando existen, ofreciendo una primera escucha y orientación. En esta instancia se intenta alojar un pedido de atención y se realiza una primera aproximación diagnóstica, que permita delimitar la modalidad de tratamiento singular para ese caso. Una de las posibilidades de atención actual a implementar luego de esta primera escucha está dada por el dispositivo de seguimiento por Consultorios Externos. Éste también está pensado en la modalidad interdisciplinaria de tratamiento ambulatorio, en la cual resultan indispensables los espacios de atención familiar debido

a la fundamental importancia que las intervenciones a ese nivel tienen para la atención, en especial, de la población infantojuvenil. La necesidad de promoción y fortalecimiento de una red de contención social, en la que intervengan actores extra- e intrainstitucionales, resulta una mayor urgencia cuando se trata de un menor de edad con padecimientos en salud mental. Esta situación se ve agravada si sus derechos se encuentran vulnerados. Así, la atención deberá incluir además la articulación, a menudo presencial, otras veces a distancia, con escuelas, defensorías, talleres, coordinadores de otros servicios hospitalarios, Consejo de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, a través de la guardia permanente de abogados, Ministerio Público de Menores e Incapaces, sólo por mencionar algunos. Cuando la presentación establezca la necesidad de seguimiento de varias veces por semana en los casos más agudos y con una red de contención socio-familiar más frágil, se podrá recurrir a la atención ambulatoria por consulta externa en más de una oportunidad durante la misma semana. En este caso se puede alternar, si fuera posible y resultara adecuado a las necesidades del caso, el seguimiento por día por cada integrante del equipo interdisciplinario.

Sin embargo, existen otros casos que requieren la construcción de un espacio y tiempo institucionales con mayor intensidad de la que puede ofertar un tratamiento por consulta externa. En ese sentido el Hospital de Día está pensado como un dispositivo que incluye un tratamiento ambulatorio de estas características. Desmarcamos el Hospital de Día de las maneras en que muchas veces ha sido pensado, como «internación parcial» o «semiinternación». Lo pensamos como un espacio que muchas veces posterga, evita o se constituye como alternativa a la internación. Su objetivo está puesto en el armado de un lazo social que permita al paciente volver a circular por fuera de la institución, aliviado de su padecimiento. Tanto el Hospital de Día como Consultorios Externos apuntan a que alguien pueda encontrar una respuesta singular frente a su sufrimiento psíquico. El equipo de salud acompaña ese recorrido del paciente en la institución y promueve a su vez el cuidado de la salud mental.

Modos de presentación de la demanda y de la urgencia en el dispositivo de Atención a la Demanda Espontánea

En la mayoría de las consultas recibidas sobre niños y adolescentes, el pedido de ayuda parte de los padres, familiares o autoridades del colegio. En dichas consultas la urgencia se localiza en los discursos –médicos, familiares, sociales y jurídicos– sobre la infancia. Es allí donde captamos cuál es el malestar que el niño provoca en su entorno y motiva la consulta. La pérdida de control sobre la crianza del niño, los problemas de conducta y cambios de carácter, el consumo compulsivo de sustancias, las peleas callejeras o en el ámbito del hogar, las fugas del hogar y del colegio, la no comprensión por parte de los adultos de lo que le ocurre, la no correspondencia entre el niño y lo que de él se espera son, entre otros, los motivos que conducen a los adultos a consultar por los niños. La urgencia queda ubicada como pedido de resolver la falta de dominio sobre el niño. Muchas veces asistimos a los efectos subjetivos de la pérdida de dominio, tales como la angustia, la falta de sentido, los actos, del lado de los adultos. La mamá de M. dirá que el estado actual de angustia en ella, debido a la situación conflictiva con su expareja, es trasladado a su hijo: «Es una esponja, absorbe todo lo que me pasa». Otras veces observamos la posición subjetiva de desimplicación frente al malestar por el que se consulta. La mamá de L. consulta por su hijo de 15 años, a quien trae contra su voluntad en un estado de intoxicación aguda con alcohol y marihuana. Presenta a su hijo como alcohólico y delincuente. En una oportunidad en que la madre se entera de que su hijo está en una situación sospechosa de robo, dentro de una casa de la familia, decide en vez de ir a buscarlo denunciarlo a la policía. De su relato se escucha su decisión de desvincularse de los cuidados de su hijo. Al hacer referencia al estado de higiene y cuidado personal de L., dirá quejándose: «Está abandonado». Este significante queda desconectado de otros hechos relatados en los cuales comenta que L. no conoce a su padre porque éste no quiso reconocerlo; más tarde dirá que en varias oportunidades echó a su hijo a la calle debido a discusiones con él. Es de destacar también

que su madre trabaja todo el día, de modo que su hijo permanece solo la mayor parte del tiempo. Esta posición subjetiva materna se evidencia en la ausencia de hipótesis causales sobre el sufrimiento del niño.

En las entrevistas con los niños o adolescentes, se destacan dos modos de presentación de la consulta en relación con lo que podríamos llamar «demanda inicial del niño». Observamos que por lo general en la primera infancia el niño puede relatar las distintas escenas (familiares, escolares, etc.) en las cuales se ve afectado. Si bien aún no logra situar su responsabilidad subjetiva en ellas, consigue localizar el malestar en juego y enlazarlo con un pedido de consulta.

P., de 8 años, es traído a la consulta por su madre a pedido de la escuela, a raíz de episodios de heteroagresividad imposibles de ser limitados por las autoridades escolares, quienes debieron recurrir al Servicio de Emergencia. P. dirá que si bien no sabe por qué empuja a sus compañeros y los golpea, desea entender su conducta para modificarla.

En cambio en otros casos, la demanda de atención queda localizada solamente en el discurso de los adultos, ya que el paciente niega cualquier sufrimiento psíquico. La madre de J., de 15 años, consulta preocupada por su hija, que luego del fallecimiento paterno comienza a realizarse cortes superficiales en su cuerpo. J. llega a la consulta derivada de un Servicio de Urgencias del Hospital Tobar García. J. refiere sentirse bien, que no le pasa nada y que viene porque su madre y la escuela le sugieren que hable con alguien de las conductas que tiene desde la muerte paterna. Relata que agrede físicamente a otros, y describe una serie de caídas en la práctica deportiva de alto rendimiento que dan a entender el estatuto no accidental de éstas. Consideramos que son una manera de tramitar por el acto el dolor tras la muerte de su padre.

Modos de intervención en la urgencia

1. W. tiene 12 años y viene acompañada por su padre, quien al momento de la consulta realiza tratamiento en el dispositivo de *Casa de*

Medio Camino. El padre refiere necesitar que se lo oriente sobre cómo ser padre frente a lo que considera un problema de comunicación con su hija. Dice estar cansado por el exceso de carga laboral, sentirse superado por conflictivas familiares. Ubicamos en su relato tanto la urgencia como la falta de poder significar las situaciones vitales que lo atraviesan. Según su interpretación, la niña necesita límites, y como no convive con él, se le torna difícil la crianza. Al regresar de su trabajo, a la medianoche, el padre llama a la niña, y observa que obtiene respuestas acotadas a sus reiteradas preguntas vinculadas con su rendimiento escolar y tareas de la casa. Respecto de esto dice: «Es corta para la comunicación, se sofoca cuando la llamás, es fría, le pregunto si hizo su tarea, si acomodó su mochila y se enoja, me molesta la forma como se expresa, tenemos problemas de comunicación». Considera que la función de un padre consiste en realizar preguntas a su hija. En algunas ocasiones ha decidido cortar la comunicación telefónica cuando interpretó que ella no quería hablar.

Al indagar sobre la historia familiar de la niña, obtenemos que W. se desvincula de su madre a edad muy temprana, de modo que quedan su padre y la abuela paterna al cuidado de la niña. Su padre se casa con otra mujer, con la cual tiene un hijo, y viven varios años los cuatro juntos. Es tras la separación de la pareja, en el momento en que el padre realiza un tratamiento de internación en el hospital, cuando W. pasa a convivir con su tía paterna por decisión de él. El motivo de dicha decisión queda argumentado por las supuestas discusiones entre W. y la pareja del padre en relación con el trato desigual que esta última brindaba a los niños.

W. se muestra comunicativa en la entrevista personal que mantenemos (el equipo interdisciplinario de ADE) a solas con ella, con capacidad de discernimiento, manifestando sus emociones de manera acorde con el momento que se encuentra atravesando: el cese abrupto de la convivencia con su hermano, a quien extraña, la imposibilidad de continuar actividades recreativas gratificantes realizadas junto a otros amigos (circo), y no menos importante, la adaptación a las normas de convivencia de hogar en el que acaba de ser incluida. En

otra entrevista, dirá con tristeza que su padre no le autorizó, luego de una discusión, la salida escolar en excursión de visita al Museo de Ana Frank, tema que le resulta de particular interés porque se pregunta cómo esa niña logró sobrevivir a la guerra. En relación con lo ocurrido, el padre dirá: «Me pidió dinero para ir al museo y no me lo esperaba, me descolocó». A la vez, aclara que su hija ya disponía del dinero necesario y le ofrecía a él no tener que ir especialmente a llevárselo; sólo le estaba solicitando el permiso para darle ese uso.

Solicitamos su boletín escolar y encontramos calificaciones bastante buenas. Con respecto a sus proyectos, nos manifiesta su deseo de iniciar el año próximo un bachillerato con certificación en Artes y Medios.

Nuestras primeras intervenciones van dirigidas a intentar restituir algunas de las actividades y contactos valorados y discontinuados por W. como consecuencia de la inestabilidad de su grupo primario de apoyo conviviente y lugar de pertenencia.

En entrevistas sucesivas, conseguiremos hablar también con la tía paterna que hospeda a W. en la casa de su novio. Luego de esto y sumado a lo hasta aquí evaluado, arribamos a la conclusión del carácter delirante con el cual este padre interpreta tanto la comunicación como así también el nivel de cumplimiento y adaptación a las normas de convivencia por parte de su hija. Todo esto nos mueve a buscar la articulación con la coordinación de la *Casa de Medio Camino*, para contactar a los profesionales que intervienen en la atención del padre de W. Más tarde, decidimos articular también con la coordinación del programa *Vuelta a Casa*, cuando conocemos a través del padre de W. su intención de llevarse a su hija a vivir con él gracias al beneficio que pueda obtener de este programa. Consideramos que acompañar al padre de la niña en el ejercicio de su rol de padre implica trabajar sinérgicamente con el resto de los equipos que intervienen en el tratamiento.

Se desprende del diálogo con la tía la presencia de ideas rígidas que dan sentido a lo que supuestamente les pasaría a su sobrina y a su hermano, el padre de W. En relación con él dice: «Que madure

de una vez, es un adulto, es caprichoso, la llama todos los días muy tarde a la noche y W. está cansada». Lejos de entender las dificultades de su hermano como padre de la niña, las explica como una situación de inmadurez y comodidad. De su sobrina dice que se carga con responsabilidades que no son propias para su edad, que le da lástima, y agrega: «Nunca explotó, tiene muchas preguntas adentro, me pregunta cómo era su mamá».

La niña relata los cambios habitacionales producto de conflictos familiares sin problematizarlos; sin embargo, manifiesta extrañar a su hermano y dice querer volver a convivir con él. Se interviene dando lugar a la palabra de la niña, que es aplastada por todos los sentidos familiares que la dejan en una posición pasiva, de objeto, en relación con las decisiones de los adultos. Ofrecer un lugar de escucha le permite a W. localizar en el marco de la consulta lo más propio de su subjetividad, sus deseos, sus proyectos, y apostar al surgimiento de una demanda propia.

2. Recibimos contacto telefónico de una trabajadora social de la Guardia del Hospital Infanto-Juvenil Carolina Tobar García. Nos consulta por un adolescente de 15 años a quien llamaremos A., y que había estado internado cuatro meses en dicho nosocomio el año previo a la consulta con diagnóstico de «psicosis no orgánica sin especificación y trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicotropas. Síndrome de dependencia». Recibía tratamiento psicofarmacológico con risperidona 2 mg, divalproato de sodio 1500 mg, clorpromazina 200 mg y levomepromazina 50 mg. Luego de dicho tratamiento, un mes después de su alta y debido a una recaída en el consumo de sustancias, ingresa nuevamente a la Guardia, desde donde es derivado a una comunidad terapéutica en la que permanecerá cinco meses, hasta que se le pide a su madre que lo retire y firme la revocación del tratamiento debido a reiteradas fugas del lugar. Se solicita desde dicho hospital una evaluación del caso con la posibilidad de comenzar un tratamiento en este servicio, ya que

el CPA local que pudieron contactar en Quilmes sólo cuenta con tratamiento psicoterapéutico.

A. vendrá a la consulta acompañado de su madre y dos de sus hermanas, una beba de 5 meses y una niña de 3 años. Entrevistamos a solas a la madre con sus hijas; mientras la bebé estaba recibiendo el pecho, su hermanita presentaba una conducta hiperkinética que obstaculizaba el desarrollo de la entrevista. Se decidió que la niña permaneciera en un espacio contiguo de juego bajo el cuidado de otro profesional. La madre manifiesta tenerle miedo a su hijo, y dice: «Él le pega a su hermana, la mira con cara de odio, no soporta el llanto de la bebé y dice que las secuestrará y venderá sus órganos». Refiere que A. se encuentra «nervioso», que se altera de nada, que se va a la calle a consumir alcohol y pastillas. Viven en una habitación compartimentalizada por un mueble, por lo que se hace difícil implementar la distancia física en los momentos de agresividad de A. hacia ellas. La madre ha tramitado su certificado de discapacidad, a raíz del cual tiene transporte gratuito, pero no así una pensión. Vive sola con cuatro de sus hijos, porque la mayor, de 25 años, se encuentra presa debido a que asesinó a su hijo. Como antecedentes personales perinatales, tenemos que A. nace luego de un embarazo problemático, durante el cual su padre biológico (vendedor y consumidor de cocaína) maltrataba física y psíquicamente a su madre, al punto de que ella requirió hospitalizaciones por estas agresiones en el hospital de Quilmes. A. es el producto de un parto eutócico a término, con peso normal al nacer, que gozó de buena salud hasta que a los 9 meses debió ser hospitalizado. Dicha internación se debió a un estado de deshidratación, secundario a diarrea, en estado de desnutrición debido a deficiencias en la alimentación (su madre trabajaba y lo dejaba al cuidado de una vecina). Como otro antecedente patológico personal, entre los 4 y 6 años de edad padeció convulsiones febriles. A raíz de este cuadro fue evaluado a los 10 años por un neurólogo infantil del Hospital Finochietto, quien le realizó un EEG evaluado como normal.

A los 5 años comenzó el jardín de infantes, y recibía quejas porque molestaba a los compañeros y les pegaba. Ya en la escuela pri-

maria, repitió cuatro veces el quinto grado, sin poder completarlo. Esto coincide con el comienzo de utilización problemática de sustancias (benzodicepinas y alcohol) desde los 9 años de edad. Según refiere su madre, A. era violento, robaba para poder consumir e incluso llegó a pegarle a ella para poder vender objetos, como una televisión, y poder seguir consumiendo. Como antecedente psicopatológico familiar, además del padre se agrega el de una tía materna que estuvo internada en el Hospital Braulio Moyano y falleció de SIDA por el barrio porteño de Constitución.

En la entrevista a solas con A., se presenta voluntariamente a la consulta en actitud colaboradora, algo somnoliento, retraído, producto del insomnio de tipo mixto que, según nos refiere, se encuentra padeciendo. Está lúcido (eumnésico, euproséxico, libre de alteraciones senso-perceptivas), globalmente orientado. Maneja un discurso que evidencia un curso normal del pensamiento, capaz de seguir una idea directriz. Se evidencia sin embargo cierto nivel de rigidez en sus ideas e hipertimia displacentera por irritabilidad e impulsividad contenida. Tiene conciencia de situación, no así de enfermedad. Manifiesta no haberse beneficiado del tratamiento recibido en la comunidad de donde intentó fugarse en reiteradas oportunidades; recuerda que durante la internación en el Hospital Infante-Juvenil Carolina Tobar García intentó ahorcarse. Manifiesta deseos ambivalentes en torno a la decisión voluntaria de asistir a un tratamiento ambulatorio. Es egodistónico respecto de dos síntomas: 1) padece insomnio y 2) muestra agresividad e impulsividad contenidas. «Estoy nervioso todo el tiempo». «Me gusta la violencia», dice sin poder justificar la causa de este sentimiento que describe como «bronca». Agrega sentirse afectado por el desmembramiento familiar, extrañar a su hermana presa. Estas ideas de deseo de agredir se disipan si se ocupa en tareas como cocinar, por ejemplo. Sin embargo, es bastante renuente a colaborar con las tareas del hogar. En sucesivas entrevistas dirá que, resuelto el insomnio con la incorporación en su plan de medicación de quetiapina 25 mg a la noche, el nerviosismo persiste y ha motivado respuestas suyas a la madre a través de

agresiones físicas (empujones). Dice que puede permanecer sin mayores dificultades en la escuela a la que ha empezado a concurrir por las mañanas, de 8 a 11 horas, para finalizar la escuela primaria. Es capaz de referir el estado a una sensación corporal que describe como un «hormigueo», y recuerda positivamente la manera en que el deporte lo ayudaba a «descargarse» y el consumo de tabaco lo calmaba. Agrega además que se «automedica» para calmar el estado de nervios, y dice: «Tomaba una tableta de clona (diez comprimidos) por día, y me quedaba tranquilo, me relajaba una banda». No entiende la causa de su «nerviosismo», y dice, en relación con los actos de agresión física hacia terceros: «La impulsividad me maneja a mí, se me ocurre algo en el pensamiento y lo hago, no pienso en las consecuencias».

La posibilidad de pasaje a la conducta agresiva es lo que enmarca la urgencia de esta consulta. Las soluciones encontradas para «descargar» sus nervios lo han llevado a la internación y a la ruptura de los lazos sociales. Frente a esta situación, el equipo de ADE interviene enfatizando la importancia de la continuidad escolar, que permitiría separar a A. del entorno familiar, que desencadena algunos de los episodios de violencia. Por otro lado, se orienta a la madre para poder inscribirlo en un club del barrio y continuar con la actividad deportiva. Se apuesta así a tratar la impulsividad por la vía del deporte y el lazo con otros. En este sentido se le oferta desde el servicio no sólo un tratamiento psicoterapéutico y psiquiátrico, sino la modalidad de atención en Hospital de Día. De acuerdo con sus intereses, se le ofrece un taller de actividad física, con el objetivo de tratar aquello que él vivencia como invasión en el cuerpo y en el pensamiento, y permitir también la regulación de la distancia óptima entre él y su familia.

Bibliografía

Ley N.º 25.421. Programa de Asistencia Primaria de Salud Mental (2001). Sancionada el 4 de abril de 2001. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 3 de mayo de 2001.

Ley N.º 26.529. Derechos del Paciente. Historia Clínica y Consentimiento Informado (2009). Sancionada el 21 de octubre de 2009. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 19 de noviembre de 2009.

Ley N.º 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Decreto Reglamentario 603/2013. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 3 de diciembre de 2010.

Sobre las urgencias subjetivas en adolescentes: aprendizajes desde y para la práctica clínica

María Cecilia Elia

Introducción

Estas 2.^{as} *Jornadas de salud mental y adicciones* nos encuentran sin dudas con más trabajo «encima», por ende con nuevos interrogantes y experiencias para compartir con todos ustedes. Celebramos esta posibilidad de poner una pausa y encontrarnos a pensar en torno a las «urgencias»; operación que pareciera imposible desplegar, o muchas veces es descalificada o relegada en nuestra práctica clínica hospitalaria. Tal vez esto sea por las palabras que rápidamente asociamos a aquella idea-concepto. La urgencia nos habla de algo que requiere una respuesta en lo inmediato: corto plazo, «acto seguido», contiguo o muy próximo. La cuestión será dirimir si esta concepción o definición nos conduce necesariamente a la idea de improvisación, o puro accionar, como en ocasiones suele entenderse. Rápidamente me responderán que ésta es una discusión ya saldada, que hay otros temas «más urgentes» para tratar. Estimo que todos acordaremos que siempre intervenimos desde un posicionamiento; sin embargo, todavía son escasas las instancias donde esto se pone en diálogo con otros equipos o efectores de salud, para así encontrar mejores estrategias de abordaje.

Nuestra práctica se ancla en el Servicio de Atención a la Demanda Espontánea de este hospital, creado en el marco de la actual gestión (*Plan Estratégico 2013-2015*). En las jornadas anteriores compartimos con ustedes la caracterización del servicio y perspectiva de abordaje (Bordalecou et ál., 2014). Particularmente advertíamos que

si bien éste se encuentra diferenciado de la Guardia Interdisciplinaria en Salud Mental, nuestra tarea cursa los bordes de la urgencia. En esta oportunidad, nos parecía importante dar lugar a los/las adolescentes y jóvenes con que trabajamos; en muchas ocasiones las urgencias los tienen a ellos como protagonistas. En nuestro servicio, fundamentalmente previo a la puesta en marcha del dispositivo ambulatorio de niños/as y adolescentes que funciona en otro edificio, son recurrentes las consultas de padres en relación con la situación de sus hijos/as.

Compartimos entonces una escena de la práctica clínica que consideramos puede enriquecer nuestro intercambio en estas jornadas.

«Está loca, piensa que somos adictos»

Bruno y Cristian son hermanos, tienen 16 y 17 años respectivamente. Llegan al hospital acompañados por sus padres, quienes solicitan atención en forma urgente. Propusimos conversar con cada uno de los jóvenes en forma privada. Cristian se mostró irritable, enojado por encontrarse nuevamente frente a un equipo profesional para proceder a una «evaluación». Relata que en el último año fue internado en forma compulsiva en reiteradas ocasiones en Open Door. Expresa que su madre «está loca, piensa que somos adictos» y que sólo quiere verlo internado, por eso lo despertó a la fuerza y lo obligó a concurrir al hospital. Cristian refiere consumo diario de marihuana, que no problematiza. Vive con sus padres y hermanos, no está escolarizado y dice «no hacer nada» en todo el día. Sostiene que hace una semana aproximadamente que su madre no los deja salir de la casa y que esa situación no la soporta más.

Bruno, por su parte, relata que su familia es un «caos»; sus padres están separados pero viven bajo el mismo techo. Hasta hace dos meses aproximadamente concurría a un CPA;¹ destaca que la psi-

1. Centro Provincial de Atención a las Adicciones.

cóloga «lo ayudaba a pensar». Expresa que dejó de asistir por los problemas de su casa, y seguidamente abandonó la escuela secundaria. Refiere consumir en compañía de su hermano, con quien comparte grupo de amigos.

Como primera evaluación se destaca la conflictiva parental, y las diferentes posiciones adoptadas por los hijos, al tiempo que impresionaba haber cierta «alianza» entre ambos hermanos. Cristian fue catalogado históricamente como el «loco de la familia» y sometido a tratamientos compulsivos que sólo vulneraron sus derechos y acrecentaron su aislamiento y resentimiento. Bruno parecía que cuestionaba ese lugar «imitando» conductas de su hermano, a la vez que tenía una mirada más crítica sobre la dinámica familiar.

En segundo término se entrevistó a la madre, quien hizo todo lo posible para manifestar su urgencia; mostraba los diferentes oficios librados con pedido de evaluación de su hijo mayor, así como su incompreensión respecto del cese de las internaciones. Para ella no había otra alternativa más que el «encierro de su hijo». Apelaba al discurso de la peligrosidad, y por ende solicitaba su inmediata medicalización. En este momento tomamos conocimiento de que el padre de los chicos se encontraba en el hospital. Decidimos convocarlo –señalamos esta «omisión» como sintomática de la conflictiva familiar–. Confirmamos que los padres se encuentran separados, conviviendo en la misma casa, lo cual nuevamente hace caso omiso de una restricción de acercamiento que la madre realizó contra el padre.

A partir de lo evaluado, se propone trabajar en dos líneas: por un lado, se indica orientación familiar a los padres; por el otro, se ofrece a los jóvenes realizar una nueva entrevista para clarificar la situación y definir la necesidad y motivación en relación con un posible tratamiento. Pretendíamos evitar que el hecho de no indicar tratamiento en lo inmediato resultara expulsivo para los chicos o redundara en otra consulta en Open Door, por ejemplo. Se ofrece realizar articulación con el CPA cercano al domicilio, al cual ya habían asistido.

La madre, no conforme con la indicación, solicita que su hijo mayor sea evaluado por nuevo profesional para «la medicación». Se

ofrece entonces el acceso a una «segunda opinión», a sabiendas de que pesaba sobre el equipo la responsabilidad de la evaluación e indicación de tratamiento, a diferencia de lo que la madre postulaba «portando oficio judicial».

Lo urgente es escuchar: aprendizajes desde y para la práctica clínica

Desde las más diversas perspectivas, los/las adolescentes son considerados objeto de intervención, y esto reproduce prácticas arcaicas, que omiten sus derechos fundamentales. El consumo de sustancias es en cierto sentido una carta de presentación en una institución que se nombra especializada en salud mental y adicciones. Cuando las consultas comprenden a adolescentes/jóvenes pareciera que es aún «más inmediato, más urgente», a partir de un preconceito de «población de/en riesgo per se». La pregunta obligada es ¿riesgo de qué, o para quién? Preguntas lógicamente difíciles de responder en la inmediatez; preguntas tramposas si las hay... Por lo tanto necesitamos una vez más diferenciar la urgencia como modo de presentación ante una institución, de la urgencia como resultado de la evaluación de un equipo interdisciplinario, que toma en consideración la percepción de los sujetos involucrados en la situación. La evaluación se construye poniendo en relación la palabra de los adolescentes con las «otras palabras».

Las problemáticas de consumo de sustancias siempre o casi siempre se presentan como urgentes. Padres urgidos de una respuesta, instituciones urgidas por una cama, sujetos urgidos por «sacarse la droga de encima»... ¿Es esto lo que buscan los/las adolescentes que se acercan a la consulta? ¿Cuál es su urgencia?

Las situaciones de urgencia, casi por definición, nos enfrentan a un alto grado de incertidumbre, tanto a los profesionales intervinientes como a los sujetos que concurren a la consulta. La información suele ser confusa, percibimos cierta reticencia a brindar datos,

o simplemente se desconocen; el motivo de consulta no suele quedar explicitado, etc. Muchas personas llegan al hospital luego de haber recorrido otros servicios sin encontrar una resolución satisfactoria; en otros casos es la primera vez que algo de lo «privado» se abre al espacio de la salud pública. Destacamos en este sentido el Servicio de Orientación del hospital, como primer acercamiento y escucha de la situación. Compartimos, con Belaga, cuando retoma la idea de Miller respecto de la necesidad de «[...] un abordaje preciso para la incertidumbre» (Belaga, 2006, p. 18), capaz de alojar, clarificar y orientar a los consultantes en un proceso que garantice su derecho a la salud.

El diagnóstico constituye para nosotros una herramienta terapéutica, y no un mero etiquetamiento a partir del cual se decide la inclusión/exclusión en un determinado dispositivo de tratamiento. Es situacional y presuntivo; en este sentido, no se agota en la indicación terapéutica, entendida como dispositivo de tratamiento. Más bien desde el momento en que un consultante llega al hospital, se comienza a desplegar una serie de estrategias que por su naturaleza generan marca en el sujeto. Estrategia supone direccionalidad, coordinación, no es improvisación. Creatividad no necesariamente es improvisar. Por lo tanto, queremos resaltar tres aspectos de la intervención, que suelen obviarse o relegarse en el marco de la urgencia, y sin embargo entendemos son fundamentales:

- a) Direccionalidad: ¿para qué? ¿Hacia dónde?
- b) Coordinación: ¿con quiénes?
- c) Pedagogía de la intervención: ¿cómo?

Sin lugar a dudas la consolidación de equipos de trabajo es una herramienta fundamental para el abordaje de la complejidad que nos convoca, ya que nos ofrecen mejores condiciones para la intervención. Concebimos la práctica clínica como un saber hacer con otros; por ende sujeta a perfeccionamientos y transformaciones en cada situación singular.

La intervención implicó a varios actores del hospital, en consonancia con la complejidad del abordaje en la urgencia. En otras

ocasiones también ha supuesto el trabajo articulado con la Guardia, como también de otros sectores, por ejemplo la intervención del Consejo de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes.

Reflexiones finales: «pausar para continuar»

En este trabajo hemos querido compartir algunas particularidades que adquiere la urgencia en el servicio al que pertenecemos. Se trata de situaciones que ameritan lógicamente nuestra intervención en el corto plazo, pero que requieren una escucha atenta, singular y capaz de desentrañar los hilos que tejen o sostienen el padecimiento actual. La droga, el tóxico, la supuesta conducta de riesgo constituyen el perfecto telón que tiñe la escena de fondo, el ocultamiento de la violencia social, familiar, el silenciamiento de las complejas tramas que sostienen el padecimiento subjetivo.

Frente a la inmediatez y la improvisación, queremos destacar la importancia de los tiempos de la intervención: tiempos para recibir y alojar al padeciente, tiempos para escuchar y dar lugar a la palabra singular, tiempos para pensar la direccionalidad de la intervención, tiempos para la interconsulta, tiempos para acompañar a los sujetos en la búsqueda de la resolución de la situación que origina la demanda.

La situación analizada nos permitió vislumbrar la complejidad de las tramas familiares, de la violencia intrafamiliar, de los hijos como objeto de los padres (de la ley), y de la droga como la «punta del iceberg». ¿Es realmente el consumo lo problemático en estas situaciones?

El consumo de sustancias está equiparado al riesgo, peligrosidad, amenaza. Porta sobre sí todos los temores sociales y estigmas.

El modo de presentación de la consulta dista mucho de constituir una evaluación situacional que nos permita desplegar estrategias de abordaje eficaces. Nuestro servicio se caracteriza fundamentalmente por la escucha y la apuesta a que algún tratamiento sea posible cuando

es necesario. Por lo tanto el abordaje de/en la urgencia, para nosotros, también supone trabajar para que esto comience a ser visualizado.

No hay una urgencia en salud mental, por definición es plural, múltiple, situacional, así como lo son las presentaciones que adquiere en la adolescencia. Por lo tanto, lo urgente es escuchar a los/las adolescentes, para acercarnos a sus percepciones, necesidades, anhelos, modos de habitar y significar sus prácticas. Lo urgente es repensar desde qué perspectivas se escucha a los/las adolescentes y se trabaja con sus familias; ésta es nuestra responsabilidad y desafío como trabajadores de la salud pública.

Bibliografía

- Belaga, G. (comp.) (2006). *La urgencia generalizada: la práctica en el hospital* (1ra. ed.). Buenos Aires: Grama.
- Bordalecou, S; Bruni, M.; Elia, M.; Fridman, P.; Galland, G.; Gargiulo, S. et ál. (2014). «La demanda espontánea como paso a la inclusión». En AA. VV. *1.º Jornada de Salud Mental y Adicciones. Dispositivos de intervención clínica*. Buenos Aires: Ediciones Licenciada Laura Bonaparte.
- Dirección de Salud Mental y Adicciones (2013). *Lineamientos para la atención de la urgencia en salud mental* (en línea). Recuperado el 20-8-2014 de http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/2013-10_lineamientos-atencion-urgencia-salud-mental.pdf.
- Fazzio, A. (comp.) (2010). *Niñez, familia y Derechos Humanos* (1ra. ed.). Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo) (2013). *Plan Estratégico 2013-2015*. Buenos Aires.
- Ley N.º 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Decreto Reglamentario 603/2013. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 3 de diciembre de 2010.

Ley N.º 26.061. Ley Nacional de Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 26 de octubre de 2005.

Adicciones y conductas de riesgo en adolescentes: la urgencia subjetiva¹

Martina Fernández Raone

Introducción

Nuestro trabajo tiene como objetivo analizar las modalidades de presentación de la urgencia subjetiva en pacientes adolescentes que consultan al Hospital Zonal Especializado en Drogodependencia y Alcoholismo «Reencuentro», de la ciudad de La Plata. A partir de presenciar las entrevistas de admisión, hemos constatado, de los cien casos observados en el transcurso de dos años (2011-2013), determinadas consultas que revelan el carácter de urgencia. El origen de tales consultas, en la mayoría de los casos, proviene de sus familiares directos o de instituciones públicas o privadas que reclaman un tratamiento. La tríada adolescencia, toxicomanía y urgencia, vinculada con las conductas de riesgo que exhiben estos pacientes, confiere a las expresiones sintomáticas particulares dificultades en el abordaje terapéutico.

Nos ha interesado, en primer lugar, diferenciar la urgencia psiquiátrica de la subjetiva, delimitando cómo esta última se presenta en la demanda terapéutica en el dispositivo hospitalario de Admisión al cual asistimos. En segundo lugar, definiremos el concepto de *adolescencia* a la vez que el de *conductas de riesgo* vinculadas a la toxi-

1. Este trabajo se enmarca en la Beca de Investigación Tipo B de la Universidad Nacional de La Plata: *Adolescencia y consumo de sustancias: la demanda de asistencia psicológica en un Hospital especializado en drogodependencias y alcoholismo*, cuya directora es la Mg. Norma Etel Najt.

comanía, para poder comprender las características de estas últimas en la población estudiada. Finalmente, y teniendo en cuenta la relevancia de las presentaciones psicopatológicas, entre ellas el *acting out* y el pasaje al acto como formas de solución del sujeto ante la angustia que atraviesa el material clínico, nos preguntamos cuáles son las intervenciones que pueden realizarse a partir de este pedido de tratamiento inicial.

Dos casos clínicos posibilitarán una lectura de los fenómenos abordados así como la apertura de diversas formas de responder en la coyuntura que ha desencadenado la crisis.

La urgencia subjetiva y la demanda terapéutica

«Urgencia» es un término que se utiliza en el código médico y refiere tanto a un dispositivo asistencial como a un modo en que llegan ciertos pacientes a la consulta (Delgado, 2011). Según la Organización Mundial de la Salud, se trata de la «aparición inesperada de un problema de causa diversa y gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia» (Villalibre Calderón, 2013, p. 20).

Debemos distinguir la urgencia psiquiátrica de la subjetiva. La primera se refiere a toda situación ligada a la noción de peligrosidad para el paciente así como para el entorno, de modo que la demanda terapéutica está delimitada por una situación real objetiva de riesgo. Aquí se incluyen los trastornos del humor, la tentativa suicida en la depresión y los trastornos de comportamiento (Vallet, 2005).

La urgencia subjetiva puede ser enmarcada en el dispositivo psicoanalítico, como el exceso con que se confronta un sujeto: quiebre del lazo social, laboral, con el propio cuerpo; ruptura aguda; quiebre del equilibrio con que la vida se sostenía (Sotelo, 2009).

En el dispositivo de admisión en el cual realizamos nuestra investigación, la urgencia se presenta generalmente ligada al peligro o riesgo por parte del paciente, del familiar o institución que realiza

la demanda. Es aquí donde se apunta a que la urgencia logre transformarse en urgencia subjetiva y que «aquel que consulta pueda interrogarse acerca de la causa de su padecer» (Sotelo, 2011). En el hospital especializado en adicciones mencionado, delimitamos dos cuestiones: por un lado, la urgencia subjetiva parte en la mayoría de los casos, de los padres de los pacientes adolescentes que consultan y, por el otro, la presentación sintomática urgente se establece generalmente sobre la égida de la toxicomanía así como sobre las conductas de riesgo que los jóvenes exhiben y que sus familiares denuncian. Éstas son cuestiones fundamentales para nuestra posible futura intervención, al mismo tiempo que conforman una coordenada esencial para pensar en el aquí y ahora de la demanda urgente que por estructura exige una respuesta (Vanderveken, 2005).

La adolescencia y su problemática

Como dijimos anteriormente, nuestra casuística está conformada por cien casos de adolescentes (de entre 13 y 25 años), por lo cual es pertinente delimitar el término mismo «adolescencia». Aunque no pertenece al marco teórico del Psicoanálisis, se vincula en la obra de Freud con la pubertad como momento en que opera una «metamorfosis» (Freud, 1905), en la cual se hace presente una disarmonía que conmueve la posición del sujeto. La elección del objeto sexual y la separación de la autoridad de los padres se presentan como nuevos problemas que el joven debe afrontar. El encuentro con el sexo implica cambios a nivel de lo real biológico y de lo imaginario corporal. Tales transformaciones exigen al sujeto determinados modos de tramitar y elaborar renovadas elecciones de objeto y el abandono de lazos libidinales pretéritos. De este modo, definiremos a la adolescencia como «síntoma de la pubertad» (Stevens, 2001), respuesta subjetiva frente a la exigencia de simbolización de lo real del sexo, por un lado, y por el otro, a la vacilación que se produce en las identificaciones y la separación de la autoridad parental por parte

del joven. En consecuencia, es conveniente hablar de «las» adolescencias, ya que serán plurales las formas de responder a la emergencia de este real pulsional.

Las conductas de riesgo

Dentro del grupo de pacientes adolescentes que analizamos, fueron llamativos los casos en los cuales junto a la preocupación por el consumo, se asociaban diversas manifestaciones que alarmaban a los próximos (Fernández Raone, 2013). Manifestaciones como fugas, errancias, hechos de violencia (hacia sí mismo o hacia terceros), actos delictivos, todos ellos considerados por varios autores como «conductas de riesgo» (Le Breton, 2000; Lacadée, 2007), han adquirido particular importancia en la literatura especializada concerniente a la adolescencia (Le Breton, 2013). Muchas veces toman la forma de *acting out* o de pasaje al acto, dependiendo de en qué tipo de estructura subjetiva aparezcan. Lacadée (2007) conceptualiza este conjunto de expresiones como una forma de recurso simbólico, compensación ante la insuficiencia de límites y referencias significantes que permitan orientar el malestar. Resultan así intentos de inclusión en el mundo, modos de organizar en forma de rituales de iniciación el pasaje a la edad adulta.

Ésta es una de las razones por las cuales nos encontramos frecuentemente con grandes dificultades de otorgar significación a los acontecimientos vividos, particularmente a los actos producidos en los que aparentemente el paciente no ha participado intencionalmente. Muchos accidentes son sintomáticos desde nuestra perspectiva y mera contingencia para los sujetos involucrados.

Nos parece pertinente destacar que la noción de *riesgo* (y las conductas asociadas a él) puede ser objetivable, como subrayamos que sucede con la urgencia en su acepción definida por la psiquiatría. No obstante, nuestro foco de interés se dirigirá a la subjetivación que el paciente o el familiar que lo lleva a consultar realizan

de la situación angustiante que atraviesa y que demanda una inmediata intervención por parte de un tercero. Los límites que circunscriben la experiencia del riesgo en los casos que hemos observado son establecidos por el propio paciente (o aquel que consulta por él), considerando la gravedad o peligro en el cual se encuentra desde su propia posición. Debemos señalar además que son muy pocos los casos donde el origen de la demanda es personal. En estos casos la urgencia se asocia a un pedido de internación, como modo drástico de cortar con una situación insoportable. En los casos restantes, casi la mayor parte de la casuística, son los padres o las instituciones públicas ligadas a la justicia los que exigen el inicio de un tratamiento, ya que vinculan el consumo de sustancias con las conductas del sujeto.

Nos preguntamos en estos casos cuáles son las posibilidades de modificación de la posición de irresponsabilidad subjetiva de estos jóvenes que no consideran su actos como «riesgosos», sintomáticos o solidarios de algún conflicto o malestar que los afecte. Desde un punto de vista psicoanalítico, constatamos que estas conductas en muchos jóvenes se inscriben en la pendiente de la desorientación y la errancia por la conmoción del aparato identificatorio que se producen, no sin tener en cuenta el contexto simbólico que ha ofrecido respuestas en el curso de su vida. En consecuencia, nos hallamos frente a una falta de implicación subjetiva correlativa de una ausencia de coordenadas simbólicas que habiliten al sujeto a inscribirse en el mundo regido por ideales o principios organizadores de su existencia (Stevens, 2001).

Resulta ilustrativo al respecto el caso de Pedro, de 19 años, quien consulta varias veces acompañado por su madre. Desde los 15 años consume psicofármacos, marihuana y cocaína. Ha padecido graves accidentes con riesgo de vida y se refiere a ellos relatándonos así: «Tomo las pastillas y me pasa lo que me pasa, el accidente. Yo me junto con una banda de amigos y si estoy empastillado me quiero prender. Hago todas las peores cosas. Mi mamá reconoce que sabe que así no voy a llegar mucho tiempo».

Había empezado la entrevista mencionando que perdió los dientes en un accidente de moto, uno de los tres que tuvo, vehículo que conduce sin registro ni casco protector. Inmediatamente agrega que su padre murió en un accidente similar cuando él tenía 14 años. Resulta de interés especial la relevancia que adquiere el amor al padre, a quien caracteriza como «alcohólico», «ladrón», que había tenido varios accidentes y que finalmente es detenido. Luego de salir de la cárcel, el padre muere, después de comprarse una moto y conducirla en forma imprudente. Pedro recuerda: «Cuando murió mi papa, me quise olvidar de eso y empecé a consumir. Después te olvidás tarde». Muestra su intento de solución para calmar el dolor y el fracaso de dicha respuesta que resulta siempre insuficiente para la elaboración del duelo por su padre. Nos resulta pertinente considerar de qué manera Pedro ha quedado indisolublemente ligado a ese padre en una pendiente mortífera, incluso en una de sus últimas crisis de angustia sólo pide por aquél.

Aclaremos que en la última consulta algo ha ocurrido que ha cambiado la vida de Pedro. Se enfrenta con su próxima paternidad y está desprovisto de un saber que le permita modificar su posición de hijo que permanece sufriendo por la ausencia de un padre. Nuestra intervención se vio facilitada por la subjetivación actual del malestar de Pedro, las crisis de angustia y las vacilaciones subjetivas que éstas implican, para proponerle un tratamiento ambulatorio y un breve período de terapia farmacológica. Nos espera un largo recorrido de entrevistas preliminares porque a pesar de que Pedro reconoce que está «muy nervioso» y muestra intenciones de afrontar su paternidad, razones por las cuales acepta el tratamiento, expresa: «Por lo menos un tiempo, para estar más tranquilo, también me da miedo caer preso, yo fui detenido cuatro veces pero era menor, ahora tengo más de 18 años». Sin embargo, debemos tener en cuenta en la perspectiva futura, para orientar nuestras intervenciones, esta posición que se mantiene en Pedro cuando dice: «No quiero estar tan nervioso, ponerme a pensar en los problemas que tengo». En este caso, la madre, «exadicta», desconoce cualquier situación

conflictiva de su hijo y reconoce un solo agente etiológico en todo lo que le ha pasado, la droga como el único factor interviniente en sus detenciones y graves accidentes. La alienación de Pedro al discurso materno, ¿no se muestra acaso como un intento fallido de separación a través de recurrir al consumo que es a lo único frente a lo cual su madre se opone con firmeza?

Adolescencia y relaciones familiares de la actualidad

Una cuestión que no podemos soslayar es la de los cambios que se han producido en la actualidad en el lazo social en la cultura denominada «hipermoderna». El contexto actual aparece signado por elementos que contribuyen a la ausencia de ideales otrora vigentes, fundamentales para la constitución subjetiva y el privilegio del hedonismo y del empuje a la satisfacción.

Por un lado, los cambios sobrevenidos en los roles familiares permiten que los padres se identifiquen con sus hijos, lo que favorece las conductas de desorientación de las jóvenes generaciones en constante necesidad de marcas simbólicas, particularmente en un momento como la pubertad, donde se produce el encuentro con un agujero en el saber (Lacadée, 2007). Del mismo modo, las dificultades para consolidar un vínculo de autoridad entre alumno y profesor en el ámbito educativo contribuyen a la necesidad de utilizar otros medios para encontrar una salida de esta situación de indeterminación y angustia. En un contexto social muy diferente, Freud (1914) destacaba la figura del padre y su importancia en la adolescencia, así como la de los maestros y profesores como sustitutos del padre y responsables de la salida de la adolescencia al mundo.

Frente a este panorama nos interrogamos acerca de qué modo sustituyen hoy los adolescentes la autoridad paterna. Asistimos en el presente a una crisis de lo simbólico a nivel de los ideales, del padre, de la palabra, de la figura del maestro como transmisor de

emblemas identificatorios (Fernández Raone y Varela, 2012). Observamos la ruptura del lazo social, expresión de una «era del vacío» (Lipovetsky, 2003), donde el sexo continúa en la línea del hiperconsumo y la ley de la economía de mercado. El adolescente, desorientado, se vale de los objetos de consumo (entre ellos, la droga), marcas en el cuerpo (tatuajes, piercings), bandas de adolescentes, de nuevas formas de familia para sustituir la falta de ideales. Vemos en las mentadas «previas», donde los jóvenes toman alcohol hasta a veces llegar a graves cuadros de intoxicación, un intento por disminuir la angustia que produce lo ilimitado de un goce posible (López, 2006). Un caso al cual asistimos en nuestra institución resulta ejemplar. Se trata de una consulta que tiene la marca de una urgencia subjetiva de parte de la madre.

La madre de S., una joven de 15 años, se muestra muy angustiada y pide soluciones urgentes porque hace dos meses S. presentó una grave intoxicación alcohólica, que motivó su internación en un hospital dado que llegó al coma alcohólico. La madre se siente completamente desbordada por la desobediencia y cambios de conducta de S. (abandono de la escuela, fugas, actos delictivos, consumo de tóxicos), que atribuye al inicio de la relación con un joven.

El contraste entre el discurso materno y el de la paciente es radical: la joven se afirma en su posición marginal y de desafío a las normas y a la ley e idealiza la relación con la droga: «Siempre me gustaba la cosa, ver a los pibitos drogándose en la tele. Si fuera por mí entraría a un negocio y lo robaría». Desde hace dos años ha comenzado a drogarse con marihuana, cocaína, inhalantes y psicofármacos. Concede importancia a su grupo de pares en el valor que otorga a la droga y desconoce la autoridad de sus padres. Rechaza la propuesta de tratamiento, le parece que hablar no cambia nada. ¿Qué márgenes limitan nuestra intervención cuando la paciente señala que la palabra no tiene ninguna importancia para ella, y que ha encontrado la solución en el cuestionamiento de las autoridades familiares y en la afirmación de una vida considerada como que es propia sin importarle consecuencia alguna?

Conclusiones

En la misma dirección de lo que acabábamos de señalar, no podemos dejar de preguntarnos, para hallar algún tipo de elaboración que oriente nuestra práctica, ¿cómo intervenir en estos casos donde el síntoma no tiene los rasgos de la envoltura formal que Freud describía en la época victoriana? La toxicomanía se incluye entre los síntomas actuales en el sentido de que está menos vestida por la envoltura significativa y se extiende a la vida entera del sujeto como una forma, un modo de goce organizado por el sujeto, que parece desde el inicio fuera de sentido.

La combinación del consumo de sustancias con las conductas de riesgo ligadas al desborde por parte del sujeto en su intento por dominar la angustia conducen a presentaciones clínicas de compleja resolución, donde no puede hablarse de soluciones «inmediatas», como muchas veces la situación de urgencia requiere. El analista en este momento es convocado a responder, ligada esta premura con la estructura de la demanda urgente. Alojar al sujeto, escucharlo sin realizar interpretaciones salvajes, intentar delimitar por medio de la introducción de una pregunta en aquello que lo conmueve en el presente, proponerle una apuesta de tratamiento futuro son algunas de las variables terapéuticas posibles. Recordemos que los casos seleccionados se inscriben en el dispositivo de entrevistas de admisión, donde aún no podemos hablar de un vínculo transferencial.

La recepción de la urgencia, muchas veces subjetivada por un familiar o tercero, debe circunscribirse en ocasiones a estos últimos, y no a los propios pacientes adolescentes, donde la presentación se caracteriza por no declarar una queja o malestar, como ya destacamos. Sin embargo, cada caso nos demuestra la necesidad de algún tipo de lectura de la situación para poder proceder táctica, estratégica y políticamente si el tiempo del tratamiento posible nos lo permite. No debemos olvidar que un alto porcentaje de los pacientes que arriban con manifestaciones ligadas a conductas de riesgo a la vez que el consumo de sustancias no suelen continuar el tratamiento, de manera que

queda ese punto de inflexión, el momento de la consulta, como un intento truncado por acallar un malestar que posiblemente continuará existiendo, en su vertiente de llamado al Otro o separación en acto.

Nuestra propuesta puede delinarse en el derrotero de una continuación de este tratamiento en ciernes así como la posibilidad de que ese paciente, en un futuro, pueda responder a la oferta realizada, lo cual depende en la mayoría de los casos, de un encuentro contingente que lo enfrente con un real imposible de soportar.

Bibliografía

- Almeida Filho, N.; Castiel, L. D. y Ayres, J. R. (2009). «Riesgo: concepto básico de la epidemiología». Revista *Salud colectiva*, vol. 5, N.º 3, pp. 323-344.
- Delgado (2011). «Angustia y trauma». Revista *Virtualia*, N.º 23, pp. 48-55.
- Fernández Raone, M. y Varela, J. (2012). «Adolescencia, hipermodernidad y síntomas actuales». Trabajo presentado en el *IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología*. Facultad de Psicología, UBA, Buenos Aires. Publicado en las *Memorias del Congreso*, tomo 3, pp. 294-297.
- Fernández Raone, M. (2013). «Consumo de sustancias y conductas de riesgo en la adolescencia». Trabajo presentado en el *IV Congreso Internacional de Investigación de Psicología UNLP Conocimiento y práctica profesional: perspectivas y problemáticas actuales*. La Plata.
- Freud, S. (1905). «Tres ensayos de teoría sexual». En *Obras completas*, vol. VII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1914). «Sobre la psicología del colegial». En *Obras Completas*, tomo XIII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Lacadée, P. (2007). *L'éveil et l'exile. Enseignements psychoanalytiques de la plus délicate des transitions: l'adolescence*. Nantes: Edit. Cecile Defaut.

- Lacan, J. (2001). «Preface a l' éveil du Printemps». En *Autres Ecrits*. Paris: Seuil, pp. 561-564. [Trabajo original publicado en 1974].
- Le Breton, D. (2000). *Passions du risque*. Paris: Edit. Métailié.
- Le Breton, D. (2013). *Une brève histoire de l'adolescence*. Paris: Edit. J.-C. Béhar.
- Lipovetsky, G. (2003). *La era del vacío* (9na. ed.). Barcelona: Anagrama.
- López, H. (2006). «¿El superyó de los adolescentes se diluye en alcohol?» (en línea). Revista digital *Imago Adenda*. Recuperado el 13-8-2014 de <http://www.imagoagenda.com/articulo.asp?idarticulo=978>.
- López Acosta, C. (2009). «La decisión de entrar a un tratamiento de adicciones: motivación propia e influencia de terceros». *Revista Terapia Psicológica*, vol. 27, N.º 1, pp. 119-127.
- Pérez, D. R. y Méndez, D. R. (2012). «Psicoanálisis y urgencia». *Revista Investigaciones Medicoquirúrgicas*, vol. 2, N.º 2, pp. 34-38.
- Sotelo, I. (2009). «¿Qué hace un psicoanalista en la urgencia?». En Sotelo, I.; Laurent, E.; Belaga G.; Sobel G. y Rojas A. *Perspectivas de la clínica de la urgencia*. Buenos Aires: Grama, pp. 23-30.
- Sotelo, I.; Rojas, M. A. y Miari, A. (2011). «Hospital, dispositivos, urgencias». *Revista Universitaria de Psicoanálisis*, vol. XI. Buenos Aires: Edit. Facultad de Psicología, UBA, pp. 181-188.
- Stevens, A. (2001). «Nuevos síntomas en la adolescencia». *Revista Lazos*, N.º 4, Escuela de Orientación Lacaniana, sección Rosario. Rosario: Fundación Ross.
- Vallet, D. (2005). «La clinique de l'urgence ou l'urgence dans la clinique. La place de la psychanalyse en institution». En *Quarto 84 Clinique de l'urgence*. Bruselas : École de la Cause Freudienne Huysmans, pp. 40-45.
- Vanderveken, Y. (2005). «La hâte de ces moments de ne pas rater». En *Quarto 84 Clinique de l'urgence*. Bruselas: École de la Cause Freudienne Huysmans, pp. 58-62.
- Villalibre Calderón, C. (2013). *Concepto de urgencia, emergencia, catástrofe y desastre: revisión histórica y bibliográfica*. Trabajo final de máster en Análisis y gestión de emergencia y desastre. Universidad de Oviedo, España.

II. URGENCIAS SUBJETIVAS Y DESAMPARO SOCIAL

Los trabajos que integran esta sección reflexionan sobre las urgencias vinculadas con situaciones de desamparo social. En este caso, las preguntas que recorren los textos son las siguientes: ¿de qué hablamos cuando hablamos de urgencia subjetiva y social? ¿Qué implica pensar una urgencia social desde el campo de la salud mental? ¿Qué es el desamparo social, y qué efectos produce en la subjetividad? Por otro lado, ¿cómo pensar una intervención en este terreno? ¿Qué tipo de abordajes y dispositivos demandan contextos y sujetos marcados por el desamparo social?

A través de diversos abordajes sobre distintos dispositivos y niveles de atención en el hospital y otras instituciones, también discusiones teóricas y casuística, se reúnen trabajos que se dedican a pensar sobre las urgencias y el desamparo social.

¿Qué puede el hospital? Las Casas Amigables como estrategia de anudamiento en nivel primario ante las urgencias y el desamparo

Edith Benedetti

Introducción

La pregunta «¿qué puede el hospital?» para dar respuesta a las problemáticas de salud mental y adicciones se encuentra atravesada por una serie de nuevos interrogantes que interpelan desde diferentes lugares: el escenario de la intervención, la expresión de nuevas formas de los problemas sociales, un impacto institucional inesperado y una serie de desafíos hacia éstos.

Desde esta perspectiva, los modelos clásicos en este campo parecieran no tener capacidad de respuesta, principalmente desde sus fuertes dificultades para incorporar lógicas de índole transversal y flexible.

El consumo problemático de sustancias se inscribe dentro del tipo de problemas que, en las últimas décadas, ocupa un lugar diferenciado en el imaginario social, las representaciones sociales y las nuevas expresiones de la cuestión social, dentro de escenarios cada vez más confusos.

Las adicciones son, de este modo, el lugar desde donde sobresalen los rasgos de una sociedad atravesada por relaciones violentas, fragmentación y pérdida de espacios de socialización, lo que genera nuevas formas de padecimiento.

Los efectos impulsados por el neoliberalismo nos muestran una serie de padecimientos que en el caso de la Argentina marcan la persistencia de los efectos del relato neoliberal en la construcción de subjetividad.

Ahora bien, la reconstrucción y recuperación de la centralidad del Estado atraviesa todos los órdenes políticos de la sociedad para que éste pueda volver a ser el garante de la solidaridad y la integración social.

En estos nuevos escenarios se expresan problemáticas sociales antiguas y actuales, teniendo como común denominador los fuertes cambios de contexto, la desigualdad y el padecimiento en escenarios donde aún está presente la pérdida de certezas.

Así las expresiones de la desigualdad, del malestar, en tanto padecimiento, interpelan cotidianamente a las diferentes prácticas de intervención en salud mental.

La fuerte presencia del consumo problemático de sustancias en el imaginario social la torna de alguna manera «inasible» y ligada a una desesperanza, donde muchas veces se parte del presupuesto de que es muy poco lo que se puede hacer o que todo esfuerzo en la resolución de este tipo de problemas no tiene sentido o es en vano.

El fatalismo con que se impregnan muchas veces las acciones institucionales se transporta a la familia y a los sujetos mismos, desde una subjetividad construida en la imposibilidad; personas que se consideran a sí mismas inviables dentro de una sociedad que, ante el temor, los rechaza o estigmatiza.

La complejidad muestra la necesidad de cambiar el modelo de las prestaciones uniformes por aquel de las intervenciones según las necesidades, en términos de la política sanitaria institucional.

En este contexto, se ha implementado en el Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo) un nuevo *Plan Estratégico* que lleva adelante diferentes dispositivos para la atención progresiva, con distintos niveles de complejidad. Por consiguiente, en el interior del referido plan se desarrollan algunos aspectos del primer nivel de atención y del dispositivo Casa Amigable, objeto de análisis del presente trabajo.

Siendo así, este trabajo tiene como objetivo general discurrir sobre la pregunta «¿qué puede el hospital?» ante una problemática

actual en el ámbito de la salud mental y adicciones que tiene impactos subjetivos significativos. Para ello, se pretende reflexionar sobre el entrecruce entre desamparo social y desamparo subjetivo; plantear hipótesis respecto de estos efectos en la subjetividad y las posibilidades de intervención que tengan en su horizonte la traducción del «grito» –no traducido, inaudible– en «llamado», como se verá en detalle más adelante. Se describirá, entonces, la implementación de un dispositivo capaz de alojar la referida problemática. Asimismo, se presentará un caso que nos interpela, que excede la lectura desde la dimensión teórica o técnica, y explicita la relevancia de pensar un nuevo dispositivo de intervención desde una institución pública sanitaria.

De esta forma, la relación del Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo), otras instituciones de la comunidad y la intervención clínica se presenta como una instancia de construcción de nuevas preguntas, pero especialmente como lugar de encuentro, como la cimentación de dispositivos que construyan un nuevo lugar para la palabra.

1. Dos modos de desamparo

1.1. Acerca del desamparo subjetivo

En primer lugar hay que señalar que el concepto de *desamparo* viene a ocupar el lugar de otro concepto habitualmente usado que es el de *abandono*. El abandono alude a la ausencia física de las personas, supone un «abandonar al sujeto a su suerte», que encierra en sí mismo la idea de un destino prefijado.

El desamparo en cambio apela, más allá de la presencia o ausencia, a la función o funciones de aquellos que han de ocuparse de un sujeto, sea éste un niño, un adolescente o un adulto.

El desamparo subjetivo revela más bien un momento estructural en la constitución del sujeto. Se trata de ese sujeto que, al nacer, para

poder vivir y humanizarse requiere del Otro,¹ de sus cuidados, de sus respuestas marcadas por un deseo particular a lo que este Otro interpreta como demandas, ya que el sujeto en sí mismo no tiene elementos para poder resolver ni enfrentar solo todo ese mundo de sensaciones que se le presenta. Es un desamparo primario que es la condición para que el adulto tenga un lugar; podemos decir que es la condición para que un vínculo pueda constituirse. Si bien este estado es estructural, la evolución del sujeto indica que él mismo en relación con el Otro va construyendo medios que lo ponen a resguardo de dicho desamparo. En Freud podemos encontrar un recorrido de este concepto. Plantea en distintos momentos de su obra el concepto de *desamparo* o *desvalimiento* como un estado en que el sujeto se encuentra frente a una situación para la que no tiene herramientas de regulación. Freud se vale del vocablo *Hilflosigkeit* para designar la referida condición o estadio originario en la constitución subjetiva. El sustantivo *Hilfe* denota precisamente la noción de «ayuda», «asistencia» o «auxilio»; con el sufijo *-los*, forma el adjetivo *hilflos*, que designa, en la lengua alemana, «desamparado», «desvalido», que no puede ayudarse a sí mismo.

Para Lacan el desamparo subjetivo es un estado en el que el sujeto se ve desbordado por una situación que irrumpe y a la que no puede enfrentarse en modo alguno, no tiene esos elementos que le permitan responder a la irrupción de goce que le viene del Otro. Cuando hablamos de desamparo subjetivo, lo que está en juego es la ausencia de inscripción del sujeto en una estructura. Es decir, en el desamparo subjetivo tenemos una falta de inscripción en lo simbólico que tiene como resultado una incapacidad para producir un sentido en lo real. Esto es lo que convierte a los sistemas de protección en sistemas de riesgo de reproducir dicho desamparo, ya que suelen

1. Zelmanovich (2003). En este texto, la autora propone poner mayúsculas para nombrar al Otro, intentando –en el contexto del abordaje sobre el desamparo– dar cuenta del peso significativo que tiene para el niño la palabra del adulto de quien depende.

tener como operador principal la separación del sujeto de las condiciones de vida que lo han acompañado hasta el momento. Las situaciones en las que se propicia y se produce la caída de las identificaciones, las situaciones en las que se empuja al sujeto a «gozar» en el lugar en el que era habitualmente guiado por los ideales, y las situaciones en las que se obstaculiza la formación del síntoma son las que principalmente confrontan al sujeto con el desborde. Cuando un niño llega al mundo, debe producirse un efecto de sujeción, i. e., tiene que ser atravesado por una función que ejerce el Otro primordial y que depende en gran medida del deseo que allí esté puesto en juego. Ese deseo es el que hace que el Otro pueda, desde el primer momento, convertir el grito en un llamado del sujeto, es decir que lo humanice. El bebé que llora necesita que alguien transforme su grito en un pedido («violencia primaria», en términos de Piera Aulagnier). Dicho de otro modo, la diferencia primordial entre un grito y un llamado es que en el primero no hay Otro y, en cambio, el segundo se constituye en la medida que haya un acuse de recibo del Otro y que se otorgue sentido a ese llamado (por ejemplo: «tiene hambre», «tiene sueño»).

De alguna manera, lo que el sujeto emite depende de la acogida que el Otro² le dé, que puede tener diversas formas: desde la escucha atenta hasta la falta de respuesta. Sin embargo, es importante tener en cuenta que en la medida que el sujeto emite un grito, la falta de respuesta adquiere el valor de una respuesta.

En este sentido, nos interesa seguir a Tizio cuando plantea –en el prólogo del libro de Aichhorn titulado *Verwahrloste Jugend* [Juventud desamparada]– que

este término remite tanto a un lugar como a un sujeto que no ha contado con el cuidado, con la preocupación del Otro [...] no es algo que haga el sujeto sino que se trata de los efectos que la

2. Como en las ocurrencias anteriores, reitero que el uso de mayúscula retoma aquí dos sentidos: el Otro social, por un lado, y el Otro del cuidado parental, por otro.

acción del Otro tiene sobre él, por eso se halla en situación de desamparo (Tizio, 2006).

1.2. Acerca del desamparo social

Nuestro país sufrió, desde hace más de tres décadas, una fractura institucional. Entre los factores que contribuyeron de modo contundente para este escenario, se podría evocar, primeramente, la última dictadura militar y, en su corolario, los siguientes elementos: el saqueo económico, la pauperización de la industria nacional y del sistema productivo, la desintegración social, la ruptura de las redes solidarias, la violencia, muerte, tortura y la privación ilegítima de la libertad.

La política neoliberal instaurada desató una crisis económica y social que en el 2001 puso en evidencia, para muchos, la complicidad entre dictadura y proyecto capitalista «neoliberal». Esta situación produjo mayor desocupación y aumento de la pobreza. Tales factores conllevan, por tanto, la impugnación del Estado y sus instituciones, que a su vez es uno de los condicionantes del referido debilitamiento institucional.

Los acontecimientos del horror, la supresión de la memoria, de la identidad, y el exterminio, ocasionan una condición de disolución autodestructiva del colectivo social, que sólo puede superarse mediante una situación refundacional de las representaciones simbólicas que instituyen límites respecto de otro colectivo social, y sobre todo, respecto del pasado traumático.

Podemos pensar que, a pesar de los esfuerzos denodados que el proyecto político gobernante viene realizando en los últimos once años por deconstruir esta fractura, no se ha podido elaborar aún ese quiebre.

La falta de trabajo que se generó por la implementación de políticas neoliberales hasta el año 2003 conlleva a la deconstrucción de identidades producidas a lo largo de generaciones, la ausencia de representación de futuro para el recién llegado (en los términos de

H. Arendt) impone a los padres un incumplimiento de la promesa generacional y una expulsión de la identidad, melancolizados por su propia impotencia.

1.3. Algunos aportes de la teoría psicoanalítica para la reflexión

Si tomamos los aportes del psicoanálisis –que privilegió desde el comienzo el movimiento que, a partir del presente se vuelve hacia el pasado–, presente-pasado-futuro sería la secuencia a interpretar, a la luz de la teoría *traductiva-detraductiva* de la existencia humana. Jean Laplanche (1996) formula que el pasado tendría en depósito el mensaje del otro que demanda ser descifrado. El tiempo es propio del hombre, la temporalización designa el modo según el cual el existente humano se organiza según el tiempo, intentando tomar de sí mismo una nueva perspectiva. El movimiento de temporalización es de detraducción-retraducción; o sea, presupone algo «ya traducido» anterior, pero también algo «por traducir» primordial, que es inconsciente.

El ser humano se construye a partir de este movimiento de traducción y de detraducción-retraducción, dándose a sí mismo versiones, representaciones de sí. Se trata, por lo tanto, de un trabajo de *après-coup*, que debe ser entendido como la acción diferida del pasado sobre el presente y la comprensión retroactiva del presente sobre el pasado.

Es importante establecer que lo inconsciente comprende, por un lado, representaciones que le dan origen, que quedan bajo la represión originaria (*Urverdrängung*) sin ligazón; por otro, actos latentes y temporalmente inconscientes –que fuera de esto en nada se diferencian de los conscientes–; y también procesos tales como los reprimidos –que se encuentran bajo represión (*Verdrängung*)–, que, a su vez, si llegaran a ser conscientes, presentarían notables diferencias con los demás.

Es necesario, para seguir con el pensamiento freudiano, analizar los procesos psíquicos desde sus aspectos dinámicos, tópicos, pul-

sionales y no perder de vista la función de procesamiento de cantidades, en el marco del principio de constancia, que se inscribe en la serie placer-displacer. En esta línea de pensamiento, se debe considerar el concepto de «economía libidinal», es decir, la difícil tensión existente entre el placer diferido y el goce que se agota en el objeto mismo, inmediato y actual.

Ahora bien, vale resaltar que la teoría psicoanalítica le otorga fundamental importancia a la relación con el otro en la constitución subjetiva. Silvia Bleichmar ha planteado que el «cachorro humano» *deviene sujeto* en relación con otro: la constitución de la subjetividad, la instalación de las representaciones que dan origen al inconsciente, los procesos que transforman a la cría humana en ser humano sexuado, atravesado por la cultura; todos estos aspectos que conforman el devenir sujeto no se dan por otra vía que la relación con el otro.

Algunos operadores especialmente relevantes para una reflexión sobre la constitución subjetiva son la *autoconservación* y la *autopreservación*. Éstas, en las palabras de Bleichmar, «constituyen el punto nodal con el cual se articulan los procesos mediante los cuales la realidad instituye o destituye formas de la subjetividad» (Bleichmar, 2008).

La autoconservación no tiene representación psíquica directa, sino por un sistema de mediaciones que implica que el yo tome a su cargo la preservación de la vida como lugar de amor del otro. La representación de la propia vida se construye en relación con otro que inviste amorosamente al yo, y lo protege, preservando su cuerpo biológico a partir de la continuidad temporal de la existencia.

La autopreservación remite a los aspectos identitarios del yo, o sea, lo que se es y lo que se debe llegar a ser. El yo queda articulado a sus enunciados de base: se es «hijo de», «hermano de», «mujer», «hombre», «blanco», «negro», etc. Cuando esta articulación se rompe, tal ruptura obliga al aparato psíquico a defenderse, o bien a que se produzca cierta desestructuración.

En tiempos de paz, en tiempos de justicia social, la autoconservación y la autopreservación más o menos marchan juntas... La conservación de la vida y la preservación de la identidad permiten,

en esos tiempos, aun con leves diferencias, un equilibrio que sostiene la unidad psíquica, lo cual se fractura en situaciones extremas de pérdida de derechos.

La realidad exterior no sólo incide sino que constituye. Opera desdoblada bajo dos modos, una vez constituido el sujeto psíquico: por un lado, como realidad significada, capturada por el lenguaje, por los discursos significantes que dan forma y convierten a la realidad en instituyente; por otro, está lo no capturable, lo no significativo, pero que impacta de manera traumática en el borde de lo que ha sido significado.

El discurso socialmente instituido se convierte en instituyente de las representaciones del sujeto y su relación con el mundo, mediado por el otro humano, atravesado por sus deseos y prohibiciones, que transmite las representaciones que constituyen su yo y las representaciones que el sujeto tiene de sí mismo.

Seguimos a Piera Aulagnier, que plantea que el *infans* deviene sujeto a partir del ejercicio de la función materna, la función paterna y el campo social. Dicho de otro modo, no se trata de pensar en un sujeto que en un tiempo segundo se socializa, sino que lo social adquiere un estatuto constitutivo y metapsicológico:

No se trata de postular la influencia o el modo en el cual lo social se manifiesta en un sujeto en particular, sino que esta inscripción de lo social en él y de él en lo social forma parte indisoluble y estructurante de su subjetividad (Karol, 2004).

Aulagnier plantea que el grupo social, representado metonímicamente, está designado por un conjunto de sujetos que hablan la misma lengua, regidos por las mismas instituciones como un conjunto de voces presentes. «Este conjunto puede pronunciar un número determinado de enunciados: entre ellos, tendrá lugar la serie que define la realidad del mundo, la razón de ser del grupo, el origen de sus modelos [...]» (Aulagnier, 1988). La autora entiende que este conjunto –más o menos complejo– posee siempre una infraestructura

mínima, a la que llama «los enunciados del fundamento». Estos enunciados comparten una exigencia, a saber: preservar la concordancia entre el campo social y el campo lingüístico.

«La catectización del niño por parte del grupo anticipa la del grupo por parte del niño»: ésta es la definición que brinda Aulagnier de lo que llama «contrato narcisista». Plantea, además, que éste se instaure gracias a «la precatectización por parte del conjunto del *infans* como voz futura que ocupará el lugar que se designa: por anticipación, provee a este último del rol de sujeto del grupo que proyecta sobre él» (Aulagnier, 1988).

La realidad exterior ejerce efectos en la subjetividad; en particular, en los modos con los cuales el *yo* se presenta a sí mismo y se sostiene en su función integradora, no sólo a nivel del psiquismo individual, sino social.

Siguiendo a la autora, «la realidad de la opresión social sobre la pareja parental desempeñará un papel en el modo en que el niño elaborará sus enunciados identificatorios» (Aulagnier, 1988).

Asimismo, la subjetividad se inscribe en los modos históricos de producción de sujetos. Por consiguiente, se hace necesario pensar la realidad significable o significada, capturada por el lenguaje, no sólo como código organizador, no sólo como efecto de enunciado, sino por los discursos significantes que le dan forma y la transforman en instituyente, producen subjetividad. Se entiende, así, la inscripción del otro humano en tanto efecto de discurso, de coagulaciones discursivas, no a partir del propio sistema deseante, sino del modo con el cual la cultura define y regula las intersecciones entre deseos, pulsión y modos de producción de la subjetividad.

La realidad no significada, no capturable, produce un exceso de malestar, cristalizando discursos, a modo de signo.

Desde este marco, pensamos a un sujeto situado, siendo *en* una historia, «historizado», constituido psíquica y políticamente siempre en relación con otros y con el mundo y, de este modo, enlazado por el discurso, la palabra y la narración, la promesa y el sentido del encuentro sensible con esos otros.

Nos interesa, no obstante, pensar cómo se da el contrato narcisista en condiciones especiales. En el presente trabajo, ¿qué sujetos nos proponemos pensar? Jóvenes sin futuro, sin proyecto, sin lugar, acorralados, desamparados. Adultos que nunca han tenido acceso a un trabajo digno, que subsisten en algunos casos de «changas», es decir, en condiciones precarias de trabajo, tal vez hijos de padres en iguales condiciones; sujetos sometidos a un Otro³ que invisibiliza la injusticia y la vulneración de derechos, lo cual convierte en natural la falta de trabajo, de vivienda, de educación formal.

El contrato narcisista, en ese contexto, remite a la realidad no capturable, no significada, la del dolor del pasado no elaborado, que se repite como síntoma social. Asimismo, convoca a plantearnos las posibles modificaciones en los modos de producción de la subjetividad, repensar si serán temporarias o permanentes. Ello inevitablemente se refleja en nuestras prácticas o las interpela, y demanda la creación y el pensamiento sobre nuevos dispositivos de intervención clínica.

2. Acerca del dispositivo Casas Amigables⁴

Las denominadas Casas Amigables favorecen el ingreso a tratamiento de pacientes que aún no han generado pedido de asistencia. Este dispositivo posibilita trabajar desde la reducción de riesgo y daño, con intervenciones de umbral mínimo de exigencia. Permite afianzar el contacto y construir una demanda que, bajo la hipótesis del «desanudamiento», no cabe suponer articulada.

Este dispositivo extramuros ha sido implementado en el Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo), en el marco del *Plan Estra-*

3. «Otro» con mayúscula, en la presente ocurrencia, remite al otro político-social.

4. Parte de la descripción del dispositivo en el presente apartado consiste en la versión adaptada de una sección del artículo: Benedetti y Medolla (2014). «De camino a casa. Nuevos dispositivos de intervención clínica extramuros: la Casa Amigable, la *Casa de Medio Camino* y el programa *Vuelta a Casa* en el marco de la (re) construcción del lazo social».

tégico 2013-2015. Partimos de los principios del primer nivel de atención, y a su vez del referido paradigma de reducción de riesgo y daño, con el objetivo de construir un espacio con un umbral mínimo de requerimientos. El dispositivo consiste en casas en el territorio que funcionan las 24 h. Por «umbral mínimo de requerimientos» se entiende que alguien pueda venir, quedarse a dormir, al otro día irse y al otro día volver, sin horarios preestablecidos.

Concebimos como parte del proceso esas *idas y venidas*; son lo que le permite al equipo empezar a construir un lazo y comenzar a establecer una marcación institucional. En eso consiste el «umbral mínimo»: no hay una reglamentación para los usuarios que les exija estar determinado tiempo, de modo que, si no se cumple, son excluidos. El término «amigable» indica ese paso para que algo distinto pueda ocurrir.

En el marco de la reducción de riegos y daños, ¿qué se desarrolla en este dispositivo? El lugar posibilita llevar a cabo actividades variadas, donde las personas que tengan un consumo problemático puedan estar, acercarse, bañarse, comer, mirar televisión, dormir, así como iniciar un trabajo con el equipo, a través de grupos, talleres, actividades artísticas, etc. No obstante –y fundamentalmente–, los sujetos pueden aproximarse a un espacio que aloje algo de los que les ocurre, y, en ese lapso de tiempo, se interrumpe el consumo.

El dispositivo está diseñado sobre todo para chicos que están en situación de calle o de pasillo, es decir, de los pasillos de la villa. Actualmente, en los pasillos de las villas hay chicos que son de esas mismas villas y hay otros que han llegado a comprar, a consumir y allí se quedan.

Hablamos de estrategia de anudar en el primer nivel con el objetivo clínico de re-construir lazo social.

3. Lo que hace lazo: el discurso

Retomamos el debate teórico, no obstante, después de hacer el recorte referente a los sujetos en juego y el dispositivo de intervención.

Si partimos de la hipótesis de un «desanudamiento», es imprescindible pensar –a la hora de concebir una intervención– qué hace lazo. Vale, por lo tanto, retomar la concepción de Lacan, que ofrece una nueva vía al definir el lugar del sujeto como lo que representa un significante para otro significante, en un intento de reconstruir la noción clásica para posicionarla como efecto de enunciado. El discurso excede a la palabra, va más allá de los enunciados que realmente se pronuncian... sostiene la realidad, la modela. Entendemos que esta referencia a la teoría lacaniana del lazo social es una respuesta posible a la pregunta sobre cómo intervenir a favor de la instalación del lazo social en cada situación, por entender que abre a la posibilidad de algún tratamiento posible de lo pulsional. La pulsión encuentra su lugar particular en los lazos sociales, es decir que el discurso es una instancia en la cual se ligan, de una manera determinada, significante y pulsión.

Consideramos necesario, en este punto, seguir algunas conceptualizaciones sobre la formalización lacaniana del *goce*,⁵ que da cuenta de la dimensión de la imposibilidad, en la medida en que la constitución subjetiva, sólo habilitada en el encuentro con el Otro y en un mundo habitado por el lenguaje, conlleva una pérdida de goce estructural. Podemos decir que el ingreso al lazo social es efecto del discurso: es a partir del hecho de que hablamos que el goce se afecta, ingresando en el circuito simbólico de la cultura.

Hay distintos modos de hacer lazo; en efecto, Lacan (1969-70) propone que se producen en cuatro tipos de discursos. Los discursos son distintas soluciones –en el sentido de ofrecer modos de estabilizar el conflicto– que tienen como efecto condicionar la emergencia de los modos de enfermar y de curar, de amar y de gozar.

Hay una subjetividad que se construye en el seno mismo de estos dispositivos y el sujeto no puede situarse más allá de la materialidad discursiva que lo determina. Elementos, lugares y rotaciones que componen la teoría de los discursos.

5. Lacan prefiere el término «goce» a «satisfacción pulsional».

Tal vez valdría pensar que la herramienta que nos aporta el psicoanálisis sobre los discursos nos abre a la posibilidad de interrogar, en la particularidad de cada sujeto, su modo de inscripción en lo social. Ello posibilitaría la introducción de un espacio que haga lugar a la palabra, propiciando su inscripción en un discurso determinado, a partir precisamente de hacer lugar a esa singularidad.

4. Pinceladas de la práctica profesional

A modo de pinceladas, voy a narrar distintas escenas con el propósito de analizar las intervenciones, articular y producir ciertas abrochaduras que otorguen sentido a la práctica y también abrir nuevos interrogantes.

Para pensar nuestras intervenciones y prácticas ha sido y es necesario, cada día, construir confianza, hacer lugar, alojar, hospedar, para proteger lo frágil, a esos jóvenes que no habían tenido estatuto de chicos en ningún lado, chicos a la intemperie, situación que los ha mantenido en una relación de desafiliación social.

Desde esta perspectiva, hemos podido empezar a discriminar aquellas cuestiones naturalizadas y asimiladas como «culturales», y que son sólo producto de la pobreza y la falta de oportunidades de varias generaciones, de las manifestaciones culturales de las distintas regiones de nuestro país y de los países limítrofes, constituyendo *ese* gusto multicolor, esa polifonía en la que una voz permite que se escuche mejor otra voz.

Entendemos que poner en acto el concepto de *disponibilidad* en salud pública requiere de intervenciones y de acompañamiento que ponga un corte en ese devenir de la nada, de ese gueto que se estableció en las villas de emergencia en las últimas décadas, donde todo ocurre allí, los buenos y los malos, los amigos y los enemigos, los entretenimientos, los bailes, las peleas, los amores, etc.

Villas y asentamientos que parecen estar cercadas con una pared. Todo se da como si aquellas paredes que se levantaron hace más de

treinta años –y aún hoy se escuchan algunas propuestas de repetir esa misma historia⁶– forman un cerco simbólico; la pared, el límite está marcado, generando impacto traumático.

4.1. Sobre una intervención en la urgencia en el dispositivo Casa Amigable Zavaleta⁷

El paciente D. C., de 21 años, paraguayo, radicado en la Argentina hace tres años aproximadamente, se acerca por primera vez a la casa Zavaleta cuando ésta se encontraba en proceso de acondicionamiento. Las paredes se encontraban aún pintadas por los anteriores habitantes de la casa, con frases y consignas que se asociaban a la antigua historia de ésta. Tres profesionales del equipo interdisciplinario comenzaban en ese momento con actividades de reconocimiento y mapeo en el barrio (psiquiatría-psicología-sociología). Al momento del arribo de D. C., durante el mes de febrero de 2014, se evidenciaban signos de consumo: inquieto, moderadamente agitado, de aspecto desordenado y poco aseado, sin ropa que lo protegiera de la lluvia de ese día. Durante este primer contacto, relata estar en situación de consumo y conocer la casa por anteriores visitas, en las cuales intercambiaba tareas por sustancias.⁸ En ese momento, se lo invitó a pasar, se le brindó una infusión caliente y se le ofreció una bolsa de consorcio para protegerse de la lluvia. En este encuentro, relata algunos fragmentos de su historia: cantidad de años en el país, gustos, intereses y su actual situación de pasillo. Se lo invitó a volver

-
6. Hace un año atrás el Municipio de San Isidro, para «proteger» al lujoso barrio La Horqueta, propuso levantar un muro en el límite con San Fernando, donde hay un barrio humilde y una villa. Fue evitado por la acción de los vecinos organizados y distintos organismos de defensa de la ciudadanía.
 7. Este apartado ha sido elaborado con la colaboración de la Dra. Marina Anido y la Lic. Gabriela Inés Mastellone, integrantes del equipo de APS del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).
 8. En efecto, la casa en que ahora funciona el dispositivo, antes de la expropiación judicial, formaba parte del circuito del tráfico de drogas.

a asistir a la casa cuando quisiera y se le comentó las actividades próximas que se iban a realizar allí.

Luego de este primer encuentro, se volvió a contactar con él, durante una recorrida por las «ranchadas» de promoción de las actividades de desayuno en la casa, durante los primeros días del mes de abril. En ese momento, se lo convocó nuevamente a asistir a la casa y a participar de las actividades existentes, en una charla informal mientras compartíamos una infusión caliente en la calle. D. C. se acerca unos días después, se sorprende por los cambios en la casa (nueva pintura y mobiliario), participa junto con otros del desayuno y realiza actividades recreativas (metegol junto con los profesionales y otros concurrentes). A partir de este día, concurrió asiduamente a la casa, sostuvo progresivamente períodos más prolongados de estadía e integración a las actividades, disminuyó su tiempo de consumo. En diversas oportunidades se acercó con otro joven en situación de pasillo, que también participó de las actividades. Despliega en relatos informales diferentes aspectos de su historia que nos llevan a inferir que se estableció paulatinamente un lazo transferencial con el equipo tratante y se propició un espacio «amigable y habitable», que favorecía la circulación de personas y palabras.

Se comienza a evidenciar, por lo relatado, su falta de red familiar y social, así como la existencia de conductas que ponían cotidianamente su vida en riesgo, derivadas de su consumo problemático. Expresa, en estos encuentros, deseos de mejorar su situación y ocuparse de su salud. El equipo acompaña a D. C. a un centro de salud local, con el cual se articula habitualmente, para realizar controles clínicos. En los días subsiguientes, se lo acompaña al segundo nivel de atención para que pueda realizar una radiografía. Hasta ese momento se puede observar en D. C. el despliegue de múltiples recursos expresivos que involucran intereses y posibilidades para establecer paulatinamente un cambio de su actual situación. El dispositivo con umbral mínimo de exigencia, entendemos, potenció el despliegue de estos recursos existentes. D. C. se involucra en un ambiente de cotidianidad, en colaborar en las tareas y mantenimiento

de la casa, emprende a su vez estrategias creativas y con iniciativa, como la colocación de una antena para poder ver la televisión. Se interesa por otros dispositivos de tratamiento del hospital y plantea la posibilidad de establecer una entrevista más profunda con los profesionales.

Al momento de dicha entrevista, se establece lo que el equipo entiende como una demanda explícita de tratamiento, dado que deposita confianza en los profesionales y ubica puntos de quiebre en su historia posibles a ser tratados. D. C. propone a los profesionales intentar sostener las actividades durante los días subsiguientes, implementando –en los horarios en los cuales la casa se encontraba cerrada y durante la noche⁹– la asistencia a un parador cercano, lo cual reduciría de esta manera su consumo y su exposición a riesgos en el «dormir en la calle». Este «primer paso» es propuesto y sostenido por el paciente, quien se presenta al día siguiente a la casa, incluso unos minutos antes que ésta abriera sus puertas.

Durante los primeros días de mayo, la realidad presenta entonces un nuevo desafío para D. C.: la cercanía de un fin de semana largo y la ausencia de actividades en el barrio, que parecen inquietar al paciente y al equipo. Se elabora junto con él la posibilidad de recurrir al segundo nivel de atención de nuestro hospital, a través de una internación breve, para propiciar la continuidad del tratamiento a través del dispositivo Hospital de Día y para elaborar una externación paulatina, facilitando alternativas para que el paciente pueda pernoctar en un ambiente digno y acogedor. Durante el transcurso del fin de semana, algunos integrantes del equipo monitorearon la internación de D. C., y reforzaron así las nuevas posibilidades que ahora se desplegaban.

Hasta el día de la fecha, D. C. comienza a incorporarse en las actividades del Hospital de Día, y comienza un tratamiento con los profesionales de este equipo. Se continúa trabajando junto con el

9. Vale aclarar que la Casa Amigable todavía no permanece abierta durante la noche a causa de las características del territorio.

equipo del dispositivo de Internación Breve la externación más adecuada, ya que el paciente expresa con firmeza su intención de no volver a Zavaleta que, en efecto, se trata de una villa de emergencia de la Ciudad de Buenos Aires. Se observa a su vez que, durante este período, D. C. interactúa y genera lazos con otros pacientes internados, y llega incluso a establecer vínculos que describe como «de amistad». Se subraya este último aspecto, ya que consideramos de suma importancia que en este paciente se hayan podido restablecer lazos, mediante acciones en el territorio y por medio de diferentes niveles de atención. La reconstrucción paulatina de vínculos significativos con otros, con historias diferentes o similares a las de él, permitió la apertura de nuevas posibilidades a lo que se consideraba como un futuro que impresionaba, adherido al consumo, la exclusión y la exposición a peligros que atentaban contra su vida.

5. A modo de provisorio cierre

«[...] cuando a una sociedad se le niega
la posibilidad de soñar, la realidad
se vuelve una pesadilla»

J. MARTÍN IÑIGUEZ RAMOS (2007)

Pensar en qué puede el hospital y en los dispositivos de intervención nos obliga a pensar en las particularidades de nuestro contexto, partiendo de un enfoque situado, ya que de otra manera no es posible realizar ninguna acción que produzca algún efecto de sentido.

El primer nivel de intervención en un sistema de atención progresiva de la salud constituye una posibilidad, tal vez la puerta de entrada al servicio hospitalario. A través del dispositivo de las Casas Amigables se abre una vía posible de acceso a lugares donde hay mucha necesidad por parte de sujetos que tal vez no llegarían, de otro modo, al establecimiento hospitalario. En función de eso se propone este dispositivo: como un modo de dar respuesta a esa necesidad.

Por lo tanto, lo que se establece en la Casa Amigable no implica necesariamente un tratamiento. El tratamiento está en el horizonte del dispositivo y constituye uno de sus objetivos. No obstante, es un trabajo previo al tratamiento, un punto de partida. Del mismo modo trabajan nuestros operativos de salud en los barrios: a través de una alternativa de primer nivel, con el fin de acercar algo allí, ponerlo a disposición y aproximar el equipo a un trabajo que puede devenir en un pedido de tratamiento –en otros términos, posibilita la *construcción de la demanda*– o no, pero siempre entendiendo que es un momento en el que se interrumpe el consumo de sustancias. De este modo se configura la reducción de riesgo y daño; en el momento del contacto con el dispositivo hay algo que construye un lazo social e interrumpe ese *estar en la calle*. Lo que está en cuestión es el desamparo social, que produce desamparo subjetivo, y desde ese lugar es posible deconstruir ese desamparo. En ese sentido, el objetivo y la direccionalidad clínica del dispositivo es, por cierto, construir un cambio en la posición subjetiva.¹⁰

Se puede decir, así, que algunos elementos que se encuentran en el horizonte de este dispositivo de intervención son: la posibilidad y el espacio proficuo para apropiarse de un futuro a partir de reconocer y significar el pasado; comprender un presente que no puede construirse ajeno a la comunidad, que en ella confluye; el hecho de resultar una unidad social, un agrupamiento de personas con un modo determinado de organización, que se vincula a necesidades e intereses comunes, que construye representaciones y valores, relaciones y responsabilidades.

Se busca, de este modo, dar palabra desde una ética; interrumpir el devenir desde la intervención profesional, asumiendo la respon-

10. Algunos de los aspectos aquí abordados se pueden encontrar también en el artículo: Benedetti y Medolla (2014). «De camino a casa. Nuevos dispositivos de intervención clínica extramuros: la Casa Amigable, la *Casa de Medio Camino* y el programa *Vuelta a Casa* en el marco de la (re)construcción del lazo social».

sabilidad; provocar procesos de simbolización, que permitan tramitar la angustia, para que pueda transcurrir algo del orden del deseo.

No se trata de asumir toda la responsabilidad social, sino de, en tanto hospital público, poner a disposición un servicio, en la apuesta de ejercer funciones subjetivantes.

Entendiendo entonces el acceso a la salud como derecho, revisamos la oferta sanitaria en tanto aquello que puede causar demanda. Se trata, por lo tanto, de una oferta con posibilidades de futuro y reconocimiento del otro, que inaugura la posibilidad de realizar un nuevo pacto con lo social.

Reiteramos una idea ya mencionada en este trabajo, que adquiere, no obstante, centralidad: se trata de ofrecer un espacio abierto, capaz de suscitar el deseo del sujeto, la posibilidad de construir una ilusión, un proyecto de vida.

En fin, la intervención clínica –articulada, como vimos, en la casuística–, así como la operación clave del dispositivo, pretende incidir precisamente en el entretejido de los dos desamparos: el subjetivo y el social. ¿Qué se produce en la intervención clínica, en definitiva? Una posibilidad –en su momento incipiente, que puede dar lugar a otras posibilidades– de transformación, de traducción del «grito» inaudible e inaudito en un «llamado», o aun en un «pedido» dirigido a otro que le otorga sentido. Sin embargo, a diferencia del modo usualmente concebido, esta operación de traducción se da, aquí, desde lo social; ésta es una respuesta posible, proporcionada por una institución sanitaria pública, un hospital.

Bibliografía

- Aichhorn, A. (2006). *Juventud desamparada*. Barcelona: Gedisa.
- Arendt, H. (2003). «La crisis en educación». En Arendt, H. *Entre el pasado y el futuro, ocho ejercicios sobre la reflexión política*. Barcelona: Península.

- Aulagnier, P. (1988). *La violencia de la interpretación*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Benedetti, E. y Medolla, D. (2014). «De camino a casa. Nuevos dispositivos de intervención clínica extramuros: la Casa Amigable, la *Casa de Medio Camino* y el programa *Vuelta a Casa* en el marco de la (re)construcción del lazo social». En VV. AA. 1.º *Jornada de salud mental y adicciones. Dispositivos de intervención clínica*. Buenos Aires: Ediciones Licenciada Laura Bonaparte.
- Bernfeld, S. (2005). *La ética del chocolate, aplicaciones del psicoanálisis en educación social*. Barcelona: Gedisa. [Trabajo original publicado en 1913].
- Bleichmar, S. (2005). *La subjetividad en riesgo*. Buenos Aires: Topía.
- Bleichmar, S. (2008). *El desmantelamiento de la subjetividad*. Buenos Aires: Topía.
- Feixa, C.; Porcio, L.; Recio, C. y Caselles, N. (2007). «Jóvenes y “bandas” latinas en Barcelona: fantasmas, presencias, espectros». En Valenzuela Arce, J. M.; Nateras Domínguez, A. y Reguillo Cruz, R. (coords.). *Las Maras, identidades juveniles al límite*. México D. F.: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Freud, S. (1925-1926). «Inhibición, síntoma y angustia». En *Obras Completas*, tomo XX. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1930). «El malestar en la cultura». En *Obras Completas*, tomo XXI. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1950). «Proyecto de psicología». En *Obras Completas*, tomo I. Buenos Aires: Amorrortu.
- Karol, M. (2004). «La transmisión: entre el olvido y el recuerdo, entre el pasado y el futuro». En Frigerio, G. y Diker, G. (comps.). *Una ética en el trabajo con niños y jóvenes*. Buenos Aires: NovEduc.
- Lacan, J. (2002). *Seminario XVII. El reverso del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós. [Trabajo original publicado en 1969-70].
- Lacan, J. (2003). *Seminario VII. La ética del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós. [Trabajo original publicado en 1959-60].
- Lacan, J. (2003). *Seminario VIII. La Transferencia*. Buenos Aires: Paidós. [Trabajo original publicado en 1960-61].

- Laplanche, J. (1996). *Nuevos fundamentos para el psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Margulis, M. (2009). *Sociología de la cultura, conceptos y problemas*. Buenos Aires: Biblos.
- Melich, J-C. (2006). *Transformaciones*. Buenos Aires: Miño y Dávila.
- Tizio, H. (2002). «Sobre las instituciones». En Núñez, V. (coord.). *La educación en tiempos de incertidumbre: las apuestas de la Pedagogía Social*. Barcelona: Gedisa.
- Tizio, H. (2003). *Reinventar el vínculo educativo: aportaciones de la Pedagogía Social y del Psicoanálisis*. Barcelona: Gedisa.
- Valenzuela Arce, J. M. (2007). «Cien años de choledad». En Valenzuela Arce, J. M.; Nateras Domínguez, A. y Reguillo Cruz, R. (coords.). *Las Maras, identidades juveniles al límite*. México D. F.: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Zelmanovich, P. (2003). *Contra el desamparo*. Buenos Aires: FCE.

Intervención social, posibilidad y destino para la reconstrucción del vínculo social

Paula Gabriela Cabanchik

Introducción

Partimos del concepto de Ramón Carrillo¹ según el cual el hospital debe responder a la necesidad de la gente, y no que sean las personas quienes se adecuen a él. En este sentido es que observamos (en nuestro trabajo de campo) que somos nosotros quienes debemos estar allí donde la necesidad sanitaria se constituye como una urgencia. Desde este eje rector nos interrogamos acerca de las prácticas, las acciones y sus impactos. ¿Para quién, con quiénes, para qué?

La realidad hoy nos muestra que falta mucho por hacer, que hubo mucho tiempo de olvido y abandono; las políticas neoliberales nos han dejado este saldo de deshumanización y desolación en pibes que pareciera que han perdido el derecho a elegir su destino. Los años noventa se caracterizaron por implantar ese modelo que naturalizó la pobreza y la miseria, donde paulatinamente nos fuimos acostumbrando a la falta de respuesta y de recursos.

Sin embargo, esta realidad nos interpela en el marco de un nuevo modelo de políticas públicas, donde es posible destinar recursos para responder de manera singular a problemas plurales. La vida cotidiana en los barrios más pobres de la Ciudad de Buenos Aires nos impone un trabajo personalizado, desde el que podamos trabajar en los va-

1. Ramón Carrillo (1906-1956) fue un neurocirujano, neurobiólogo y médico sanitarista de Argentina, y alcanzó la capacidad político-administrativa de ministro de la Nación en 1946 (decreto firmado por el presidente Juan D. Perón).

cíos heredados, en el marco de una sociedad que no alcanza a preguntarse: «¿Qué nos pasó?», y que pareciera responsabilizar a ciertas personas por su condición.

Intervención/intervenciones

En el marco institucional, la estrategia que nos damos en el territorio desde el dispositivo de Atención Primaria de la Salud en el primer nivel de atención plantea la necesidad de restablecer ese vínculo social fragmentado y que empujó a nuestros pibes a la calle, con el objetivo de volver a generar las condiciones para que puedan encontrar los recursos internos que les generen autonomía y que los sitúe dignamente. Para ello, es necesario construir intervenciones que puedan emancipar a ese sujeto que se reconoce (en algunos casos) por primera vez. Dar la palabra y permitir que circule constituye el eje central para construir confianza en los contextos más desfavorables; es el punto de partida para volver a acercarnos y restablecer el diálogo perdido.

La falta de comida, refugio, ropa, higiene, alimentación, atención médica constituyen el marco de urgencias en las cuales intervenimos, que contribuyen al deterioro general de la persona. Pareciera ser, en estas situaciones, que sólo les queda la posibilidad de construir nuevas formas de supervivencia: el consumo de alguna sustancia que les permita convivir con esa realidad, o la locura que les permita correrse de dicha realidad. En todos los casos, el sujeto queda solo, atemorizado y aislado.

Hoy encontramos a nuestros pibes en este escenario, desgarnecidos, sumergidos en una sociedad que se empecina por no nombrarlos y donde pareciera que la única alternativa posible es sacarlos llevándolos lejos, a prisiones u hospitales donde ya no sea necesario verlos, donde no sea necesario confrontarlos.

Nuestra estrategia es pensar en ese otro como parte de uno mismo, reconocer en los sujetos más vulnerados la condición de humanidad;

y aunque sabemos que no siempre llegamos a tiempo, cada intervención se constituye como la posibilidad de construir algo nuevo, algo que se empieza a nombrar y a dar cuerpo. Muchas veces no logramos priorizar cuál es la necesidad básica, por dónde empezar; si se tiene presente que la urgencia en nuestras intervenciones está ligada al poco tiempo del que disponemos, a la situación de calle y pasillo en la que se encuentran estos sujetos y que tal vez no nos dé tiempo para un segundo encuentro.

En este sentido, lo primordial es reconocer a ese otro que nos ubica en una posición entre iguales:

Desde el momento en que el otro me mira, yo soy responsable de él sin ni siquiera tener que tomar responsabilidades en relación con él; su responsabilidad me incumbe. Es una responsabilidad que va mas allá de lo que yo hago (Lévinas, 2000, p. 80).

Siguiendo estos términos de Lévinas, aquí es donde la responsabilidad por el otro es innegable y donde esa relación es una responsabilidad ética que me impone acercarme, ya que me siento afectada por este Otro que me configura y al cual ya no puedo evitar. No puedo dejar de aceptar que ese otro existe y que gracias a él, yo soy quien soy.

Las urgencias en el territorio. Destino y autonomía

¿Qué lugar ocupa la urgencia frente al desafío al que nos convocan nuestros pibes? ¿Qué implica la urgencia?

Tal vez no tengamos suficientes respuestas, pero entendemos que *conocer* a ese sujeto que me implica y responder de manera integral es ayudarlo a empezar a tejer una red para que lo contenga y a la cual pueda recurrir cuando lo necesite; es contribuir a que se conforme en un sujeto capaz de reconocer y reconstruir su destino, restituyéndole identidad y referencia entre sus pares y la sociedad a la cual pertenece.

Nuestra intervención en el primer nivel de atención se encuentra más cerca de estas acciones. Como ya podemos presuponer, no existen situaciones ideales sobre las cuales participar, sino profesionales que puedan responder a las urgencias con las cuales convivimos cada día, en cada uno de nuestros territorios. Pueden hacerlo intercediendo con la palabra, la escucha, el acompañamiento a los diferentes efectores de salud, circunscribiendo a los sujetos en un sistema progresivo de atención.

En los diferentes escenarios nos invade esta realidad, con dolores que lindan con lo insoportable. A veces no hay tiempo de pensar maniobras y sólo nos queda actuar creyendo que podemos hacer la diferencia entre lo ya conocido (la nada) y lo nuevo que pueda constituirse.

¿Cómo distinguir en este sentido lo importante de lo urgente, cuando lo que urge es la vida y cuando tenemos parte de la responsabilidad en la transformación? Les hemos enseñado a los sujetos a sobrevivir o perecer, en función de las oportunidades que se les fueron presentando:

... yo vengo de atrás, yo vengo de abajo
 tengo las uñas sucias porque yo trabajo
 me he pasado toda la vida mezclando cemento
 para mantener a los gringos contentos
 tú no sabes todo lo que yo cosecho
 para dormir debajo de un techo
 pero yo no soy blandito, yo no me quito
 tampoco me criaron con leche de polvito
 soy la mezcla de todas las razas
 batata, yuca, plátano, yautia y calabaza
 no me vendo ni que me paguen
 a mi orgullo le puse un candado
 y me tragué la llave...
 (Calle 13, «Los de atrás vienen conmigo», 2008)

¿Cómo desarmar esas realidades impuestas por tanto tiempo y que conceptualizaron nuestras viejas prácticas?

Como lo plantea Meirieu, se trata de acercar las herramientas y recursos para que cada sujeto pueda tomar lo que necesita; que cada uno reconozca que es un ser social con su propia historia de vida. La autonomía es la posibilidad de *crear* sus propios destinos, como dijo el pedagogo suizo Enrique Pestalozzi (1797), la posibilidad de que cada sujeto pueda «ser obra de sí mismo».

En este sentido, entendemos que la práctica está ligada a la permanencia y a la constancia, al estar y escuchar para poder orientar y dar lugar a las primeras atenciones que se van presentando, con el firme propósito de establecer nuevos nexos (amigables) que enlacen con los distintos niveles de atención. Esta posibilidad que se nos presenta es la oportunidad de armar nuevos andamiajes que contengan las nuevas redes, es la oportunidad de recuperar la identidad cultural-política y generar a partir de ella, una justa distribución de los recursos.

De esta manera, darle lugar al sujeto en la urgencia implica no perder la estrategia que hemos planificado en función de la programación de trabajo, que será lo que determine los propósitos que hemos establecido para el dispositivo. En definitiva es lo que garantiza los derechos de los pacientes, indistintamente de las circunstancias y los escenarios en los cuales nos encontramos.

Nuestra intervención implica generar acciones preventivas, en el marco de los componentes sociales que condicionan la calidad de la salud: miseria, ignorancia, mala alimentación, falta de condiciones para la higiene personal, etc. Es necesario que garanticemos las condiciones mínimas de salud para poder sostener y proyectar los beneficios que hacen a la salud pública, para posibilitar respuestas perdurables, aprovechando espacios de vinculación y anudamiento.

Conclusiones. Para empezar a pensar...

La urgencia en nuestro campo es la diferencia que podemos hacer entre la respuesta concreta a la demanda que se va construyendo y la indiferencia o incapacidad de gestión institucional. No nos queda

margen para el error con nuestros pibes, ya que sólo tienen la calle y el pasillo, ya no les queda nada más que perder. Y no se trata de apurarnos para improvisar soluciones posibles, sino de planificar y pausar, para llegar más asertivamente:

Al entender a la salud por su concepto, por el contrario, los problemas sanitarios, las situaciones de salud-enfermedad dejan de enfocarse como una relación causal simple, lineal, homogénea; se presentan objetivamente como integrantes de un sistema profundo y complejo, adheridos a otra realidad más compleja aún que le es determinante y que se expresa globalmente como el sistema productivo del cual y por el cual existe (Ferrara, 1985, p. 13).

Los tiempos que se configuran en los territorios son muy diferentes a los intramuros; tenemos que poder interpretarlos para respetarlos, y de esta forma trascender la ansiedad y la impotencia que muchas veces nos invade.

Tenemos que hacer prevalecer los componentes socio-históricos, que en definitiva son los que producen los determinantes para la salud-enfermedad. Sin ellos, nuestras miradas se encuentran condicionadas por factores unicausales, y ello nos impide pensar respuestas integrales que ubiquen al sujeto en otro lugar dentro de su padecimiento.

Sin estos condicionantes, es imposible pensar las intervenciones que posibiliten respuestas dinámicas y creativas para los pacientes que aún no se han constituido como tales; ésta es la tarea fundamental en nuestro dispositivo: generar el acercamiento lo suficientemente confiable para que podamos alojar el dolor de quienes sufren.

Hoy contamos con dos herramientas fundamentales para movilizar: decisión política y recursos materiales. Esta combinación nos permite desplegar todas las estrategias posibles, y ser lo suficientemente creativos como para instalar una nueva práctica de Atención Primaria en el primer nivel de atención, que prevenga los factores de riesgo a los que se expone nuestra población, para responder y ampliar la calidad y eficacia en nuestras prestaciones.

Bibliografía

- Carrillo, R. (2012). *Teoría del Hospital* (1ra. ed.). Buenos Aires: Ministerio de Salud.
- Duschatzky, S. y Corea, C. (2013). *Chicos en Banda. Los caminos de la subjetividad en el declive de las instituciones*. Buenos Aires: Paidós.
- Ferrara, F. A. (1985). *Teoría social y salud*. Buenos Aires: Catálogos editora.
- Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo) (2013). *Plan Estratégico 2013-2015*. Buenos Aires.
- Jiménez, P. G. (s. f.). *Teoría ética de Lévinas* (en línea). Recuperado de <http://www.filosofia.net/materiales/num22/levinas.htm>.
- Lévinas, E. (2000). *Ética e infinito*. Madrid: A. Machado Libros, S. A. Ley N.º 25.421. Programa de Asistencia Primaria de Salud Mental (2001). Sancionada el 4 de abril de 2001. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 3 de mayo de 2001.
- Ley 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Decreto Reglamentario 603/2013, *Boletín oficial*, Buenos Aires, Argentina, 3 de diciembre de 2010
- Meirieu, P. (2003). *Frankenstein educador*. Barcelona: Alertes S. A. de Ediciones.
- Mignone, J. «Del maestro: Ramón Carrillo. Planificación en salud, un antecedente argentino». Revista *Salud y Sociedad*, N.º 23.
- Ministerio de Salud, Gobierno del pueblo de la Provincia de Buenos Aires (s. f.). «Propuesta y planes de trabajo». Buenos Aires.
- Ministerio de Salud, Gobierno del pueblo de la Provincia de Buenos Aires (s. f.). *¡Manos a la obra ya! Es tiempo de salud*. Buenos Aires: ATAMDOS.

¿La urgencia como un momento clínico?

Miguel Ángel Casella

Acerca de la urgencia

Comenzaré dando una definición de «urgencia» en psicoanálisis. Definimos la urgencia como un momento clínico, es decir que acontece en cualquiera de las tres estructuras de la tripartición freudiana (neurosis-psicosis-perversión). La urgencia puede accionar de modos diversos: bien puede producir la irrupción de la cura, introducir en la cura, o ser un momento preliminar a todo tratamiento posible. Miller (2012) piensa la urgencia como anterior a la constitución del inconsciente transferencial, y llama «urgencia» a «una modalidad temporal que corresponde al advenimiento de un traumatismo». Es eso que no admite espera, que empuja, es lo que nos pone a trabajar. Es la puesta en acto de lo que Lacan llamaba «te deseo aunque no lo sepa», es una de las maneras de nombrar el deseo del analista.

Lo que hace que la urgencia sea analítica es la imposibilidad por parte del sujeto de hacer cadena; he aquí que decimos que el analista debe ofrecerse como blanco para poder hacer de referente en la situación de urgencia, y permitir así al sujeto restablecer sus coordenadas libidinales. Francois Leguil (1998) dice: «Se espera que el analista que se enfrenta a la urgencia no sea un hombre de vuelta de todo, pero sí un hombre de vuelta de su propia urgencia». Deberá intentar en ese encuentro reinventar a un otro que no existe, causar un sujeto para que encuentre un singular camino de palabra después del encuentro con el traumatismo.

Laurent (2002) dice: «El analista es un *partenaire* que traumatiza el discurso común para autorizar otro discurso, el del inconsciente, sabe que el lenguaje es un virus, y no puede reducir su posición a la de un dador de sentido».

Se trata de que el analista haya hecho la experiencia de reducir el sentido del síntoma a la contingencia, y entonces será capaz de ocupar ese lugar insensato donde el sentido y el sinsentido coexistan.

Lo que he planteado en relación con la urgencia y con la función del analista lo quiero articular con las conceptualizaciones de *acting out* y «pasaje al acto». El *acting out* es esencialmente algo que se muestra en la conducta del sujeto. El acento demostrativo de todo *acting out* es su orientación hacia el Otro. El sujeto que realiza un *acting out* todavía permanece en la escena, en tanto que el pasaje al acto es una huida respecto de dicha escena hacia la dimensión de lo real: el pasaje al acto es una salida de la red simbólica, una disolución del lazo social, que no necesariamente implica una psicosis. Entraña, de todos modos, una disolución del sujeto que por un momento se convierte en puro objeto.

Lacan sostiene que el *acting out* resulta de la imposibilidad de recordar el pasado. Subraya la dimensión intersubjetiva del recuerdo, ya que el recuerdo no involucra sólo recordar algo de la conciencia, sino también comunicarlo a un Otro por medio de la palabra. El *acting out* se produce cuando la negativa del Otro a escuchar hace imposible el recuerdo.

Cuando el Otro se ha vuelto sordo, el sujeto no puede transmitirle un mensaje en palabras y se ve obligado a expresarlo en acciones. Es un último recurso contra la angustia.

El *acting out* es un mensaje cifrado que el sujeto dirige a un Otro, aunque el sujeto mismo no es consciente del contenido de este mensaje. Ni siquiera se percata de que sus acciones lo expresan, es un grito a la función del Otro para sostenerse, y puede tomar dos caminos: dirigirse al discurso del Otro o hacia el pasaje al acto.

El *acting out* es el esbozo de la transferencia, es la transferencia salvaje. No hay necesidad de análisis para que haya transferencia. Pero la transferencia sin análisis es el *acting out*.

Frente al *acting out* en la urgencia, se puede interpretar, prohibir o reforzar el Yo. Pero debemos quedar del lado de reforzar el Yo, porque el *acting out* puede iniciar una declinación de la escena, y anunciar así como consecuencia el pasaje al acto –fuera de la escena–. La clínica de la urgencia está latente más allá de cualquier saber, y habrá que estar preparado, no sólo teóricamente, sino también a nivel de las emociones personales.

Acerca del tratamiento del otro de referencia

Cuando apostamos a operar en los bordes de lo social, allí donde se cruzan las voces de las personas en situación de calle, en esa zona lindante con el horror, muchas veces los que nos sentimos arrasados somos los analistas. Además, la interrogación que nos atraviesa es cómo operar desde una posición que reconozca las determinaciones estructurales pero sin congelar a la persona en un lugar de víctima impotente, y cómo hacer lugar a la responsabilidad subjetiva sin cargar en esa mochila el peso de su lugar en la estructura social.

Nuestra intervención debe particularizar algo de lo que les sucede a estas personas, implica producir un espacio donde la palabra cobre un valor diferencial respecto de los enunciados monolíticos de la lógica institucional. En esos pliegues, podemos apostar a la emergencia de nuevas significaciones para quebrar algo del destino de exclusión que suele acompañar a los que ya han sido marginalizados.

Debemos generar una clínica que opere produciendo un nuevo lazo, que permita a la persona incluirse en otro discurso. La producción de un nuevo lazo es a condición de saber escuchar.

Sostener el lugar del analista implica sortear la fascinación paralizante que producen estos rostros de lo imposible. El desafío es trabajar con lo que no se sintomatiza, qué hacer cuando la pulsión se presenta descarnada, y cuando la vida es despojada de valor.

Se trata de una operación que podríamos describir como «posibilidad de cifrar»: donde la palabra opere como un límite; o la posibilidad de un sostén para la palabra del sujeto aunque éste no pueda proferirla, aunque sea una conjetura.

A veces la pregnancy imaginaria de la miseria, lo que se considera pobreza intelectual o falta de estímulos, no permite escuchar, no permite reconocer el deseo del sujeto, lo que lleva a la imposibilidad de un tratamiento porque se lee como falta de recursos, una negativa a hablar propia de quien quiere asegurarse del otro antes de abrir una pregunta sobre su padecimiento.

En muchas personas la gravedad del diagnóstico clínico sumado al desamparo social y al consumo problemático de sustancias empeora su situación. Para poder tratar a estas personas es necesario que también se haga un tratamiento del otro de referencia.

En algunas personas se produce un estado de angustia del que salen vía pasaje al acto, vía trastornos de comportamiento, vía el aislamiento y la desconexión o vía el delirio. ¿De qué se trata este tratamiento del otro de referencia? Se trata, allí donde lo que aparece son explosiones que se presentan como inmotivadas, donde aparecen agresiones al otro o a sí mismos, de poder ubicar algo del orden de una palabra, algo del orden de una demanda.

Las personas no son sin el otro de referencia. Las respuestas del otro de referencia pueden conducir al sujeto por la vía de la aceptación o por la vía del rechazo. El profesional ha de «dejarse incomodar».

Los profesionales incluidos en un caso tendrán que sentarse a conversar, y para hacerlo han de dejar las certezas que tienen sobre el caso, para, entre todos, poder construir un nuevo saber que tome lo colectivo y lo individual como manifestaciones diferenciadas. Y también, a partir de esos encuentros, poder situar los límites de cada campo para desde allí corresponsabilizarse.

Es una estructura de trabajo que se conforma cada vez, ya que cada vez que se aborda un caso, hay algo de lo inédito.

El psicoanalista en la institución y en la comunidad deberá estar disponible para una clínica de los encuentros que en su mayor parte

serán seguramente breves, intervenciones cortas en el tiempo pero capaces de producir rectificaciones subjetivas, cambios en la relación con el Otro, soluciones particulares, nuevos usos del síntoma.

En el tratamiento psicoanalítico de la demanda de saber, se favorece la constitución del síntoma como mensaje al Otro. Hay disolución de las identificaciones que esclavizan al sujeto, hay modificación del yo por el trabajo de lo simbólico sobre lo real, hay conexión del síntoma a la historia significativa del sujeto y el deseo que lo causa. Se produce una confrontación del sujeto con su responsabilidad e implicación en el síntoma, lo que genera una mutación subjetiva. Todo esto constituye una clínica de la escucha.

La intervención del analista no está marcada por el estándar, sino que es a medida del sujeto y sujeta a la contingencia.

La institución clínica que conviene al psicoanálisis no se puede concebir como las otras, no se puede concebir en la perspectiva del Uno universal, desde el «para todos» producto del discurso de la ciencia, sino desde el Uno de la serie, acorde con el discurso analítico: una por una a inventar.

Acerca del desamparo social y subjetivo

¿Cómo entendemos el concepto de *desamparo*? Respecto de este concepto hay que distinguir entre el desamparo social y el desamparo subjetivo. El desamparo social se lo diagnostica con lo evidente, hay señales: no hay trabajo, no hay escolaridad, no hay visitas al médico, hay señales en el cuerpo de malos tratos, hay consumo problemático de sustancias... Pero estamos en el terreno de lo social, donde las leyes, las normas, las instituciones pueden operar para poner a resguardo a un sujeto.

El desamparo subjetivo es otra cosa. No es evidente, no se descubre mirando. Hay que decir que no es un diagnóstico psicopatológico. El desamparo subjetivo revela más bien un momento estructural en la constitución del sujeto.

Se trata de ese sujeto que al nacer, para poder vivir y humanizarse requiere del Otro. De sus cuidados, de sus respuestas marcadas por un deseo particular, que este Otro interpreta como demandas, ya que el sujeto en sí mismo no tiene elementos para poder resolver ni enfrentar solo todo ese mundo de sensaciones que se le presentan.

El desamparo subjetivo es un estado en el que el sujeto está pura y simplemente trastornado, se ve desbordado por una situación que irrumpe y a la que no puede enfrentarse en modo alguno.

No tiene esos elementos que le permitirían responder a lo que viene del Otro.

¿De qué elementos se trata? De sus identificaciones, de sus ideales y también de sus síntomas si los entendemos como una invención propia de cada sujeto para establecer un lazo social singular con su entorno.

Estos elementos son las herramientas con las que el sujeto cuenta para enfrentarse al desamparo estructural.

Acerca del consumo problemático de sustancias

Las patologías del consumo son presentaciones del sujeto del lado de la pulsión y no del lado del deseo.

No son formaciones del inconsciente en el sentido clásico del término. No se organizan en un régimen significante, pero sí se presentan como prácticas pulsionales, como puro goce. Para enfrentar tales prácticas de goce, el ejercicio de la interpretación analítica debe constatar su impotencia.

Porque mientras que el sujeto parece acertar a simbolizar eficazmente la propia historia, se nota que esta simbolización no interfiere con la dimensión sintomática, que parece por el contrario permanecer inamovible. Palabra y goce viajan por líneas paralelas.

La operación del analista en la clínica es la de producir en el comienzo la significación de una falta de saber como causa de padecimiento. Una dirección que va, entonces, de la droga a la falta de saber.

La droga no sólo es un goce, sino que es también un goce usado como defensa, en el sentido de aquello con lo que el sujeto se defiende de lo real.

Desde la perspectiva de la droga, está en relación con el síntoma; no del síntoma neurótico que llama al otro, sino en su vertiente de repetición, de goce.

El objetivo es proponer una clínica que cuestione los órdenes temporales, para conceptualizar una lógica distinta. Desarmar la lógica de prevenir el síntoma para, justamente, provocarlo, crear el síntoma.

Si la práctica de las entrevistas preliminares en la clínica clásica de las neurosis privilegia la rectificación de la posición del sujeto, y en consecuencia, propicia un cambio de la demanda como efecto de la responsabilidad subjetiva, la nueva clínica impone un cambio de la oferta: ¿cuál Otro tenemos la posibilidad de ser para un sujeto que se presenta con un exceso de goce que pone en entredicho el poder de la palabra y anula la existencia del inconsciente?

En esta época, la del otro que no existe, debemos intentar reintroducir al sujeto en una relación vivible con el Otro. Aquí el analista es llamado a hacer con el propio ser; se trata de un movimiento que anticipa y puede hacer posible el desarrollo de la transferencia sobre el eje simbólico.

Este desarrollo exige un «sí» preliminar al sujeto, que puede introducir otro diferente del Otro (traumático por excesiva presencia o por excesiva ausencia) que el sujeto ha encontrado en su propia historia.

La centralidad que adquiere en la actualidad la cuestión preliminar deriva propiamente del hecho de que la clínica con sujetos con consumo problemático de sustancias se presenta como una clínica más allá de la represión, en consecuencia, como una clínica del pasaje al acto, mas que como una clínica del retorno de lo reprimido.

Para concluir quisiera tener en cuenta lo que dice Merleau-Ponty:

Una sociedad no es el templo de los valores-ídolos que figuran al frente de sus monumentos o en sus textos constitucionales; una sociedad vale lo que valen en ella las relaciones del hombre con

el hombre. Para conocer y juzgar una sociedad es preciso llegar hasta su sustancia profunda, el lazo humano del cual está hecha y que depende sin duda de las relaciones jurídicas, pero también de las formas del trabajo, de la manera de amar, de vivir y de morir (Merleau-Ponty, 1968, p. 8).

Bibliografía

- Altomare, D. (2008). *Las sombras del goce. Para una clínica de las adicciones*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Álvarez, A. (2006). *La teoría de los discursos en Jacques Lacan. La formalización del lazo social*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Casella, M. (2011). *¿La droga es el tóxico?* Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Foucault, M. (1987). *El nacimiento de la clínica*. México D. F.: Siglo XXI.
- Freud, S. (1993). *Análisis terminable e interminable*. En *Obras Completas*, tomo XXIII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Laurent, E. (2002). *Psicoanálisis y salud mental*. Buenos Aires: Tres Haches.
- Leguil, F. (1998). *Política del Psicoanálisis y Psicoanálisis de la Política*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquía.
- Le Poulichet, S. (1996). *Toxicomanías y psicoanálisis. Las narcosis del deseo*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Merleau-Ponty, M. (1968). *Humanismo y terror*. Buenos Aires: La Pléyade.
- Miller, J. A. (2012). «Lo real en el siglo XXI». En *El orden simbólico en el siglo XXI*. Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Tarrab, M. et ál. (1995). *Sujeto, goce y modernidad III. De la monotonía a la diversidad. Toxicomanía y alcoholismo*. Buenos Aires: Atuel.

«No sólo es contar con una guía de recursos». **La función del trabajo social ante la presentación de la urgencia**

Florencia Cohen Arazi y Roxana Piediferri

«Urgencia» se puede definir como la aparición en cualquier lugar o actividad de un problema de causa diversa y gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia.

Esa necesidad que requiere inminente atención, para el trabajo social rara vez es un suceso que irrumpe descontextualizado de la trayectoria de vida del sujeto. Es una necesidad que se ha ido forjando en el tiempo, que se construye de manera discontinua, que tiene múltiples causas, y que está en permanente movimiento. No es la categorización de un problema, es el padecer de un sujeto, de un hombre de carne y hueso.

Podría pensarse que ese sujeto acude a una institución cuando ese padecer se torna intolerable, cuando la necesidad se presenta en forma caótica y las estrategias implementadas hasta ese momento ya le son insuficientes para su resolución.

La urgencia para el trabajo social remite a necesidades básicas insatisfechas, necesidades que encarnan la vulneración de derechos (sociales y económicos principalmente), que impiden al sujeto acceder a un nivel de vida adecuado.

Planteado este escenario, el abordaje de la urgencia para el trabajador social puede construirse de diferentes formas: una forma puede ser describir la demanda, categorizar y priorizar las necesidades, articular y derivar según corresponda.

Otra modalidad de intervención puede basarse en partir por comprender que esa demanda no es una mera enunciación, sino que es

una construcción entre el profesional que interviene y el sujeto de la intervención. Para esto es necesario partir por conocer la historia de vida de ese sujeto, sus potencialidades y capacidades, sus referentes, pertenencias y aspectos que reafirmen su identidad.

A partir de esto, la intervención del trabajo social cobra otra relevancia: habilitar la restitución de derechos vulnerados en la medida en que se transfiera autonomía al sujeto.

Si bien las necesidades que presentan los sujetos con los que trabajamos requieren de inmediata atención, éstas nos exigen reflexionar sobre la trayectoria de vulneración y padecimiento.

A continuación presentaremos una situación donde dicha trayectoria implicó una modalidad de intervención donde el quehacer profesional trascendió la relación unilateral entre trabajador social y paciente, y habilitó así el seguimiento conjunto entre dos servicios del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo): Internación Breve y Centro de Día¹.

Presentación del caso “M.”

M. tiene 29 años. Primera evaluación en el por entonces denominado CeNaReSo en 2010, al momento de la internación se encontraba en situación de calle.

– Grupo familiar: Padres separados. Padre Lic. en Enfermería, por su profesión viaja dos o tres veces a la semana. Madre gestora independiente. Se presenta colaboradora en la primera internación de su hijo.

Seis hermanos, cuatro hermanos por parte del padre y dos por parte de la madre.

1. El Servicio de Internación Breve está pensado para intervenir en el episodio agudo, en una excitación psicomotriz o un episodio agudo psicótico, como una intoxicación leve o moderada. Posibilita la observación diagnóstica y la definición de una derivación a otro servicio. El Hospital de Día es un servicio de asistencia ambulatoria de mayor intensidad que opera como una internación diurna, en el cual el paciente puede llegar a pasar varias horas del día.

- Educación: primaria completa, repite 4° y 5°. Abandono en 2° año de secundaria. Realiza curso de fotografía.
- Historia laboral: vigilancia, gastronomía, peluquería. Actividad laboral intermitente con colaboración familiar en la búsqueda.
- Vivienda: luego de la separación de los padres, el paciente, siendo niño, una de sus hermanas y su madre vivieron en hoteles con ayuda económica del padre. Transita situación de calle durante un período de 3 años.
- Salud: inicio de consumo a los 13 años. Consultas en diferentes dispositivos luego de los 25 años. Diagnóstico de VIH en el año 2010.

**Itinerario terapéutico dentro del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).
Articulación entre dispositivos de Internación y Ambulatorio.
Servicio de Internación Breve y Centro de Día**

- Primera internación: agosto de 2010 hasta noviembre del corriente año. Colaboración de la madre y una hermana. Compensación de cuadro psicopatológico, acompañamiento en proceso para externa-ción; se suma la colaboración del padre. Se indica tratamiento por Consultorios Externos. Revoca tratamiento luego de dos meses en dispositivo Ambulatorio.
- Segunda internación: a mediados de enero de 2011. La familia continúa colaborando en el acompañamiento del paciente durante el tratamiento en dispositivo de Internación. A fines de enero firma revocación.
- Tercera internación: a comienzo de febrero de 2011. Sostiene dos meses dentro del dispositivo. Durante este período se destaca la indicación de interconsulta en Hospital General para evaluación de VIH, que es diagnosticado en el análisis clínico general que se realiza en este hospital. Revoca tratamiento en abril.
- Cuarta internación: abril de 2013. En el momento de la evaluación, refiere dos internaciones en el Hospital Alvear en el año 2012

por descompensación psicótica, según le informaron en ese nosocomio. Sostiene tratamiento ambulatorio durante el mes de enero. Con la colaboración de su madre tramita subsidio habitacional.

Al momento de la internación se encontraba nuevamente en situación de calle. Discontinuo contacto con su madre. Pérdida de DNI, sin tratamiento por VIH. Durante la internación logra tramitar Pensión no Contributiva. Ruptura con pareja con la cual sostuvo una relación de seis meses.

Se incorpora al padre para acompañamiento en el alta de PROFE.

Durante la internación el paciente intenta mantener contacto con su madre. Mediante entrevista ella le informa sobre la necesidad de tomar distancia. Refiere agotamiento, enojo y cansancio, le transmite que no la moleste más para acompañarlo ni para la solicitud de pedidos.

Le hace entrega de la documentación necesaria para administrar y cobrar la pensión.

Esta situación provoca revocación (25 días).

– Quinta internación: mayo de 2013. Frente al alejamiento de la madre del paciente, se convoca a la abuela materna, quien presenta gran enojo con su hija por el abandono de su nieto. Lo aloja en su vivienda durante el período anterior a la internación. El paciente convoca también a su abuela paterna y tío paterno. Logra el alta de PROFE y el pase libre de transporte público, tramita DNI, inicia búsqueda laboral, se programa consulta con infectólogo para retomar control y seguimiento. Luego de una salida, no regresa al hospital (agosto de 2013).

– Sexta internación: octubre de 2013. Sostiene actividad laboral esporádica, resolución habitacional en hoteles a través del cobro de Pensión no Contributiva, establece lazo con miembros de iglesia evangélica. Retoma contacto con el padre y los hermanos. Tiene adherencia con tratamiento por VIH. Se externa en noviembre con indicación de tratamiento por Centro de Día con jornada de 9 h a 15 h. Se aloja en un hotel por el barrio de Palermo durante la semana, se continúa con la estrategia de internación durante el fin de semana.

El paciente refiere dificultad y temor en la noche del sábado al domingo por sentirse solo. Ese fin de semana decide revocar, y no acepta la indicación del equipo de Guardia. El lunes se presenta intoxicado. Se lo aloja en observación, se indica internación y continuidad por Hospital de Día. Permanece con la misma indicación por una semana. Un sábado a fines de noviembre revoca.

– Séptima internación: diciembre de 2013. Se convoca a la abuela paterna y al tío, continúa con cobro de Pensión no Contributiva, se reencauza tratamiento por VIH. Se externa en enero de 2013. Indicación: Centro de Día (25 días).

– Dispositivo Ambulatorio en Centro de Día: inicio de enero de 2014. Pérdida de lazo social con la red de iglesia evangélica, fuera de tratamiento por VIH. Se inicia trámite en Hogar San José. Refiere no poder vivir solo, no acepta propuesta. Se sostiene la misma estrategia de internación por el fin de semana. Mantiene contacto con su abuela paterna. En consulta en Hospital Muñiz y acompañamiento para cobro de pensión. Se indica posibilidad de incorporación a Hogar La Posada para personas con VIH, no acepta recurso por no estar de acuerdo con los requisitos de ingreso. Interrumpe el tratamiento por dos días. Se evalúa y se indica nueva internación. No acepta.

– Octava internación: abril de 2014. Con equipo tratante de Centro de Día, se tramita incorporación al Hogar San José. Se externa a los 15 días de su ingreso, se observan mejoras en la relación con su padre, el fin de semana se queda en casa de su abuela, sostiene lazo con red de la iglesia. A principio de mayo revoca tratamiento en Hospital de Día (15 días).

– Dispositivo Ambulatorio: junio de 2014. Es evaluado. Se observa buena relación con su abuela, sostiene trabajo de remodelación y de pintura en la misma residencia, se aloja en un hotel cercano. Adherencia en Hospital Muñiz. Solicita resumen de HC para reempadronamiento de Pensión no Contributiva. Se deriva continuidad de tratamiento por Consultorios Externos, se solicita entrevista.

Acercándonos a las definiciones operacionales

El presente relato de la intervención nos permite aproximarnos a algunas categorías que en la práctica suelen enunciarse pero poco se reflexiona acerca de su contenido: «cronicidad» y «principio de autonomía»; y cómo el trabajo social se entrelaza con estos aspectos.

Sería caer en un lugar común pensar a M. como un paciente crónico, que se presenta con una enfermedad y padecimiento de largo plazo, y que parezca esto algo natural, algo habitual.

Esa naturalización es la que muchas veces lleva a las instituciones a segregar e invisibilizar a estos pacientes, negando su condición de sujetos de derecho. Las instituciones reproducen la respuesta social a la que están determinados estos individuos: la exclusión.

El abordaje de M. permite ver desde qué marco conceptual se trabajó con el paciente. En primer lugar entendemos que lo que determina el padecimiento de M. no es su «ser adicto», sino que la adicción aparece frente a la cronicidad de su padecimiento, como una urgencia dentro de su cotidianidad.

Más allá de las presentaciones de M., con características de errancia, de desamparo, de soledad, de situaciones de riesgo, de marcado deterioro, en reiteradas situaciones de consumo compulsivo, se evidencia una solicitud de necesidad de corte. Las internaciones fueron funcionales al respecto y coherentes a lo propuesto en cuanto a los tiempos de internación.

Tras un problema o padecimiento que rompa la rutina, es decir, lo cotidiano o conocido, que en ocasiones se presenta como probable, se observa una nueva realidad: deterioro físico, pérdida de vínculos primarios, situación de calle.

Es función del trabajador social romper con la inercia de lo probable y seguir construyendo allí donde la realidad que se impone es que parece que «ya no hay más nada que hacer». En las continuidades de tratamiento que M. realizaba, se trabajó en el entramado del lazo social, entramado que continuaba establecido en los momentos de interrupciones.

En los distintos tratamientos que realizó siempre se apuntó a la búsqueda y sostenimiento de sus referentes sociales: vínculos de su familia nuclear, de su familia extensa, instituciones de bien público y abocadas a la contención afectiva y espiritual.

Se trabajó en la ampliación de su ciudadanía, propiciando el acceso a la salud, a beneficios y cobertura social.

Cada articulación institucional, cada beneficio obtenido instituyen a M. como persona jurídica, en tanto le han restituido derechos que le son inalienables.

Su madre, como «gestora independiente», acompaña a M. en los primeros momentos del tratamiento en dispositivos de Internación, para acceder a diferentes recursos que proporcionen una cierta autonomía. Es M. quien aprende sobre el uso y la administración de éstos.

En la historia relacional del paciente y dentro del itinerario terapéutico, parte de la familia acompaña, sostiene, mantiene un contacto intermitente, se agota, despega y se aleja. Frente al abandono que se lee como un nuevo padecimiento, el trabajo social aloja las posibilidades y capacidades sociales para que M. pueda integrarse a un mundo simbólico, participar de los intercambios culturales, económicos y sociales, entre otros.

Dentro de éstos es fundamental el derecho de cada persona de poder tomar las decisiones que afectan su vida personal.

La autonomía personal no se limita a la posibilidad del sujeto de reconocer la necesidad de recibir ayuda y dónde recibirla.

Desde el modelo médico hegemónico, se hace hincapié en el acto de expresión de la voluntad para recibir tratamiento, de modo que éste se convierte en el único acto reconocido como autónomo en los pacientes. Es un modelo individualista, donde el sujeto es despojado de su historicidad y de su socialidad y, al solicitar ayuda, queda subsumido en una relación desigual con predominancia del saber profesional y del criterio médico.

Desde el modelo sociosanitario, la autonomía personal es mucho más que eso: es partir por entender que la atención en salud mental es un campo donde todos los agentes que lo conforman detentan

algún tipo de capital, y que esto determinará la dinámica de las relaciones que se den en ese campo.

Este modelo permite reconocer el poder que tienen los pacientes, el cual no entra en pausa con la firma de un consentimiento y tampoco se limita a la posibilidad de revocarlo:

Las personas hacen ajustes o modificaciones a las indicaciones médicas en función de sus circunstancias personales y acorde a las sugerencias y/o demandas de su red familiar y social; suspenden temporal o definitivamente las indicaciones por múltiples motivos [...] Tales datos nos sugerían que, más que cumplir o no, las personas hacen ajustes al tratamiento de acuerdo a las circunstancias de su vida diaria (Mercado, 1992).

El recorrido de tratamiento de M. en el Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo) demuestra la implementación del modelo sociosanitario: el lugar otorgado a las decisiones de M. (dichas y no dichas), y la forma en que a partir de éstas se planificó un tratamiento posible, entendiendo que la complejidad de la problemática implicaba que los recursos que hay que tener para atender deben ser complejos.

Así es que se implementó un abordaje interdisciplinario y entre equipos de distintos servicios (Internación Breve y Hospital de Día), donde se trabajó mancomunadamente con el objetivo de garantizar la continuidad de cuidados del paciente.

Esta atención integral e integrada requirió de «acuerdos estratégicos consensuados desde poderes horizontales» (Díaz, s. f.), respetándose la especificidad de cada disciplina y dando lugar a la predominancia que tenía que tomar cada una según el momento de la intervención.

De este modo la atención es a largo plazo, brinda contención pero con la distancia necesaria para que quede en primer plano la autonomía del paciente. Es el acompañamiento, no la sustitución de la voluntad, lo que crea un lazo de sostenimiento entre el sujeto y la institución que perdura en el tiempo.

La labor de las trabajadoras sociales se centró en restituir los derechos en tanto ampliación de su ciudadanía, posibilitar un adecuado período de internación favoreciendo las condiciones para su externación y propiciar el sostenimiento del sujeto más allá de la institucionalización.

A modo de cierre

M. nos demuestra que no puede plantearse la atención en salud mental basada en la deshospitalización del paciente (basada en políticas economicistas), sino en la desinstitucionalización de los sujetos con sufrimiento psíquico, entendida ésta como

un proceso que origina un modelo de organización de servicios que posibilite una práctica diferente. Un nuevo modo de atención que introduce una nueva cultura sanitaria sobre las intervenciones clínicas y en la misma posición de la salud mental en la escala de valores de la población (Aparicio y Sánchez, 1996).

El desarrollo de prácticas diferentes e innovadoras es una responsabilidad que quienes trabajamos en salud mental debemos asumir para romper con el estigma que marca a las personas con padecimiento haciéndonos cargo de que hay otra forma posible de hacer salud mental.

Bibliografía

- Amarante, P. (2006). *Locos por la vida*. Buenos Aires: Ediciones Madres de Plaza de Mayo.
- Aparicio, V. y Sánchez Gutiérrez, A. (1996). «Desinstitucionalización y cronicidad: un futuro incierto». *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol. 10, N.º 34, pp. 355 -362.

- Cazzaniga, S. (1997). «El abordaje de la singularidad». Cuadernillo temático *Desde el fondo*, N.º 22.
- Díaz, E. (s. f.). «El mito de que el poder no tiene nada que ver con el saber. Los diagramas interdisciplinarios» (en línea). Recuperado el 16-7-2014 de <http://www.estherdiaz.com.ar/textos/textos.htm>.
- Galende, E. (2002). «Subjetividad y vida en condiciones posmodernas». En *La ética del compromiso. Los principios en tiempos de desvergüenza*. Buenos Aires: Fundación Osde, pp. 63-98.
- Mercado, F. J.; Ramos, I. M. y Valdez, E. (2000). «La perspectiva de enfermos crónicos sobre la atención médica en Guadalajara, México. Un estudio cualitativo». *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 16, N.º 3. Rio de Janeiro, pp. 759-772.

Sobre el paciente en situación de calle: consideraciones asistenciales para Guardias

Pablo Daniel Catalán

Introducción

Nuestras intervenciones no pueden escapar a los modelos teórico-representacionales, que con mayor o menor presencia, portamos a la hora de pensar las problemáticas. La situación de calle, cuando se nos presenta al trabajar en las Guardias, nos interpela en varias dimensiones de nuestra vida como ciudadanos, unos que se han constituido dentro de una cultura particular. Así podemos quedar atrapados en prejuicios, como en valores de corte masivo. Los marcos normativos constitucionales, más los modelos o regímenes de gobierno, facilitan u obstaculizan algunos fenómenos por sobre otros. Por ejemplo, modos de relacionarnos, ciertas subjetividades, valorización o no de los espacios comunes, en fin, determinan el entramado desde donde tomamos los insumos para la constitución intersubjetiva –la constitucional y la dinámica–, y la vida en comunidad. Una ley lograría darnos ese canal que necesita todo proceso a transitar, y como todo camino desconocido, nos puede desde dispersar hasta sorprendernos, se nos hará por momentos más o menos fácil de recorrer. Pero siempre habrá que transitar los procesos, ineludiblemente, por más radical que sea el cambio. Llegar al resultado nunca estaría asegurado si creyéramos a modo de intuición que las marchas o contramarchas mucho también tiene que ver con las posibilidades que tenga la población de alojar los cambios.

Es este entramado simbólico social el que porta las variables de mayor peso a la hora de definir los tratamientos. Por un lado, por

el discurso socialmente compartido, que refiere a una problemática común, la ubica en un lugar y le cuesta sacarla de allí. Por el otro, y pensando en el sostenimiento de la deshabitación lograda por la persona, por ejemplo del patrón de consumo de alcohol, por las variables determinantes en los tratamientos. Se emparenta mucho a la siguiente frase de Morales Calatayud: «Hay conductas que en determinados contextos son difíciles de evitar». Consideramos, entonces, que los lineamientos de urgencias que no consideran los aspectos sociales, la etiología temporal de las presentaciones, reproducen modelos que no son propios de los marcos normativos actuales basados en derechos.

Trataremos de exponer en este trabajo ciertos tópicos preventivo-asistenciales que atraviesan las urgencias, pensados desde modelos basados en derechos, o en su correlato pragmático en justicia o plena participación social. ¿Cómo es pensar ciertas consideraciones protocolares de urgencias desde modelos basados en derechos? En primera instancia, diremos que a las consideraciones protocolares, las llamaremos «líneas de base» que nos permitan pensar una complejidad. Creemos que tal cosa es adecuada, en tanto se condice con las formas de pensar las presentaciones urgentes en salud mental, y las respuestas por parte de los equipos. Lejos de tocar tópicos o conceptos centrales, iremos directamente al hacer cotidiano.

Modelos al arado

En primer lugar, la situación de calle, si bien compleja, es abordable, trabajable, con altas posibilidades de saldar. Nos preocupan en comorbilidad, algunas adicciones alcohólicas, algunas cronicidades, mientras que para el resto de las patologías mentales, se propone trabajar para que la red no se agote, no se termine de diezmar, sobre todo en eventos estresantes (Sluzki, 2002).

Prevención, urgencias y situación de calle

Parados en modelos basados en derechos,¹ sin lugar a dudas, no podemos dejar de pensar la dimensión preventiva de la problemática de situación de calle, locura y alcoholismo. ¿Se pueden prevenir las urgencias? Nos podríamos preguntar, además, si sería tarea del segundo nivel, pero de lo que no nos quedan dudas es de que es tarea primera del sistema de salud. En esta línea, la plena comunicación con las instituciones y organizaciones del primer nivel, pensando en integración, tendría que ser un fin a perseguir, de alta utilidad para los equipos de urgencia.

Tareas preventivas, como la sensibilización preventiva sobre alcoholismo, la visibilización de la importancia del acceso temprano a consultas de salud mental ordinarias y complejas con un abordaje comunitario y familiar, pronto a trabajar desde los inicios, son pilares preventivos de los que puede participar el segundo nivel. Frente al estado actual de la red de servicios, el segundo nivel, además, puede ponerse y poner en red, desde la urgencia como oportunidad, aportando sus diagnósticos y observaciones, en pos de la detección temprana y la calidad en la continuidad de cuidados.

Considerando ahora lo promocional positivo, diremos que lo reafirmamos como estrategia de trabajo, de toda actividad. Tanto en su acepción como estrategia, como en su cualidad de pensar en salud positiva, en lo conservado, en la capacidad de aprendizaje que no se pierde. Para que se entienda bien, es el marco para la asistencia de urgencias, como el de su correlato, el abordaje comunitario.

1. La deconstrucción de los modelos está desarrollada ampliamente en la obra de Enrique Saforcada, citada en la bibliografía; aquí se toma «el factor humano en salud». Se amplía este recorrido con teoría de la acción humana desde diferentes perspectivas, como la de Arendt, Searle, Anscombe, Austin, entre otros.

Algunos miramientos para la asistencia de la persona en calle

El alcohol aquí es un problema grave, pero no el único ni es un imposible. Sí lo será si se lo aborda como una sucesión de recortes, contrario a una intervención en una historia grupal y comunitaria, más o menos compleja. El saludable cuidado que tenemos que tener es el de no sostener la falacia del «aquí no hay nada para hacer».

La forma en que se desarrollen los tratamientos influye en la presentación del paciente en la urgencia. ¿Qué hay para pensar sobre los tratamientos? Junto a que la calle no es un lugar para vivir (tampoco los paradores) e incrementar nuestros niveles de salud, le sumamos que la terapéutica para un relato de máxima exclusión y pérdida quizás es centrarse en la capacidad y lo posible, en el apoyo psicosocial, en la reconexión con el otrora yo, previo al posible trauma crónico, producido por violencia auto- y heteroinfligida (Epele, 2001). Creemos aquí que sería útil revisar el tema de la intersectorialidad. Sirvámonos de la película *Gerónima*, de 1985, protagonizada por la actriz mapuche Luisa Calcumil.

En el film se observa que el grupo familiar es abordado intempestivamente por el sector salud desde un etnocentrismo, y que no contempla las evoluciones de sistemas inequitativos. La pregunta entonces es ¿por qué sólo el sector salud interviene? ¿Qué le hace pensar a «salud» que el caso era de su área de incumbencia? ¿Cómo participa el sector salud en el abordaje de nuevas o estables personas en situación de calle?

El aspecto social del equipo interdisciplinario se nos presenta como protagonista para lo más importante del abordaje de Guardia, para lo más vacante en la actualidad, que es la continuidad de cuidados, la integración y problematización del sistema comunitario. ¿Cuándo? Frente a cualquier presentación de urgencia, deriven en internación o no. ¿Cómo? Interpelar en tarea al primer nivel o al municipio, el acuerdo de marcos de abordaje para la continuidad; historizar con el vecino o referente a los fines de in-

tegrar la historia, y el abrigo temprano son acciones que no requieren ingenierías mayores. Son parte integrante del abordaje de urgencias ex ante y ex post.

Líneas de base asistenciales de urgencia

Las presentaciones urgentes de pacientes en situación de calle requieren de cierto monitoreo mínimo de 12 h a 24 h por ser pacientes graves. Una intervención clínica médica lo más completa posible, en clave de reducción de riesgos y daños, psicosocial, nutricional y farmacológica para afrontar la abstinencia.

¿Cuándo se debería indicar internación involuntaria?

– En primera instancia, una urgencia en la que se evalúa riesgo cierto no conllevaría prontamente una internación involuntaria. No al menos en las primeras intervenciones, con un límite temporal armónico a la legislación local y a los usos (que no supera, habitualmente, las 72 h), hasta que sepamos que la urgencia puede remitir (OMS, 2006).

– Los actos terapéuticos, en una urgencia de riesgo o una emergencia propiamente dicha, como línea de base, se consideran necesarios e ineludibles, en pos de la vida del paciente o de terceros. Por supuesto quedan excluidos los neurolépticos de depósito, TEC, tratamientos irreversibles (OMS, 2006).

– Los actos de urgencia y emergencias deben ser acordados por los equipos interdisciplinarios, oportunamente registrados, con supervisión permanente del paciente.

– De evaluar que el abordaje superará los plazos de tiempo estipulados, se deberán iniciar los procedimientos necesarios para la internación involuntaria, con plena participación de la familia (o referentes), de instituciones afines del primer nivel, en pos del tratamiento y para el uso pleno de sus derechos.

Urgencias prevalentes de pacientes en situación de calle

– Excitación o inhibición psicomotriz, estados confusionales, por lo general de causa orgánica, descompensación psicótica por causas desconocidas, intoxicaciones de moderadas a graves, *delirium tremens*, traumatismos por ataques o accidentes de tránsito, encefalopatías y patologías hepáticas, patologías gástricas y respiratorias graves, estado de shock o disociaciones por eventos traumáticos (los que no se recomienda medicalizar prontamente).

– Se reciben consultas por crisis de angustia o situacionales multidimensionales, evidenciando que se ha pisado cierto umbral o movilizado a la red actual. No llevan de por sí riesgo cierto, posiblemente sí indicación de internación.

– Las planificaciones o intentos de suicidio, aunque no se descartan, no aparecen como comórbidas en la casuística.

– Personas que se encuentran en calle recientemente, por rupturas abruptas con su red vincular de origen, o situaciones críticas, pueden presentar estados impulsivos y autolesivos, ideas de muerte.

Consideraciones para la evaluación de riesgo cierto

– Cuando los cuadros mencionados de urgencia psíquica no remiten, o superan los plazos estipulados, conllevan, como dijimos, de por sí riesgo cierto.

– Considerar su relación con la escena de calle (percepción de riesgo y tolerancia de la situación), indagar sobre la pertenencia o estabilidad en calle, con respuestas sobre los períodos que atraviesa y el lugar donde habita, nos darían a la vez el universo o marco necesario para la evaluación de riesgo.

– El grado de conservación de su red vincular de origen, el armado de una nueva red (actual), el tipo de relación con las instituciones del primer nivel pueden determinar riesgo cierto o remisión de condiciones involuntarias de internación.

– Presentaciones de urgencia, con ingresos a la Guardia por accidentes o urgencias reiteradas en un lapso de tiempo breve, son variables relevantes tanto en la evaluación de riesgo inminente como en las diagnósticas.

– Los pacientes en situación de calle pueden presentar situaciones críticas. Sobre todo, aquellos más jóvenes que oscilan en calle y tienen su «centro de vida»² en la red vincular de origen. Los que se nos presentan con ideas masivas de tónica displacentera y culpógena, impulsividad, impresión de desinterés y disociación pueden llevar riesgo cierto.

– En pacientes gerontes en situación de calle, de conducta errática, con demencias inestables o cronicidades, el riesgo aumenta. Presentan por lo general, consumo problemático y complicaciones clínicas (diabetes, TBC, patologías gástricas, respiratorias), franco deterioro de la red actual y nuclear, sin apoyatura en el primer nivel.

En caso de concretar una internación, en cualquiera de sus formas legales, ésta debería promediar los veinte días, para luego dar continuidad al tratamiento por fuera del ámbito hospitalario, según los lineamientos recién descritos para el aspecto social de los equipos de urgencias, más las consideraciones sobre intersectorialidad.

Se indica internación no de orden urgente en los siguientes casos

– En primera instancia, cuando no se evalúa riesgo cierto o inminente y, como marca la Ley de Salud Mental N.º 26.657 en su artículo 20, devenga en mayores beneficios terapéuticos.

– Cuando el paciente lo requiere: considerar como una variable de peso en la entrevista. Evaluar riesgo e informar los tratamientos posibles. Reproblematicar luego la internación con el paciente.

2. El artículo complementario a la Ley Nacional de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes N.º 26.061 define «centro de vida» como el lugar a donde el niño siente pertenencia.

– Cuando en los tratamientos ambulatorios se observan conductas estresantes para sí y terceros en aumento, cuando se dificulta la adherencia y la continuidad, pueden ser adecuados lapsos cortos de internación.

– La situación de calle de por sí no es un espacio favorable para la deshabitación del consumo de larga data, el tratamiento de la abstinencia, sobre todo alcoholismo. Proponer cuando se considere, además, que la internación puede dar lugar a la red del primer nivel, o acompañar terapéuticamente el proceso del paciente.

– Cuando el paciente atraviesa períodos compulsivos de consumo y percibe riesgo en calle, baja tolerancia de la situación o se observa inseguridad, nos habla de escenas que ya no podría estar manejando. Proponer y problematizar con el paciente la internación.

– Cuando se conjugan los consumos compulsivos a patologías de orden clínico sin seguimiento, como diabetes, cardiopatías, abortos recientes, TBC e ITS sin tratamiento.

– Si la estabilidad psíquica fluctúa o deteriora, considerando un riesgo incierto o potencial.

Es inestimable, en esta línea, que los profesionales estén alertas a cualquier filtración de prejuicios restrictivos sobre la situación de calle, más aún, los entramados a la vejez en situación de calle.³ Además de ser condicionantes (al generar rechazo) a la hora de dar curso a las intervenciones, impedirían la construcción de las estrategias creativas y organizadas que requieren las complejas situaciones, en esta población incluida como desecho.

Los prejuicios y todo lo que culturalmente portamos como miembros de la sociedad nos deja de visitantes en nuestra propia cancha. La manifestación de tal cosa puede devenir en «dejar dormir la mona» en la Guardia o en frases del tipo «pacientes étlicos no se levantan».

3. Salvarezza (2002) desarrolla ampliamente los prejuicios con los que carga la vejez. Resalta en particular, el problema de que estos prejuicios los porten los profesionales, donde entramados en las intervenciones, rechazan dar prestación o prestan con rechazo y miedo.

Recordemos aquí la perspectiva de la acción colectiva, cosa contraria a recortes retóricos sobre sociedades temerosas, que no nos sirven para el hacer ordinario.

Bibliografía

- Arendt, H. (1995). *De la Historia a la acción*. Barcelona: Paidós. [Trabajo original publicado en 1955].
- Armus, D. (2007). *La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*. Buenos Aires: Edhasa.
- Bauman, Z. (2005). *Vidas desperdiciadas: la modernidad y sus parias*. Buenos Aires: Paidós.
- Epele, M. (2001). «Violencias y traumas. Políticas del sufrimiento social entre usuarios de drogas». *Cuadernos de Antropología Social*, N.º 14, Facultad de Filosofía y Letras, UBA.
- Gergen Kenneth, J. y Gergen, M. (2013). «Reflexiones sobre la construcción social» (en línea). Recuperado de <http://postpsiquiatria.blogspot.com.ar/2013/03/reflexiones-sobre-la-construccion.html>.
- Grimson, A. (2012). *Los límites de la cultura*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Ley N.º 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Decreto Reglamentario 603/2013. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 3 de diciembre de 2010.
- Ley N.º 26.061. Ley Nacional de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 21 de octubre de 2005.
- Ley N.º 3.706. Ley de Protección y Garantía Integral de los Derechos de las Personas en Situación de Calle y en Riesgo a la Situación de Calle. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 13 de diciembre de 2010.
- OPS (2009). «Promoción de la Salud Mental». *VicHealth*, pp. 24-26.
- Organización Mundial de la Salud (2006). *Manual de recursos de la OMS sobre Salud Mental, Legislación y Derechos Humanos*. Ginebra: Ediciones de la OMS.

- Saforcada, E.; De Lellis, M. y Mozobancyk, S. (2010). *Psicología y Salud Pública. Nuevos aportes desde la perspectiva del factor humano*. Buenos Aires: Paidós.
- Salvarezza, L. (2002). *Psicogeriatría. Teoría y clínica* (2da. ed.). Buenos Aires: Paidós.
- Sluzki, C. (2002). «De cómo la red afecta a la salud del individuo y la salud del individuo afecta a la red social». En *Redes: el lenguaje de los vínculos*. Buenos Aires: Dabas.
- Yamin, A. y Gloppen, S. (coords.) (2013). *La lucha por los derechos de la salud. ¿Puede ser la justicia una herramienta de cambio?*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Repensando la accesibilidad al tratamiento a partir del dispositivo de Casa Amigable de Zavaleta

Marina Anido, Silvana Ghiselli y Gabriela Inés Mastellone

«[...] al llegar a cierto punto de su camino, se miran las manos y descubren que con ellas han construido cosas distintas de las que habían pensado».

EUGENIO BARBA

«[...] teorizar lo hecho, estructurar y generalizar esta experiencia para el aprovechamiento de otros, es nuestra tarea del momento».

DR. ERNESTO GUEVARA

A partir del relato de tres viñetas de situaciones significativas a lo largo del recorrido de implementación del dispositivo de umbral mínimo Casa Amigable, nos proponemos transmitir la mirada de promoción, prevención y asistencia en territorio intrínseca a nuestra práctica del dispositivo de Atención Primaria de la Salud (APS), y cómo esta práctica se ve atravesada por la urgencia.

«Aceleración», «demanda», «creatividad» y «compañeros» son palabras que forman parte del quehacer diario de la Casa Amigable de Zavaleta. Al abrirse la puerta, alberga con fuerza y voluntad a los diversos sujetos consultantes. Para pasar el tiempo, abrigarse del frío o por consultas concretas, los profesionales abren atentos su escucha, desplegando herramientas. Así se sucede día tras día en este espacio familiarmente amigable.

Llegan los niños...

El equipo abre la casa temprano, como todos los días, esperando la primera media hora, que suele ser más «tranquila», para planificar actividades y prepararse para lo que viene. Nos esperan Noelia (9 años) y Julián (13 años), nuestros «vecinitos» que asisten cotidianamente a actividades lúdico-recreativas en la casa y para los cuales soy «la seño».

En cierta oportunidad, se presentan más temprano a la casa. «¡No los esperábamos tan temprano!», les decimos. No responden como de costumbre, su postura es distinta, su impronta es de seriedad mezclada con cuchienco; algo de su venir a la casa es distinto. Con asombro y desconcierto percibo que buscan algo más... «¿Quieren hablar de algo?», les preguntamos. Toma Noelia la palabra: «Necesitamos hablar con vos». A lo que respondo, con sorpresa: «Sí, chicos, vayamos a desayunar y a pintar». Me frenan y me dicen: «No, queríamos hablar con vos de algo, de psicóloga». Entonces los invito al espacio delimitado como consultorio a pasar desde otro lugar, respetando lo que ellos buscaron, un espacio para charlar de algo que les pasaba, pero que pertenecía al ámbito de lo privado, de lo que se puede hablar no con una «seño» sino con una psicóloga. Los invito a pasar al consultorio, respetando su derecho a ser escuchados. Se sientan y comienzan a desplegar una dinámica familiar compleja, con evidentes signos de desorganización. Su madre falleció hace aproximadamente un año, de manera abrupta y repentina. Manifiestan estar recibiendo maltratos por parte de una hermana mayor, de 21 años, que a su vez cuida a su hija más pequeña, de un año y medio. Julián expresa síntomas de dolores de cabeza y corporales que parecen, por no tener correlato físico comprobable, ser desconsiderados por su cuidadora. A Noelia, quien toma la palabra y no muestra síntomas físicos, se la observa «adultizada» en su expresión, en su relato de actividades cotidianas, en su particular modo de «cuidar» a su sobrina, de portarse «bien» y correctamente. Julián se angustia y manifiesta extrañar mucho a su mamá. Lo contengo. Les propongo

ayudarlos, acercarme a otros adultos de su familia que nos puedan ayudar, pensamos juntos. Les traspaso un encuadre, impensado, espontáneo, flexible, de escucha, contención y privacidad, y les sugiero seguir participando de actividades grupales mientras buscamos un dispositivo acorde con sus necesidades. Julián y Noelia salen y comienzan a pintar, incorporándose a la actividad de pintura que recién comenzaba, otra vez atentos y participando con otros.

Infiero en esta situación que este duelo (Tomei, 2012) reciente con dificultades en su metabolización se puede ver influenciado por la falta de propuestas simbólicas para poder elaborarlo. Los adultos significativos no estarían sosteniendo y acompañando con palabras para que este acontecimiento biográfico en la vida de un niño (la muerte de un familiar cercano) no se transforme en traumático.

A partir de este espacio construido por ellos, se trabajó junto con los profesionales del centro de salud próximo, el acercamiento y fortalecimiento de esta familia, recordando las citas pediátricas y favoreciendo un espacio terapéutico para estos niños.

De nivel en nivel...

Mientras tanto en el comedor de la casa, en la dinámica propia de un desayuno familiar, llega Fernando (21 años), quien viene concurrendo hace varias semanas al dispositivo, comparte el espacio con otros y realiza actividades (metegol junto con los profesionales y otros concurrentes).

La permanencia se volvió asidua, paulatinamente, con períodos más prolongados de estadía e integración a las actividades, lo que disminuyó su tiempo de consumo. Se estableció progresivamente un lazo transferencial con el equipo tratante y se favoreció un espacio amigable y habitable, que habilita la circulación de personas y palabras.

Del relato de Fernando se evidencia falta de red familiar y social, así como también la existencia de conductas que ponían cotidianamente su vida en riesgo, derivadas de su consumo problemático.

Fernando expresa deseos de mejorar su situación y ocuparse de su salud, motivo por el cual el equipo profesional comienza por acompañarlo a un centro de salud local, para luego asistir al Hospital Penna, hasta llegar a plantear la posibilidad de establecer una entrevista más profunda en vistas de un tratamiento en el Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo). Resaltamos que el dispositivo con umbral mínimo de exigencia, entendemos, potenció el despliegue de estos recursos existentes.

El equipo observa como un denominador común en los sujetos consultantes el despliegue de estrategias creativas que potencian recursos preexistentes, lo que constituye una alternativa posible a situaciones de urgencia subjetiva que devienen en la cotidianeidad de dichas personas, aparece la concreta posibilidad de establecer lazos sociales, compartir saberes y experiencias con otros, con historias similares o no a las de ellos, siendo la casa un espacio propicio para tejer redes comunitarias.

Transitar la urgencia...

En el recorrido que realizamos conjuntamente con los miembros del Desayunador de la Virgen Desatanudos, nos volvemos a encontrar con Marcela, a la cual conocimos el día del partido de Argentina, y nos contó parte de su historia. Nos dijo que tiene 30 años, que está en consumo, en situación de pasillo, y tiene tuberculosis hace mucho tiempo sin haber podido sostener el tratamiento. Se la ve muy adelgazada, consumida, con los ojos brillantes por la fiebre y una expresión perturbadoramente plácida. Está tirada en un colchón, en la calle, apenas cubierta por una frazada. Hace días que solo consume, come y toma lo que le traen ya que no puede moverse. Se ha negado sucesivamente a ser llevada al hospital, por lo cual barajamos distintas posibilidades de intervención, hasta la más extrema de internación involuntaria, al generarnos dudas su juicio de realidad en virtud de su estado clínico, y su riesgo de vida. En esta ocasión sin embargo

accede al tratamiento. Primero la llevamos con los chicos del Desayunador al Centro Barrial Padre Hurtado, que se encuentra a metros del lugar donde ella se hallaba. Desde allí la llevamos al Hospital Muñiz, en el cual articulamos con el equipo del pabellón Koch, donde queda internada en seguimiento por ambos dispositivos.

Soporte teórico... Desde dónde fundamentar nuestras intervenciones

Dos de los conceptos claves utilizados son: *paradigma de reducción de riesgo y daño* y *umbral mínimo de exigencia* (Marlatt, 1998). Desde allí nos posicionamos como un dispositivo que para iniciar el tratamiento, no plantea la abstinencia obligatoria de sustancias. Se acuerda la posibilidad de regular el consumo para que paulatinamente deje de ser considerado problemático, es decir que se establecen objetivos intermedios (Marlatt, 1998). Planteamos estrategias tan heterogéneas como las sustancias que se consumen, lo que implica que se debe contemplar un amplio espectro de objetivos según cada situación, a saber: promover el pasaje de sustancias más tóxicas a menos tóxicas, cambios de las vías de administración, disminución de dosis y frecuencia, prevención de las sobredosis, reducción del patrón de uso múltiple de sustancias, adopción de medidas de cuidado en situación de consumo, ampliación de los escenarios de socialización concurrendo a espacios amigables.

Entendemos al sujeto que consume como entramado en las «representaciones culturales que socialmente definen los contornos del problema» (González Zorrilla, 1983). Por otro lado, el dispositivo de Casa Amigable Zavaleta propone una oferta amplia, diversa y acorde con cada situación que recibe; con ello se plantea un recorrido que de ningún modo es lineal. El equipo profesional recibe demanda espontánea derivada de distintos circuitos (referentes sociales locales, profesionales de la salud, educación, organizaciones), y se inicia con una primera escucha profesional para poder absorber demandas

que luego podrán devenir en seguimientos, o ser redireccionadas a otro dispositivo mediante derivación asistida (Capellán, Cohen, Wolnchin, 2012).

Merece una mención desde dónde consideraremos al usuario destinatario de nuestra intervención, en tanto sujeto:

Como un entrecruzamiento de aspectos universales, particulares y singulares. Lo universal o genericidad expresa la condición de seres humanos, con derechos y capacidades; universal en tanto horizonte de sentido, el «deber ser». Lo particular comprende al sujeto en sus condiciones sociales de existencia, la pertenencia, su modo de vida, su historia social familiar, lo que «hace ser». Lo singular es el aspecto que da cuenta de la individuación del sujeto como ser único e irrepetible, su configuración subjetiva; se trata del «es» como síntesis. Este modo de comprender la categoría sujeto nos compromete con la dignidad humana reconociendo al otro como sujeto de derechos, a la vez que nos exige la reflexión sobre las condiciones de vida presentes e históricas para entender sus necesidades, intereses y deseos, su expresión como ser singular (Cazzaniga, 2001).

Particularmente, la Casa Amigable Zavaleta se configuró con un dispositivo asistencial amplio, flexible, comunitario, siendo esta última una característica que impulsa el despliegue de creatividad en las intervenciones. Resulta válido para describir el dispositivo recalcar que

se trata de una instancia de socialización y producción subjetiva que tiene como finalidad la desmasificación del consultante ofreciéndole una trama que posibilite el desarrollo de su singularidad, un ordenamiento regulado que lo responsabilice de sus actos, cambios y la adquisición de prácticas menos riesgosas para su salud. Su objetivo es producir un giro en su posición subjetiva: la posibilidad de reformular un destino marcado por un estigma (Baldelli y Quevedo, s. f.).

Y además:

A diferencia de los partidarios del modelo de enfermedad, quienes consideran la adicción como una patología biológica/genética, la reducción de daños ofrece una gama de alternativas más flexibles para reducir, paso a paso, las consecuencias más negativas del uso de drogas [...] (Marlatt, 1998).

Este tipo de abordaje conlleva implícitamente la necesidad de trabajo en red por parte de las instituciones que intervienen en la problemática, tal como lo expresan los profesionales pioneros en el tema en nuestro país, a saber:

Los ejes conceptuales del modelo de reducción de daños priorizan la anudación del lazo social, la construcción de ciudadanía y la aceptación de las diferencias, soporte de la transmisión cultural que inscribe la pertenencia de los individuos en los colectivos sociales y los instituye como sujetos de derecho (Quevedo y Rossi, 2001).

Es menester para trabajar desde dicho paradigma problematizar los estereotipos vigentes e intentar modificar la óptica, de-construyendo mitos, prejuicios y creencias que rodean este campo. A ello debe sumarse una comprensión de la trama local particular en la que se inserte el dispositivo, que permita establecer puntos de encuentro comunitario tal como lo reglamenta la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657. Entendemos que «la eficacia de la adscripción a estas metodologías radica en el proceso de transferencia de saberes, prácticas e instrumentos que posibiliten la apropiación simbólica de los recursos, para que los sujetos de la intervención devengan protagonistas responsables de sus cambios» (Cavalcanti, 1996). Debido a que se interviene en «[...] problemáticas sociales complejas [...] éstas surgen en una tensión entre necesidades y derechos, la diversidad de expectativas sociales y un conjunto de diferentes dificultades para

alcanzarlas», es preciso abordarlas desde la reconstrucción del lazo social, pensando de este modo «la intervención en escenarios complejos» (Carballeda, 2005).

Con respecto a la impronta singular del dispositivo de Casa Amigable Zavaleta, tanto ediliciamente como en su funcionamiento, inferimos que remite a una familiaridad, bajo el entendimiento de que

la familia tradicional ofrecía un punto de equilibrio al individuo, al mismo tiempo que lo insertaba en un espacio de sostén social y redistribución económica. La familia hacía posible la inscripción en una genealogía, es decir, en una historia que les brindaba a sus miembros sostén y referencia. La familia constituía para la tradición moderna el primer eslabón en el proceso de filiación y construcción de la cadena intergeneracional [...] (Rosanvallon y Fittoussi, 1997).

Creemos además que el encuentro que se propicia en este ámbito con el otro posibilita la subjetivación de los participantes porque remite a un vínculo primario, que pone en juego la circulación simbólica:

Nosotros tenemos casa, hogares, salimos a la calle, nos encontramos con «los otros», nos ocurren emociones, situaciones que luego, al regreso a nuestro espacio privado, lo conversamos, lo elaboramos con nuestra familia y las experiencias más íntimas las re-pensamos, las re-vivenciamos en el espacio más íntimo de la persona: su cama [...]. Bueno, todo este proceso no existe [...], el chico sin casa, él [...] no puede construir su historia, al no poder tener el espacio de la intimidad, de la seguridad que le permite elaborar lo sucedido, es decir, construir su memoria [...] no tener un futuro como un lugar donde se proyecta el yo, donde el yo «se esperanza», se percibe como continuando en una historia [...] viven en un presente permanente (Moffatt, 1990).

En cuanto a antecedentes previos, tomaremos la experiencia de desmanicomialización italiana y su aplicación en Trieste, más específicamente, las características de los dispositivos aplicados que se distinguen por el hecho de que

tienen todo el aspecto de una casa. Tienen algunas camas [...] comúnmente existe también una cocina y una sala grande en la que comen conjuntamente los profesionales de salud mental, los pacientes, visitantes y gentes del barrio [...]. La organización del trabajo en los centros está poco jerarquizada, con una escasa división del mismo entre los diversos roles [...]. El centro está siempre abierto y cada cual puede acceder a él cuando quiera, no existen visitas por cita y mucho menos listas de espera [...] los pacientes usan el centro también como lugar de encuentro, de socialización y de espacio para la vida cotidiana [...]. En el centro conviven figuras sociales de todos los tipos: los viejos y los nuevos crónicos, el ama de casa deprimida, el joven marginado, etc.

Del mismo trabajo se desprende la conceptualización sobre «des-hospitalización» como derivación de la implementación errónea de la desinstitucionalización. Se entiende esta última como «[...] un trabajo terapéutico dirigido a reconstruir la persona en tanto que sufriente como sujeto» (Rotelli y Mauri, 1987).

Bibliografía

- Baldelli, B. y Quevedo, S. (s. f.). «Proyecto de creación del Centro de Día *La otra base de encuentro*» (mimeo).
- Carballeda, A. (2005). «Políticas de reinserción y la integración de la sociedad. Una mirada desde las políticas sociales». Revista *Margen*, N.º 39. Buenos Aires.
- Castel, R. (1997). *La metamorfosis de la cuestión social*. Buenos Aires: Paidós.

- Cavalcanti, L. (1997). *Intervenciones comunitarias en el campo de las toxicomanías*. Buenos Aires (mimeo).
- Del Valle Cazzaniga, S. (2001). «Metodología: el abordaje desde la singularidad». Cuadernillo temático *Desde el Fondo*, N.º 22. Paraná: Centro de Documentación, Facultad de Trabajo Social, Universidad Nacional de Entre Ríos.
- Donzelot, J. (1979). *La Policía de las familias*. España: Pre-Textos.
- Duschatzky, S. y Corea, C. (2005). *Chicos en banda. Los caminos de la subjetividad en el declive de las instituciones*. Buenos Aires: Paidós.
- Grup Igia (1998). *Políticas e intervenciones de reducción de riesgos*. Barcelona: Grup Igia.
- Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo) (2013). *Plan Estratégico 2013-2015*. Buenos Aires.
- Marlatt, G. (1998). «Reducción del daño. Principios y estrategias básicas». En *Reducción del daño: estrategias pragmáticas para manejar comportamientos de riesgo elevado*. Cádiz, Centro Provincial de Drogodependencia.
- Menéndez, E. (1992). «Salud pública: sector estatal, ciencia aplicada o ideología de lo posible». En Organización Panamericana de la Salud (ed.). *La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate*. Washington DC, pp. 103-122.
- Onocko Campos, R. (2007). *La planificación en el laberinto, un viaje hermenéutico*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Quevedo, S. (2010). «Dispositivos de umbral mínimo de exigencia: un giro conceptual». Trabajo presentado en el 7.º Congreso Argentino de Salud Integral del Adolescente. 4.º Jornadas Salud Educación. Mar del Plata.
- Quevedo, S. y Rossi, M. (2001). «Programa Al Sur. Acerca de las prácticas sociales en reducción de riesgos y daño». Trabajo presentado en la 1.º Conferencia Latina de Reducción de Riesgos. Barcelona.
- Rosanvallón, P. y Fitoussi, J. (1997). *La nueva era de las desigualdades*. Buenos Aires: Editorial Manantial.

- Rotelli, F.; De Leonardis, O. y Mauri, D. (1987). «Desinstitucionalización: otra vía (la reforma psiquiátrica italiana en el contexto de la Europa Occidental y de los “países avanzados”)». Revista *Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol. 7, N.º 21.
- Róvere, M. (1999). *Redes en salud*. Rosario, Secretaría de Salud Pública, Municipalidad de Rosario.
- Starfield, B. (1994). «Is primary care essential?». Revista *The Lancet*, vol. 344, N.º 8930, pp. 129-133.
- Tomei, F. (2012). «Sobre un tipo de intervención terapéutica en situaciones disruptivas, en su estadio agudo». Ficha de cátedra *Clínica de niños y adolescentes*. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

Construcción de nuevas subjetividades y prácticas vinculadas a la salud en las comunidades trans

Yamila Abal y Denise Demarco

Marco desde el que intervenimos

La Ley N.º 26.743 de Identidad de Género, sancionada el 9 de mayo de 2012, plantea que toda persona tiene derecho al reconocimiento, al libre desarrollo y a ser tratada según su *identidad de género*, entendiendo ésta como

la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente, la cual puede corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo. Esto puede involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de medios farmacológicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que ello sea libremente escogido. También incluye otras expresiones de género, como la vestimenta, el modo de hablar y los modales (art. 2º).

A su vez establece que toda persona podrá acceder a intervenciones quirúrgicas y/o tratamientos integrales hormonales para adecuar su cuerpo a su identidad de género autopercibida, y en este sentido, lo cual debe ser garantizado por los efectores del sistema público de salud, quedan estas prestaciones incluidas en el Plan Médico Obligatorio (art. 11º).

Desde este marco normativo y basándose en la Ley del Programa de Asistencia Primaria de la Salud Mental N.º 25.421, y en la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657, que reconoce a la salud

como «un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, 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», es que el Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo) viene trabajando con la población de mujeres trans. Esto se da en el marco de la estrategia de Atención Primaria de la Salud Mental a través de distintos tipos de intervenciones, que tienen como objetivo garantizar su inclusión en el sistema de salud, restituyendo derechos que históricamente fueron vulnerados para estos colectivos.

Objetivos y desarrollo de nuestras prácticas

Durante este año se realizaron operativos que consistieron en la ubicación del consultorio móvil con un equipo interdisciplinario de profesionales del Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo), en la esquina de Pavón y Santiago del Estero en el barrio de Constitución. Allí, en articulación con organizaciones vinculadas a la diversidad de género, se realizaron acciones de prevención, promoción y atención del primer nivel. Estas intervenciones se propusieron garantizar la accesibilidad y disponibilidad de los servicios de salud para sujetos especialmente vulnerados en sus derechos sociales más elementales (como lo son las trabajadoras sexuales y las mujeres trans), y se constituyeron, así, como la puerta de entrada al sistema sanitario, y a su vez, posicionaron al Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo) como espacio de referencia donde acudir.

Posteriormente, a partir de los contactos generados durante estas jornadas, se organizaron en el Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo) operativos de testeo rápido de VIH y sífilis, así como encuentros informativos sobre tratamientos hormonales que en la actualidad funcionan de manera regular, con una frecuencia mensual y un grupo fijo de cinco participantes, que no necesariamente participa-

ron del operativo, sino que se enteraron de la propuesta por compañeras que sí asistieron.¹ Simultáneamente, ellas comparten actualmente un grupo semanal que funciona en el Centro Nacional de Orientación al Ciudadano de Constitución, y es coordinado por una de nosotras, licenciada en Psicología del Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo). Este centro está orientado a ser un espacio de generación de lazos y acompañamiento de los procesos de dosaje hormonal. En esos encuentros, donde no falta el mate de por medio, se comparten experiencias y situaciones que expresan distintos momentos de la lucha por el reconocimiento de derechos en diversos ámbitos de la vida cotidiana. A su vez, estos encuentros se constituyen también como espacios de socialización de la información, en los que circulan datos sobre contactos, instituciones u otras referencias amigables vinculadas a la salud.

Problematización de algunos emergentes

A partir de estos primeros acercamientos con la población, fueron emergiendo relatos de prácticas, tanto de cuidado como de riesgo, que nos interpelaron como profesionales de la salud. Estos relatos nos convocaron, por un lado, a problematizar y desnaturalizar el recorrido que conduce a la exposición a situaciones de riesgo o al desarrollo de prácticas que pueden producir consecuencias negativas para la salud. Por otro lado, a partir de ahí, a reflexionar sobre nuestras propias prácticas y construir estrategias de intervención que contribuyan a prevenir estas cuestiones, y a promover la consolidación de aquellas otras acciones que también van surgiendo en los relatos, pero que están vinculadas con el cuidado del cuerpo y de la salud.

1. El modo en el que se genera la convocatoria, trascendiendo de boca en boca lo originalmente planificado, no es un detalle menor, dado que da cuenta de la fluidez de la comunicación y de las redes de intercambio al interior de estos colectivos.

Así, desde una mirada holística, buscamos comenzar a comprender ciertas prácticas como atravesadas tanto por la singularidad de cada sujeto como de sus condiciones materiales de existencia. A su vez, los pensamos culturalmente como «sujetos que se hacen texto en una época»² consignada desde el consumo generalizado, la universalización del goce que conduce a la segregación, y la predominancia de la imagen como valor de mercancía, la inmediatez y la frustración ante resultados no ideales.

Estas cuestiones vinculadas con el lugar que ocupa la imagen y la búsqueda de resultados «ya» ayudan a comprender, por ejemplo, una de las prácticas de riesgo más habituales que fuimos registrando: la incorporación de altas dosis de hormonas femeninas automedicadas, es decir, sin ningún tipo de prescripción, indicación o control médico, lo que puede producir graves consecuencias para el organismo masculino, tales como enfermedades cardíacas, trombosis, tumores, etc.

Al reflexionar sobre esta cuestión, no podemos ignorar las distintas barreras de acceso al sistema de salud que aún hoy en día existen para estos colectivos. Como se mencionó en los primeros párrafos, la ley que garantiza la adecuación del cuerpo a la identidad de género data recién del año 2012, y hoy en día aún siguen vigentes en algunos servicios de salud representaciones y prácticas discriminatorias, que muchas veces operan como obstáculos para la implementación de la ley, y otras veces conducen a la propia autosegregación y exclusión de personas con demandas de los tratamientos hormonales o las intervenciones quirúrgicas correspondientes.

Del mismo modo, en un contexto atravesado aún por las dramáticas consecuencias de las crisis económicas, políticas y sociales que el neoliberalismo trajo aparejadas a partir de la década de los setenta,³

2. Éstas son palabras de la Lic. Edith Benedetti, interventora general del Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo).

3. Nos referimos a los procesos de polarización, fragmentación social y territorial, cronificación de la pobreza, destrucción de los aparatos productivos y de las

los prejuicios y prácticas discriminatorias que prevalecen en el mercado laboral redujeron aún más las posibilidades que tenían muchas mujeres trans de insertarse en un trabajo formal donde se reconociera y respete su identidad de género. Esto las empujó muchas veces al trabajo sexual o al desarrollo de otras estrategias de supervivencia que no sólo reproducen, sino que además agravan la situación de marginación, riesgo, desamparo y segregación en la que ya se encontraban.

Contemplar y sobre todo reconocer la singularidad de una persona y su condición de sujeto de derechos implica, como ayuda a comprender Diana Maffía, que la identidad de género subjetiva –la que cada uno percibe de sí mismo– no se correspondería necesariamente con el sexo biológico que se posee, ni tampoco con una determinada expresión de género (es decir, el modo en que nos presentamos a los demás). «Por ejemplo: la identidad de género travesti puede presentarse con una expresión de género mujer», es decir, una imagen femenina que no está exclusivamente vinculada a un reconocerse/sentirse como mujer, como nos cuentan algunas de las participantes en los encuentros, y agrega además «[...] la elección sexual (homosexual, heterosexual o bisexual), los roles de género (masculino o femenino, variables socialmente) y otras sutiles distinciones [...]» (Maffía, 2003, p. 5).

Algunas conclusiones. Desafíos a futuro

Lejos de intentar encontrar respuestas lineales y acabadas que guíen mecánicamente nuestra labor como profesionales de la salud, compartiendo estas reflexiones lo que pretendemos es seguir problema-

protecciones sociales. En tiempos neoliberales, el desempleo, la flexibilidad y la precarización laboral dejaron de ser situaciones aisladas y marginales, y el riesgo inminente de quedar afuera se hizo cada vez más presente. Así, el trabajo dejó de ser el gran integrador y dador de identidad y pasaron a primar la vulnerabilidad e incertidumbre (Castel, 2009).

tizando nuestro rol, nuestras propias miradas que hacen a la construcción de las identidades de los otros, y seguir dimensionando la complejidad que reviste cada una de nuestras intervenciones. Así, llegado este momento del análisis, nos preguntamos: ¿cómo influyen las representaciones hegemónicas sobre la mujer y el cuerpo en los procesos de búsqueda y construcción de una identidad propia por parte de las comunidades trans? ¿Qué impacto tienen sobre las prácticas desarrolladas por estos grupos? ¿Cómo intervenir para avanzar en la de-construcción de imaginarios fuertemente arraigados que operan como obstáculos para el ejercicio del derecho a la salud y el desarrollo de prácticas de cuidado? ¿Cómo de-construir los prejuicios y la mirada estigmatizante difundida en la opinión pública que conmina en la ecuación travesti-prostitución-desviación-enfermedad, y que es funcional a diversos mecanismos de control social (González Zorrilla, 1987)? ¿Cómo revertir la posición de sujetos que se asumen muchas veces por fuera de su condición de ciudadanos, resignados a un «destino sin derechos»?

En este sentido, parafraseando a la coordinadora del Servicio de Atención Primaria de la Salud del Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo), Paula Cabanchick, las políticas públicas, como parte de un proceso social, son las que efectivamente generan lazos entre el Estado y la sociedad civil (Cabanchik, 2014).

Como fue mencionado al comienzo del trabajo, a partir de la intervención desde la estrategia de Atención Primaria de la Salud, se pretende restituir los derechos vulnerados de estos grupos, garantizando su acceso a la salud y contribuyendo a que se constituyan como sujetos de derecho. Tenemos la convicción de que todo esto sólo puede lograrse a través de intervenciones integrales y amigables que construyan los lazos que comenzaron a entramarse desde las leyes pero que son sólo el principio para que estén establecidas.

El mayor logro al que aspiramos será darle sentido a esa potencialidad comunicativa que hay en las formas cerradas de organización de esta población (cuya interacción con el resto de la sociedad se ve sumamente obstaculizada por encontrarse insertos en un sistema de

horarios, costumbres y rutinas muchas veces incompatibles), y transformar así las prácticas de riesgo en prácticas de cuidado, para lograr que lo que se socialice sean prácticas saludables.

Bibliografía

- Cabanchik, P. (2014). «Atención primaria de la salud. Un posicionamiento político-epistémico». En AA. VV. *1.º Jornada de Salud Mental y Adicciones. Dispositivos de intervención clínica*. Buenos Aires: Ediciones Licenciada Laura Bonaparte.
- Castel, R. (2009). *La metamorfosis de la cuestión social*. Buenos Aires: Paidós.
- González Zorrilla, C. (1987). *Drogas y control social*. Revista *Poder y Control*, N.º 21. Barcelona, pp.1-14.
- Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo) (2013). *Plan Estratégico 2013-2015*. Buenos Aires.
- Ley N.º 26.743. Ley de Identidad de Género. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 24 de mayo de 2012.
- Ley N.º 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Decreto Reglamentario 603/2013, *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 3 de diciembre de 2010.
- Ley N.º 25.421. Programa de Asistencia Primaria de Salud Mental (2001). Sancionada el 4 de abril de 2001. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 3 de mayo de 2001.
- Maffía, D. (2003). *Sexualidades migrantes. Género y transgénero*. Buenos Aires: Feminaria Editora.

«Y yo estoy aquí, borracho y loco».

Del desamparo a la búsqueda de un lugar posible

Laura Beatriz Castro y Meital Felder

Introducción

En este trabajo partiremos de la presentación de un caso para la formulación de hipótesis acerca de la función que cumple la institución y el dispositivo de Internación para un paciente que atraviesa situaciones de desamparo social, y que se expone a situaciones de riesgo debido a dificultades para regular el consumo de alcohol durante sus salidas. Asimismo identificamos que la complejidad de la problemática configura una urgencia en los profesionales al momento de intervenir y pensar estrategias de externación.

Para la elaboración de las hipótesis recurriremos a nuestras observaciones en los espacios de Guardia, a la historia clínica del paciente y a consultas a profesionales de la institución, y dichas hipótesis se realizarán desde el abordaje interdisciplinario entre Psicología (utilizando predominantemente como marco de referencia la teoría psicoanalítica de orientación lacaniana) y Trabajo Social.

Presentación del caso

Luca tiene 33 años, nació en San Rafael, provincia de Mendoza, Argentina. Es el hijo mayor, su hermano menor reside actualmente en esa provincia. Sus tíos maternos tienen viñedos y una bodega familiar (tiene el nombre de sus dos abuelos y ambos eran alcohólicos).

Inicia el consumo de alcohol y marihuana a los 14 o 15 años, luego agrega cocaína inhalada y psicofármacos.

Cuenta con un historial de desarraigo: a los 16 años su familia se traslada a Valparaíso, Chile, y así comienza una serie de mudanzas y traslados. Luego vive en Estados Unidos (desde 1997 hasta 2002), en donde aprende el idioma inglés y el oficio de mecánico de autos antiguos. En el 2003 su madre se enferma de cáncer de mama por lo cual el grupo familiar decide trasladarse a España. Durante su permanencia en Europa recorre varios países (añora esta época en la que pudo entablar amistades con gustos similares a los suyos, músicos y artistas linyeras, aunque a veces se sentía solo). Su madre fallece en 2007, y a partir de ello se incrementó el consumo de Luca, quien regresa solo a la Argentina. Su hermano menor se radica en Finlandia y su padre vuelve a la Argentina dos años después.

Al momento de su primera internación en este centro nacional, en 2011, se encontraba en situación de calle y con consumo sostenido de alcohol (4 litros diarios), psicofármacos y cocaína dos veces por semana.

En lo que se refiere a la educación formal, Luca terminó los estudios primarios, no así los secundarios, y asistió tres años a un conservatorio de música en San Rafael.

Respecto de experiencias laborales, comienza a trabajar en talleres mecánicos a la edad de 15 años y aprende, de su padre, el oficio de restaurador de muebles. También ha trabajado en restaurantes y bares como mozo, ayudante de cocina o lava copas. En relación con ello afirma: «Es lo mejor que sé hacer, pero sé que no me conviene por la circulación de alcohol, porque siempre perdí trabajos por lo mismo».

Relata haber tenido relaciones sentimentales esporádicas y ocasionales con compañeras de tratamiento.

Mantiene contacto con su padre, quien está presente, involucrado y muestra compromiso con el tratamiento de Luca. El padre, actualmente, se encuentra atravesado por situaciones de desempleo y

problemas habitacionales (está a punto de ser desalojado). No obstante muestra predisposición a convivir con su hijo.

Recientemente se lo ha incluido en el dispositivo *Vuelta a Casa* para favorecer su externación.

Hemos observado que el paciente durante sus períodos de internación logra sostener el tratamiento. Se lo observa tranquilo y a menudo solo. Sin embargo los días que tiene permiso de salida se muestra ansioso, momentos antes, ante la inminencia de ésta. Regresa generalmente bajo los efectos del abuso del alcohol, con vergüenza, culpa y con un discurso melancolizado en el cual se ubica en un lugar de desecho. En esas oportunidades refiere preocupación en relación con lo que haría el padre si se llegara a enterar. La intervención de los profesionales de la Guardia Interdisciplinaria consiste en hidratación e intervención verbal hasta que el cuadro cede y es posible el retorno a su servicio. La conducta de los equipos profesionales ha variado, dependiendo de la gravedad de la situación (cuadros de heteroagresividad, impulsividad, excitación psicomotriz); ha llegado a utilizarse la contención farmacológica e incluso la contención física.

Observamos pautas de reiteración en el paciente en lo que se refiere a su consumo problemático. En los permisos de salida se configura un circuito de consumo de alcohol que culmina en las puertas de esta institución... ¿Es como un refugio?

Desarrollo

Teniendo en cuenta que el equipo tratante del paciente sostiene un diagnóstico de psicosis, una de las hipótesis que pueden formularse en relación con el abuso de consumo en sus salidas es pensar a la institución como una instancia compensatoria que permite una cesión de goce transitoria, entendiendo al alcohol como una modalidad de goce por momentos avasallante de la subjetividad del paciente. Modalidad que el paciente interrumpe durante las inter-

naciones mostrándose tranquilo, sin *craving*, y estable en su cuadro de base. Esto lleva a preguntarse qué brinda lo institucional en el Servicio de Internación. Podría pensarse que lo que la institución proporciona es precisamente un marco, un conjunto de pautas que se ofrecen a la manera de organizadores de diversa índole: horarios establecidos de desayuno, almuerzo, merienda, cena, terapia, talleres, medicación y regulación con el afuera, es decir, llamados telefónicos, salidas y visitas programadas. En lo que se refiere a este último punto, podría conjeturarse que al paciente algo del vivir en sociedad, de los derechos y obligaciones de la ciudadanía se le vuelve insoportable, y que en ese sentido, tanto la sustancia como la internación funcionarían como facilitadores que le permiten al sujeto evadirse de establecer lazos duraderos y efectivos en el medio social.

Pero ¿es Luca un excluido social? En términos de Robert Castel, podría decirse que es un desafiado, ya que la exclusión es un estado estático de privación, al fin de cuentas es un lugar, un lugar afuera. «Desafiación», en cambio, alude a un flujo, traza recorridos, y no hay afuera ni adentro.

Castel habla de dos rupturas con la afiliación. La primera es con las sociabilidades primarias, la familia, el linaje y la comunidad, y la segunda es con las sociabilidades secundarias. A medida que se complejiza el sistema asistencial junto con la sociedad, se relajan las sociabilidades primarias. Emergen así una serie de instituciones (orfanato, hospital, asociaciones de socorro, etc.) que relevan a la familia o a la comunidad de tener que hacerse cargo de estos individuos. La figura del desafiado por excelencia es el vagabundo.

Al ocurrir esta desafiación, el sujeto queda desposeído de toda posibilidad de aportar a la sociedad, de cumplir con sus deberes ciudadanos; se transforma en un «residuo humano», posición en la que es colocado tanto por la sociedad como por él mismo. Confiando en seguir adelante bajo el signo del residuo, se tambalea entre decepciones y frustraciones, para aterrizar una y otra vez en el mismo punto del que deseaba escapar al iniciar su recorrido.

En relación con lo dicho, tenemos en cuenta que el consumo del paciente se incrementa en el momento en que fallece su madre, en el que vuelve a la Argentina, queda en situación de calle y se produce una desestabilización a nivel subjetivo. Una vez transcurrida la inminencia de duelo y la demanda de tramitación que éste exige a todo psiquismo, podríamos preguntarnos no sólo si Luca ha logrado subjetivar algo de esa pérdida, sino también qué función encarnaba, sostenía, la madre para el paciente hasta ese tiempo, porque si bien es cierto que el paciente ya había comenzado a consumir, no lo hacía de un modo tan compulsivo, y la familia de origen no se había desmembrado. ¿Podría haber operado hasta ese momento la presencia de la madre como un *sinthome*, haciendo de suplencia que permita cierto anudamiento entre los registros (Simbólico, Imaginario, Real)? ¿Qué lugar ocupaba la madre dentro del entramado familiar? ¿No habrá cumplido la madre cierta función de protección, cuidado, ligazón y de mediación en la relación entre el paciente y su padre? ¿No estará el hospital quizás cumpliendo algo de esa función en la actualidad?

¿El hospital como lugar o no lugar?

Para analizar si el hospital estará cumpliendo algún rol fundamental en el arraigo del paciente, pensamos en plantearlo en términos de «lugar», tal y como es percibido por Auge, como espacios construidos para ciertos fines y la relación que tienen los sujetos con éstos.

Mark Augé, cuando elabora su teoría de lugares y no lugares, retoma a Merleau-Ponty, quien distingue del espacio «geométrico» el «espacio antropológico» como espacio «existencial», lugar de una experiencia de relación con el mundo de un ser esencialmente situado «en relación con un medio».

También en términos de Heidegger, «lugar», a diferencia de «sitio», alude a un espacio que se construye para poder ser habitado.

Semblanza de alojamiento

El saludo en los pasillos o en el patio de la institución que le devuelven los profesionales, el cumplido a alguno de sus chistes, una mirada de reconocimiento a sus comentarios, el gesto de reprensión con el que es recibido por los equipos de Guardia y los enfermeros cuando retorna alcoholizado de algún permiso de salida son intercambios interpersonales a partir de los cuales el paciente se convierte en «alguien», y permiten la construcción de una pertenencia, una filiación o identidad posible. La institución hospitalaria instaura un «lugar», y se convierte en favorecedora de transferencias que constituyen un anclaje más allá del nombre de los profesionales de su equipo tratante.

Si pensamos en la historia de desarraigos, de mudanzas y traslados que atravesó el paciente, de carencias a nivel de un alojamiento vital, sobre todo a partir de su adolescencia, si pensamos en una función paterna inoperante, producto de la no inscripción del significante del Nombre del Padre, podemos pensar que la institución hospital funciona como un marco, Otro ortopédico que opera como garante, que aloja, pero que a la vez prohíbe y regula. El «Cenareso», como llama Luca al hospital, se convierte en un lugar donde alguien lo recibe, lo escucha, lo reconoce como sujeto; ofrece un espacio de anclaje capaz de sostener y soportar las fantasías y lazos más primitivos de un paciente que por medio de *actings*, ingesta y desbordes pulsionales, grita por encontrar un lugar físico y simbólico, en el seno familiar, en el vínculo con su padre y con su hermano, y también en un medio social que se le vuelve insoportable.

Al pensar en *alojamiento* también se nos ocurre asociarlo con las nociones de *amparo* y *desamparo* (Corea y Lewkowicz, 2004). Es necesario estar desamparado para requerir amparo, pero desde que nacemos estamos desamparados y requerimos que alguna institución nos ampare. Esta noción toma vigor al pensar en el historial de desarraigos de Luca al emprender su viaje fuera del país, primero con su familia, y posteriormente cuando su madre muere, solo.

La institución como sostén para la construcción de los límites del cuerpo

Es común que el paciente retorne de sus salidas con golpes, traumatismos en la cara, heridas en los ojos. Se observa un descuido progresivo de su cuerpo, el que expone a accidentes y riñas callejeras o con conocidos, siempre bajo los efectos del alcohol.

En más de una oportunidad la Guardia Interdisciplinaria ha tenido que llamar al SAME para que sea evaluado por clínica médica. Esta intervención no sólo tiene como objetivo dar atención a la urgencia, sino sancionar que allí hay un cuerpo que debe ser cuidado, operación que apunta a la constitución de un límite, la imagen de un cuerpo, un borde que regule el desborde pulsional.

Conclusión

Podemos pensar en Luca como un paciente grave, considerando los episodios de sobreingesta de alcohol en las salidas, el pronóstico reservado que sostienen y consignan los diferentes equipos tratantes en su historia clínica, el particular modo de transferencia que el paciente establece con la institución y los profesionales –caracterizado por la demanda de reingreso al establecimiento y la dificultad para respetar el encuadre establecido en los espacios de salida–. Al pensar una estrategia de externación, es interesante la reflexión de Emiliano Galende en torno a la noción de gravedad:

Si pensamos la gravedad no como un dato natural de lo que le pasa a alguien, sino como una relación entre eso que le pasa a alguien y los recursos que tenemos para atender eso que le pasa, la gravedad es algo más potente y más amplio cuando se trata de salud mental. El problema no es meramente psicopatológico, lo que está en juego es la posibilidad subjetiva de esa persona de subsistir en un medio social.

En esta línea, haciendo hincapié en el medio social, su hostilidad, posibilidades de relacionarse y hasta de subsistir, es que pensamos al Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo) desde la lógica del amparo allí en donde ha habido tanto desamparo.

El hospital se ha configurado, para este paciente, en un lugar. Sin embargo al mismo tiempo nos preguntamos si este lazo generado no es uno de los obstáculos que nos presenta hoy el caso para lograr una externación lo más saludable posible.

En relación con la urgencia que configura en los profesionales conducir el tratamiento, entendemos que la incorporación de este sujeto en el dispositivo *Vuelta a Casa* se incluye en la lógica de una apuesta instituyente. En ese sentido nos preguntamos: ¿permitirá este programa generar condiciones de posibilidad para acompañar al paciente en la construcción de un lugar por fuera de la muralidad física del hospital, sin perder el lazo con la institución y a la vez sin ser arrasado por el goce mortífero de la toxicomanía? ¿Qué cuestiones tendrían que considerarse para que ello sea posible?

Bibliografía

- AA. VV. (2009). *Depresión y Psicopatología de masas*. Revista *Psicoanálisis y el Hospital*, N.º 36. Ediciones del Seminario.
- AA. VV. (2012). *Finales institucionales. Finales de análisis*. Revista *Psicoanálisis y el Hospital*, N.º 42. Ediciones del Seminario.
- Augé, M. (2000). *Los no lugares. Espacios del anonimato: una antropología de la sobremodernidad*. Barcelona: Gedisa.
- Bauman, Z. (2005). *Vidas desperdiciadas: la modernidad y sus parias*. Buenos Aires: Paidós.
- Castel, R. (1995). *Las metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado* (en línea). Recuperado de <http://catedracoi2.files.wordpress.com/2013/05/castel-robert-la-metamorfosis-de-la-cuestic3b3n-social.pdf>.

- Corea, C. y Lewkowicz, I. (2004). *Pedagogía del aburrido* (1ra. ed). Buenos Aires: Paidós.
- Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, Ministerio de la Salud de la Nación (2013) (en línea). *Plan Nacional de Salud Mental*. Recuperado de http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/noticias/pdf/2013-10-29_plan-nacional-salud-mental.pdf.
- Galende, E. (2007). «Entrevista» (en línea). En *Noticias en Salud Mental*. Recuperado de <http://notisam.wordpress.com/2007/09/07/entrevista-a-emiliano-galende-especialista-en-salud-mental/>
- Heiddegger, M. (1994). «Construir, habitar, pensar» (en línea). Recuperado de http://www.heiddeggeriana.com.ar/textos/construir_habitar_pensar.htm.
- Lacan, J. (2006). «El sinthome». En *El Seminario XXIII*. Buenos Aires: Paidós.

Otro mundo es posible

Mariana Bermejo, Paula Piñero y Alejandra Pozzer

Introducción

El presente trabajo surge a partir de un ateneo clínico realizado como evaluación de nuestra rotación por el Servicio de Atención a la Demanda Espontánea en el Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Se trata de una viñeta perteneciente a un caso visto en el mencionado servicio y seguido por los espacios de Guardia. En torno a esta viñeta se destacan, a través de distintas preguntas, aspectos que tienen que ver con el desamparo social de este paciente. Dichos aspectos nos sirven como ejemplo de ciertas circunstancias que se repiten y multiplican en las distintas consultas que llegan al hospital. El objetivo es ponerlos luego en relación con un concepto psicoanalítico de *urgencia subjetiva* y, en el espacio de discusión, reflexionar acerca de los alcances de nuestra práctica en estas situaciones.

Caso clínico

A. es un joven de 18 años que llegó acompañado por su padre solicitando tratamiento. Como motivo de consulta dice querer «dejar de drogarse» para así ser admitido en la casa de sus padres, ya que de otra forma la convivencia le era negada. Según manifiesta, su problema principal era el consumo de alcohol que «el cuerpo le pedía», y que ocasionalmente mezclaba con tranquilizantes y/o marihuana.

Cuenta que había empezado inhalando pegamento a los 14 años invitado por su hermano mayor. En ese momento no mantenía una buena relación con el resto de su familia y se encontraba en situación de calle. Se describe como «rebelde» de niño y relata que le «gustaba la calle».

La familia de A. está compuesta por su madre, su padre, tres hermanos y dos hermanas. Al momento de las primeras consultas, A., su padre, su madre, su hermana de 15 años y su hermano de 19 se encontraban conviviendo en un cuarto de hotel, luego de tres meses en los que A. había estado durmiendo en la calle. El hermano más pequeño vivía en un hogar porque así lo habría pedido, según cuenta el paciente.

Él mismo habría tenido varios pasos por distintos hogares a lo largo de su infancia y juventud: desde los 5 hasta los 13 años habría vivido con sus hermanos en un hogar porque «la madre no los cuidaba». De esta época dice que «su vida fue agradable», hasta que su padre los retiró de allí. A los 16 años, luego de un período en el que estuvo en situación de calle, vivió un año en otro hogar, pues no quería volver a su casa.

Tiene una causa por robo y por esto dijo haber estado «preso» durante un mes en un hogar, hasta que su madre convenció a su padre para que lo retire de allí. Con su padre dice estar enojado, aunque no puede precisar bien por qué, sólo agrega que «no sabe ser padre».

Se mantiene una entrevista también con el padre de A., quien se presenta como alguien enfermo, operado del corazón, y que por esta razón «no podía hablar». En él se ubica la misma escasez de capital simbólico que en A., y de su hijo dice muy poco: ubica todo el problema en el hecho de que consume alcohol, «se pone malo y rompe cosas», razón por la cual sólo consiente que viva con el resto de la familia a condición de que realice tratamiento.

A las siguientes dos entrevistas concurre según lo pautado, acompañado de uno de sus hermanos. Cumple con el plan de medicación y se manifiesta de mejor humor. Dice estar llevándose mejor con el hermano que lo acompaña y con su padre.

Es de destacar que al tiempo que sucedía todo esto con A., consulta también en el Servicio de Atención a la Demanda Espontánea un hermano de 24 años, quien, además de manifestar síntomas que concordaban con una psicosis esquizofrénica productiva de tipo paranoide, tenía un apellido diferente al de A.: el mismo apellido que el del padre de ambos. En ese momento estaban conviviendo todos en el mismo cuarto de hotel: seis personas en una habitación diseñada para cuatro.

Sobre la base de este recorte surgen varias preguntas, por ejemplo, ¿de qué sufre A.? Las alternativas son muchas: alcoholismo, el estar en situación de calle, la configuración familiar, etc. Para ceñirnos al tema que nos ocupa, nos centraremos en las últimas dos alternativas.

¿Sufrir de estar en la calle? En la primera entrevista pareciera ser que quiere volver con su familia sólo para no estar en la calle, o estar a medias, porque también plantea que la calle es algo que «le gusta», aunque sólo de a ratos. Pareciera entonces que lo que demanda en la primera entrevista es un lugar para dormir. Casi como cualquier adolescente «normalmente rebelde»... Pero el problema de A. no es que se va a la calle de vez en cuando, sino que no es seguro que tenga adónde volver después.

¿Sufrir de su familia? En relación con esto cabe destacar que durante la internación la familia no acompañó la situación de A.: las visitas fueron casi nulas e incluso se mudaron de hotel sin comunicarlo a los profesionales o a su hijo, situación que llevó al equipo tratante a desconocer el paradero de la familia por varias semanas. Al respecto, el paciente se mostraba ansioso, inquieto, con deseos de entablar un encuentro familiar y notablemente disfórico cuando no podía concretarse.

Dice A. que sus días más felices fueron en el hogar, pero quizás sea porque allí estaba con el resto de sus hermanos (todos juntos). Quizás sea, también, más tolerable creer que alguna vez sí fue feliz.

En esta misma línea otra pregunta que surge es si el tratamiento es sólo para A. Es claro que tenemos una configuración familiar

particular, no se puede pensar un tratamiento sólo para la persona que consultó. Si llegara a haber alguna oportunidad de tratamiento para A., para que los logros que pueda tener se sostengan, es imprescindible que algo en esta dinámica se modifique.

Tenemos prueba fehaciente con el hermano y con el padre de ambos de que la enfermedad y el sufrimiento mental circulan en el intercambio familiar, pero que parecen adquirir su máxima expresión en A. y en su hermano, que se convierten así en depositarios de un funcionamiento patológico.

Si algo de sus respectivos tratamientos empieza a funcionar y ellos pueden conmover su posición, ¿no tendríamos que adelantarnos a que otras cosas en la dinámica familiar, hasta entonces relegadas, empiecen a fallar? ¿Es el hospital el lugar indicado para alojar la totalidad de este entramado? Pareciera ser que no, que parte de desenredarlo sería también ponerlos a circular por distintas redes para así contribuir a la diferenciación de los distintos padeceres, sin perder el horizonte, claro está, de que ninguno de ellos padece aislado. Nos parece que hubiera sido interesante poder ejercitar algo de una demanda de tratamiento más allá de estos dos chicos. Tal vez el hecho de que A. y sus hermanos enfermen era lo que había posibilitado que esta pareja siguiera junta.

Asimismo, queda plasmado, una vez más, cómo no existe tal cosa como el «instinto materno», cómo las funciones materna y paterna son constructos sociales que no por esperables son «naturales». Estos padres son padres que estuvieron siempre lejos de sus hijos, en las entrevistas con ellos a la hora de preguntarles con quiénes vivían había que repreguntar hijo por hijo, de otra forma no los nombraban.

Es llamativo también el dato de que alquilaran una habitación para cuatro personas cuando en realidad eran seis. La situación de cohabitación en condiciones de hacinamiento suscitó un debate al interior de este equipo, ya que si bien se trata de un dato más que confirma la realidad de expulsión social de esta familia, representa también una expresión más de la lógica expulsiva y de la falta de registro de esos hijos en el psiquismo de los padres.

Esta pareja ha pasado su vida intentando ubicar a sus hijos en algún tipo de institución que pudiera darles alguna clase de soporte y respuesta que ellos, aunque de una manera precaria y claramente inconsciente, sabían que no podían darles. Esto mismo es ya una interpretación socialmente tamizada, en el sentido de que decimos que «los padres lo hicieron por sus hijos», cuando en realidad se trataría de algo que se les vuelve insoportable a ellos hasta el punto de que estar y hacerse cargo de sus hijos los convoca a un lugar en el que se ven desprovistos de los recursos para responder. Es una forma de no encontrarse con su propia falta, que, puede pensarse, fue también beneficiosa para esos hijos: no en vano A. dice que el mejor momento de su vida fue en un hogar, su hermano que padece esquizofrenia sostiene que el hospital psiquiátrico es «su lugar en el mundo» y el más chico eligió quedarse en un hogar antes que volver a su casa.

Pero es necesario decir algo más acerca de esta familia. Es imprescindible contextualizarla histórica y socialmente. Se trata de un grupo humano que comparte, además de lazos de consanguinidad, una historia común de «expulsión» social (desempleo, hacinamiento en habitaciones que no podemos honestamente llamar «vivienda», escolaridad incompleta, fragmentación de lazos sociales).¹ Un grupo en el que la madre y el padre se encuentran tan desamparados como los hijos. De allí que no puedan, no sepan cómo, ocupar esos roles de cuidado socialmente esperables: ante tales condiciones de existencia, pareciera ser que estos padres no han podido habitar esta situación más que de un modo «desubjetivante», caracterizado como

1. Como Corea y Duschatzky, utilizamos el término «expulsión» en lugar del de «exclusión» porque este último describe un estado de cosas, «una situación en la que un sujeto se encuentra, relacionado con la desposesión material, que no necesariamente ni siempre fue sinónimo de desafiliación, de pérdida de lazo social, y falta de horizontes». La expulsión, en cambio, describe «la relación entre ese estado de exclusión y lo que lo hizo posible». Es una serie de operaciones sociales que dan cuenta de un funcionamiento, de una producción y reproducción social (Corea y Duschatzky, 2002).

«un no poder hacer casi nada con la situación. Un modo de habitar marcado por la imposibilidad» (Corea y Duschatzky, 2002).

Según Eloísa de Jong, «[...] cada familia se constituye como puede» (De Jong y Basso, 2001) y, en este caso, cada uno de los miembros de esta familia, de la manera que puede y con lo que tiene, busca el camino de la salud fuera de esa dinámica familiar. Claro está que las respuestas que encuentran no siempre son las mejores, pero el punto es: podría ser peor. Silvie Le Pulichet, cuando aborda el tema de las toxicomanías, habla de «soluciones paradójicas» en el sentido de que si bien el tóxico genera problemas y padeceres, las más de las veces salva de enfrentarse con la falta, con el desmoronamiento subjetivo, que es peor (Le Poulichet, 1991). Podríamos pensar el funcionamiento familiar que estamos tratando de abordar también como una «solución paradójica».

En esta línea de pensamiento surge entonces un planteamiento en el orden de la ética: ante una trama familiar como la descripta, ¿debemos apuntar a la «familia feliz» en el tratamiento? En psicoanálisis se dice que el deseo guía a la ética; en ese sentido reunir a la familia, ¿no sería ir en contra de lo que estos chicos han venido construyendo hace años?

Discusión

El caso planteado nos parece de los más interesantes que hemos visto por la multiplicidad de aristas que presenta para la intervención y la acción, aunque somos conscientes de que habrá aspectos que soslayamos además de los que se irán presentando en el futuro.

Como variables que han afectado el curso de este caso nos hemos centrado sobre todo en cuestiones sociales e institucionales. Seguramente el desenlace de los acontecimientos en la vida de A. hubiera sido otro si, por ejemplo, en lugar de concurrir a esta institución hubiera sido atendido en otra. También la cosa hubiera sido diferente si en lugar de recurrir al tóxico se hubiera encontrado

otra respuesta. O si el Estado, en alguna de las tantas formas institucionales por las que transitaron él y su familia a lo largo de estos años, hubiera abordado su trabajo de una manera más integral, profunda, ética.

Lo cierto es que ninguna de estas cosas ocurrió y el escenario en el que nos toca actuar hoy en día como profesionales de la salud mental que se desempeñan en el ámbito público está minado de casos como el de A. Casos que se parecen no sólo por los detalles que puedan compartir, sino por la complejidad que presentan. Es aquí donde proponemos ayudarnos del concepto de *urgencia subjetiva*.

Las construcciones teóricas del psicoanálisis en torno a la urgencia subjetiva nos remiten directamente al decir, a un punto de ruptura en la cadena significante que hace que el sujeto ya no pueda representarse, esto es que, cuando el significante no se articula en un decir, el efecto es el de mortificación. Esto puede traducirse como aquellos momentos de crisis en la vida de un sujeto en los que, al no poder dar cuenta de su sufrimiento, al quedar encerrado en el mayor mutismo, es impulsado a actos desesperados, presa de la más cruel angustia. Estos actos no son ni más ni menos que intentos de liberarse de los efectos dolientes del significante, resolviendo así su indeterminación (Seldes, 1988).

Entonces, decimos que un sujeto en la urgencia aparece como fuera de discurso, fuera del lazo social, en un goce autista que no se dirige a nadie, y éste es el sujeto que consignamos como mudo, loco o aterrado. Es un sujeto presa de un significante aislado, sin más referencias significantes a las cuales recurrir para poder representarse.

Ahora bien, nuestra propuesta es tomar estas conceptualizaciones y utilizarlas para pensar las realidades con las que nos encontramos todos los días en el hospital: personas expulsadas de distintos ámbitos, viviendo las más de las veces en los bordes, tanto de las instituciones como de la sociedad misma, sin redes a las cuales recurrir y con tendencias más del lado de la actuación que del decir. Esto es, personas aisladas, sin referencias a las cuales recurrir para hacerse allí un lugar. Lo preocupante de esto es que generalmente no se trata

de momentos sino, como las hemos llamado más arriba, de realidades, de estados más o menos permanentes por los que atraviesan las personas que llegan a consulta.

Desde el psicoanálisis la propuesta ante la urgencia subjetiva, a grandes rasgos, es la de perfilar un espacio en el que los distintos fenómenos que se presentan puedan incluirse en un decir, ofrecer un marco significativo que posibilite la puesta en discurso del acto. Del mismo modo, creemos que gran parte del trabajo que tenemos enfrente se trata de poner en funcionamiento un entramado que permita a esa persona dejar de estar aislada y empezar a circular por distintos espacios que le permitan una existencia menos sufriente. En este sentido apuntamos a un concepto amplio de salud mental tendiente a la inclusión, un concepto de salud mental que hace a la vida misma y nos obliga a tener en cuenta una multiplicidad de factores. Esta complejidad muchas veces nos puede hacer caer en la frustración, en la idea de que no cambiaremos nada, o si lo hacemos, siempre será poco.

Nos parece que un posible recurso para saltar este obstáculo es poner a circular esta frustración, este sentimiento de que la situación nos excede a través del trabajo con otros, no sólo profesionales de otras disciplinas sino también con otros institucionales, públicos o no. A veces es difícil ir en contra del «furor curandis» y aceptar que no podemos salvar AL mundo, pero tal vez, con mucho trabajo y creatividad, podamos mejorar UN mundo.

Bibliografía

- Corea, C. y Duschatzky, S. (2002). «Escenarios de expulsión social y subjetividad». En *Chicos en Banda, los caminos de la subjetividad en el declive de las instituciones*. Buenos Aires: Paidós.
- De Jong, E. y Basso, R. (2001). *La familia en los albores del nuevo milenio: reflexiones interdisciplinarias, un aporte al trabajo social*. Buenos Aires: Espacio.

- Le Poulichet, S. (1991). *Toxicomanías y psicoanálisis. La narcosis del deseo*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Seldes, R. D. (1988). «La urgencia y el discurso». En AA. VV. *La urgencia. El psicoanalista en la práctica hospitalaria*. Buenos Aires: Vergara.

Los sonidos en la urgencia

María Lorena Battán Carabajal y Carlos Ariel Morales

Introducción

«Siempre hay un poco de locura en el amor, pero siempre hay un poco de razón en la locura»

FRIEDRICH NIETZSCHE

Este escrito pretende hacer una reflexión acerca de dos formas posibles de presentación en la urgencia subjetiva, intentando articularlas con dos viñetas a partir de la experiencia de rotación por el dispositivo de la Guardia Interdisciplinaria del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo). La primera se trata o corresponde a una presentación ruidosa, expansiva de ruptura de la cadena discursiva: un intento de suicidio. Se trata de un modo extraordinario que funciona como un llamado directo o convocante al Otro. Pero existe además aquella urgencia que es silenciosa, menos espectacular pero con consecuencias posiblemente catastróficas, que podría culminar en un pasaje al acto. Ante esto, se hace necesario esbozar dos situaciones que permitan pensar diversos modos de lectura de la urgencia, del caso por caso, así como las posibilidades de intervención.

Otro punto a tratar es cuando en la urgencia subjetiva no sólo tienen lugar los discursos de la Medicina, el Trabajo Social o la Psicología. Por ejemplo el discurso jurídico, ya que desde la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657 los pacientes tienen un saber sobre su padecer, y la ley les restituye voz en su decir o un decir acerca de su padecer.

¿Urgencia o urgencias? Acerca de dos modos de presentación de las urgencias

Cuando en Psicoanálisis se habla de urgencia, se hace referencia a la «urgencia subjetiva», y se hace alusión con ello a una «crisis del sujeto», un sujeto sujetado a los significantes. En la urgencia hay una ruptura en la cadena significativa que constituye el mundo simbólico del sujeto:

Se trata del exceso con que se confronta un sujeto, ruptura aguda, quiebre del equilibrio con que la vida se sostenía, quiebre de los lazos con los otros, con el trabajo, con el pensamiento o el propio cuerpo, irrupción de lo real, del fuera de sentido que conduce al sujeto al abismo, al grito sin articulación significativa (Sotelo, 2009, p. 26).

Este desborde puede dar diferentes respuestas, desde la inhibición y el mutismo, hasta la impulsividad o la autolisis. Esta irrupción de lo angustioso, de lo insoportable, siempre tiene algo singular, por eso no se puede hablar de «la urgencia subjetiva» en el punto que juega la estructura fantasmática del sujeto. Por ello consideramos que el «para todos» no es válido, ya que define de antemano un sentido único, homogeneizante del padecer subjetivo.

Primera viñeta clínica

Pilar, de aproximadamente 20 años, tuvo un largo recorrido por instituciones de salud mental previo al ingreso al dispositivo de Internación Breve. Durante su internación en dicho dispositivo, la Guardia es convocada al grito de «Pilar se quiere hacer daño». Al llegar a la habitación nos comenta una de sus compañeras de cuarto que observó que la paciente intentó autoagredirse (ahorcarse) con una sábana. Al ingresar a la habitación, vemos que Pilar lloraba y se

encontraba en posición fetal en una cama mientras repetía con insistencia: «¡Déjeme doctor, me quiero morir!». Alrededor de ella se encontraban dos compañeras que trataban de calmarla y algunos profesionales que también pretendían hablar con ella.

La paciente iba y venía de la cama de enfrente a la suya sin dejar de sollozar y repetir la misma frase, mostrándose refractaria a las intervenciones verbales. En un momento en el que la Guardia Interdisciplinaria pudo acercarse a ella, se le preguntó acerca de la motivación de sus dichos, a lo que ella respondió con un alto monto de angustia: «¡Porque nadie me quiere, a nadie le importo! ¡Ya no me vienen a ver!». Pilar hacía referencia a su familia, quien al parecer la visitaba esporádicamente, lo que incrementó su posición subjetiva de resto. En esta situación de urgencia, no hay un método a seguir, o pasos lógicos, ya que la lógica en este caso suele ser del caso por caso, lo cual implica considerar datos de la historia de la paciente, para escuchar los significantes claves que provienen de la historia familiar, para situar, si es posible, dónde se produce la ruptura, de donde «cae el sujeto». Pero es un acto creativo, en el que a veces hasta juega el humor como recurso y conlleva una posición fundamental del profesional, la de no entrar él en urgencia.

Entre las intervenciones verbales, no se optó por cuestionar su accionar, sino que se atinó a preguntar si en su decisión (real o ficticia) de morirse estaba dejando algunas cosas inconclusas, acciones que le gustaría realizar o concretar.

Ante estas preguntas hubo algo que a la paciente le permitió abandonar momentáneamente su situación de urgencia y desborde, y respondió que le gustaría terminar sus estudios para estudiar profesorado de educación especial. «Quiero cuidar a esos chicos que nadie quiere, puedo darles lo que no me han dado a mí, amor». Así, algo de esa posición inicial se había conmovido.

La intervención en esa situación de Guardia fue pensada desde la Rectificación del Otro (Recalcati, 2003), lo cual implica que el profesional simbolice un Otro distinto al que Pilar encontró en su historia, de modo tal que el sujeto pueda hacer lazo con un Otro.

Antes es importante situar desde dónde habla el sujeto, y por quién es hablado.

La actuación profesional en esta situación de urgencia sirvió de borde, ya que nos encontramos trabajando en «los bordes, con los bordes y desbordes». Se trató de entretejer una red de contención mediante la palabra para hacer frente al vacío.

Tras obtener una respuesta de Pilar, se siguieron las intervenciones en esta línea, reforzando ese esbozo de proyecto de vida. Ésta hacía referencia al hecho de que le gustaría cuidar a esos niños a los que generalmente nadie cuidaba. Tras haber disminuido el cuadro inicial con el que se encontró a la paciente, intervinieron posteriormente los enfermeros, que le suministrarían medicación que había sido previamente recibida y habilitada por la palabra.

Segunda viñeta

Ismael tiene aproximadamente 25 años. El día que se presentó en el hospital fue para pedir una copia de su historia clínica. Estuvo sentado en el hall en completo silencio y en apariencia calmado. Estaba vestido con saco y corbata y portaba además un maletín. Primero fue atendido por los médicos de la Guardia, ante los cuales se mostró reticente, negándose a hablar con ellos.

Tras varios intentos por establecer conversación con él, Ismael se comenzó a mostrar levemente fastidiado, y enfatizaba que no se iría de allí hasta que le dieran una copia de un documento que «por derecho» le pertenecía. En ese momento se pudo captar que era necesaria la intervención de un profesional que hablara desde el discurso jurídico, que «representase la ley», y que si no se alojaba dicha demanda, se corría el riesgo de un pasaje al acto. Se pidió a la abogada del Servicio Jurídico que interviniese, acompañada por dos psicólogos de Guardia. Ella apareció inmediatamente. Posteriormente se ingresó a un consultorio para llevar a cabo la entrevista.

Ismael se mostró reticente al saludo de manos propuesto por la abogada: «Sin contacto físico, por favor», emitió. Se sentó en una silla y explicó de manera clara y precisa que amparándose en la Ley N.º 26.529 de Derechos del Paciente, exigía lo que «por derecho le correspondía». Solicitaba la historia clínica para realizar en un juzgado una denuncia contra el hospital por las «mentiras» que allí figuraban, por las intervenciones que habían registrado los profesionales y que según él, jamás habían ocurrido. Además calificaba dichas prácticas como invasivas para su persona. Tras su insistente reclamo y su ánimo exaltado, se le explicó que tenía derecho a solicitar una copia pero que no podía ser inmediatamente. La respuesta provocó aún más el disgusto de Ismael.

Se le comentó en forma conjunta que legalmente debía presentar una nota por mesa de entrada, y tras 48 horas hábiles podría retirar la historia clínica, que era la forma en la que la misma ley lo disponía. Tras un largo silencio, respondió reflexivamente que si la ley lo contemplaba, él tenía que acatarla. «No quiero estar por fuera de la Ley», agregó. Abrió su maletín, del cual extrajo una hoja blanca y una lapicera. Tras confeccionar la nota se propuso a retirarse no sin antes saludar respetuosamente a cada uno de los que estábamos presentes con un saludo de manos, y comentar que en 48 horas hábiles iba a regresar.

Minutos después de que se diera por finalizada la entrevista, se pudo leer minuciosamente su historia clínica. En ella figuraba una internación a pedido de los padres vía judicial hacía diez años, cuando Ismael era menor de edad. Estaba consignado el diagnóstico de psicosis. Consumía esporádicamente THC, y al momento del ingreso se evidenciaban alteraciones sensoperceptivas, con un cuadro de descompensación psicótica. Tras 24 horas, Ismael se escapó. En el 2013, luego de varios años, regresó por Atención a la Demanda Espontánea para una única entrevista. Lo que llamaba la atención era que el mismo juzgado donde quería radicar la denuncia es desde donde el juez dispuso la internación involuntaria durante su adolescencia.

En 48 horas hábiles, Ismael regresó para retirar la copia de su historia clínica que «por ley le correspondía».

Es significativo cuando dice no querer estar por fuera de la ley, ya que desde el psicoanálisis la psicosis es pensada como una estructura definida por la falta del significante del Nombre del Padre. Significante pivote que introduce la ley del padre, una ley simbólica que organiza, determina lugares y funciones, y con ello todas las demás leyes.

Freud establece en su texto *La pérdida de la realidad en la neurosis y en la psicosis*,¹ que en la psicosis se produce un conflicto entre el yo y el mundo exterior. El yo del psicótico se retrae de la realidad, y en algunos casos a modo de puente o conexión se origina el delirio como una manera de reconstruir aquello de lo cual el sujeto se encuentra fuera (Freud, 1911).

Lacan (1955) establece un axioma fundamental, «lo que se forcluye desde lo simbólico retorna desde lo real», bajo la forma de alucinación; se trata de una significación desconocida que se impone al sujeto en lo real, en una absoluta exterioridad. Esto conlleva un extravío de la realidad, y a nivel imaginario un aplanamiento, en donde la dialéctica imaginaria queda sometida a una mortífera espectralidad sin escapatoria (Imbriano, 2003), designada por Lacan como «regresión tópica al estadio del espejo» (Lacan, 1979).

¿Pero qué sería lo simbólico que se forcluye? Aquello sería entonces el Nombre del Padre, lo que viene a regular el goce, a establecer un límite, e introduce al sujeto en el campo del lenguaje, lo que posibilita la cadena significante. Ley reguladora y ordenadora en tanto Nombre del padre, en tanto significante. Es justamente lo que se expulsa, la ley que se forcluye.

El sujeto así se encuentra de cara ante un real que lo invade desde lo alucinatorio. En la irrupción psicótica hay una cadena rota, el significante no remite a otro significante, y queda vacío de significación posible. Y es mediante el delirio y algunas alucinaciones que se intenta dar un sentido a la realidad. Por ejemplo de su internación,

1. Freud señala en «Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (dementia paranoides) descrito autobiográficamente»: «Lo cancelado adentro [Verwerfung] retorna desde afuera» (Freud, 1911).

la cual fue vivida como intrusiva, y acusó prácticas y anotaciones en la historia clínica que nunca fueron realizadas.

La demanda del sujeto psicótico es una demanda de Nombre del Padre, lo cual es una demanda de un significante del cual el sujeto no dispone para regular el propio goce (Recalcati, 2004). Demanda relacionada con leyes que tienen un saber acerca de la salud mental, acerca de su derecho a tener la historia clínica. En su discurso se evidenciaba una lectura exhaustiva de la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657 y de la Ley de Derechos del Paciente N.º 26.529, más artículo 14. – Titularidad. El paciente es el titular de la historia clínica. A su simple requerimiento debe suministrársele copia de ésta, autenticada por autoridad competente de la institución asistencial. La entrega se realizará dentro de las cuarenta y ocho horas de solicitada, salvo caso de emergencia.

En el capítulo II, artículo 3, se reconoce a 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. Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas.

Dichas leyes se promulgaron sobre la base de los derechos humanos, para garantizar la dignidad del paciente. Refieren que los profesionales tienen que promover la internación en casos en que las personas presenten riesgo para sí mismos o para terceros; propician además las internaciones por plazo breve, pero fundamentalmente exigen el respeto a la voluntad del paciente. Ambas leyes, en tanto discurso jurídico, constituyen la marca de lo simbólico en los seres con «padeamiento mental», se los instituye como sujeto, se los humaniza (Kozicki, 2004).

Conclusión

Mediante los dos ejemplos se trató de ilustrar dos formas diferentes de intervenir en situaciones de urgencia. Dos modos que aluden

a formas no similares de presentación: una más ruidosa y otra más silenciosa, pero ambas del orden de la urgencia. Las intervenciones de los profesionales no son las mismas en todas las situaciones, no se puede aplicar una lógica del «para todos los casos». Las formas de padecimientos difieren de un sujeto a otro. Existen lineamientos generales acerca del accionar, pero en la particularidad del caso por caso existe un trabajo casi «artesanal» del profesional de la salud mental.

En el caso de Pilar las intervenciones se encontrarían en la línea de esbozar un proyecto que pudiese conmover algo de su posición de resto, encarnando quizás otro que pregunte acerca de su sufrimiento, distinto del que se encontró en su historia personal. En Ismael fue importante saber otorgarle a su pedido el estatuto de una urgencia y el poder discernir la incumbencia de cada disciplina, en la que el discurso jurídico fue protagonista fundamental. Desde la psicología se pudo alojar ese pedido y acompañar las intervenciones, ante un sujeto fuertemente enmarcado desde lo legal (paradoja fundamental en la psicosis). Es desde allí desde donde él exige un derecho, el de acceso a su historia clínica.

Por todo lo esbozado en este trabajo, se inscribe a la urgencia desde la subjetividad del paciente, ubicando la singularidad del caso, para así pensar en «las urgencias» desde una mirada psicoanalítica.

Bibliografía

- Freud, S. (1911). «Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (dementia paranoides) descrito autobiográficamente». En *Obras Completas*, tomo XII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1924 [1923]). *Neurosis y psicosis*. En *Obras Completas*, tomo XIX. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1924). *La pérdida de la realidad en la neurosis y en la psicosis*. En *Obras Completas*, tomo XIX. Buenos Aires: Amorrortu.

- Imbriano, A. (2003). *Las enseñanzas de las psicosis*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Lacan, J. (1979). *El estadio del espejo como formador de la función del yo («Je») tal como se nos revela en la experiencia analítica. Escritos 1*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Lacan, J. (2006). *El Seminario 3: las psicosis*. Buenos Aires: Paidós. [Trabajo original publicado en 1955].
- Ley N.º 26.529. Derechos del Paciente. Historia Clínica y Consentimiento Informado (2009). Sancionada el 21 de octubre de 2009. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 19 de noviembre de 2009.
- Ley N.º 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Decreto Reglamentario 603/2013. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 3 de diciembre de 2010.
- Recalcati, M. (2003). *Clínica del vacío. Anorexias, dependencias, psicosis*. Barcelona: Síntesis.
- Recalcati, M. (2004). *La cuestión preliminar en la época del Otro que no existe*. Revista digital de la Escuela de Orientación Lacaniana *Virtualia*, año III, N.º 10, julio-agosto.
- Sotelo, I. (2009). «¿Qué hace un psicoanalista en la urgencia?». En *Perspectivas de la clínica de la urgencia*. Buenos Aires: Grama.

Maternidad y consumo de drogas: ¿una cuestión para el Poder Judicial?

Eliana Olinda Alves, Tatiana Oliveira Moreira,
Vânia Simões Fadigas y Aline Pereira Diniz

Un nuevo paradigma de la protección

Los ideales democráticos de las luchas políticas de fines del siglo XX siguen nutriendo nuestras expectativas en torno al acceso de todos, como miembros de una sociedad, a los derechos garantizados por la ley. A raíz de los cambios políticos y sociales, nuevos parámetros para el cuidado infantil fueron diseñados en las décadas del ochenta y del noventa. La niñez, previamente pensada como objeto de intervención del Estado, pasa a ser orientada por un sentido de protección integral establecida en el Estatuto del Niño y el Adolescente (ECA, 1990). El nuevo orden emerge de las luchas sociales de redemocratización del país y la defensa de los derechos humanos como una prerrogativa de la conquista y la garantía del ejercicio de la ciudadanía.

Esta noción de ciudadanía, surgida en la estela de un ideal democrático, se entiende como el reconocimiento y el respeto a los demás, el cual se ha de garantizar por medio de los derechos civiles. Se trata aquí de una ilusión transmitida por los medios de comunicación que en la actualidad desempeñan el papel del denunciante de las grandes violaciones de los derechos y del promotor de un ideal democrático. En este sentido, lo que vemos es una enorme demanda para que la justicia, a través del aparato judicial, sea más activa y esté más presente en el día a día de la vida de los ciudadanos. De este modo, una determinada forma de ejercer la justicia se involucra cada vez más en la vida de los particulares en sus eventos mínimos.

Esta presencia de la justicia en la vida de los individuos se percibe como el acceso de la población a la ley, se entiende como el ejercicio de la ciudadanía en un Estado democrático de derecho. Es decir, el Estado neoliberal promueve una concepción de la justicia asociada a la idea de que cuantas más personas buscan el Poder Judicial para resolver sus conflictos, más garantía tienen sus derechos. Una justicia que opera en varios frentes con la población: la mediación de conflictos, apaciguar las disputas; por último, una justicia que, en el imaginario social, promueve la seguridad.

Según Garapon (2001), en las sociedades modernas hay una incitación a demandas legales, se invierten la lógica y el lugar de esta instancia y se da lugar a lo que él llama «el activismo judicial». Para el autor, la quiebra, el debilitamiento del Estado social, el fracaso de la política pública permitieron que el Poder Judicial se convierta en el lugar donde se concentran los males sociales, siendo a la vez el guardián de las promesas de la democracia. Para Garapon, las llamadas «democracias modernas» comenzaron a ser gobernadas por la ley; y en cuestiones referentes al ámbito social y personal, comenzaron a ser referidas al Poder Judicial. El autor considera este cambio de roles como una jurisdiccionalización de la vida, que se ha convertido en una forma de gobierno. En la percepción del autor, este clamor por la justicia emerge de «[...] el debilitamiento del Estado protector o social, con el efecto de un desamparo político y del derecho convertido en la última moralidad común en una sociedad que ya no la posee» (Garapon, 2001, p. 25).

La idea de la protección y la atención se asocia cada vez más con el ejercicio del Poder Judicial en la vida cotidiana. En este contexto, se da un nuevo enfoque a las cuestiones de la protección de los niños en desamparo social, de modo que se observa una intervención cada vez mayor del Poder Judicial en la vida de las familias consideradas desestructuradas. Cuando se trata de situaciones en las que entran en consideración los bebés hijos de las mujeres usuarias de drogas, las familias se han dirigido sobre todo al Poder Judicial, y se ha creado así una nueva demanda de intervención. Nuestro objetivo

con este trabajo es analizar la situación de la judicialización del desamparo social de las madres consideradas adictas y sus familias, en el Poder Judicial de Río de Janeiro.

Protección y gestión de riesgos

En los últimos años, nos encontramos con la creciente demanda de los casos de madres con antecedentes de consumo de drogas –especialmente el crack– derivados desde los hospitales a juzgados de menores [*Varas de Infância*]. Este aumento está relacionado con el ingreso del crack en la ciudad de Río de Janeiro, situación reciente, de aproximadamente tres años, que tiene como efecto la institucionalización de los hijos de estas mujeres. El incremento de esta demanda se acopla a la visibilidad que las drogas han ganado en la primera década de este siglo, con la política llamada «antidrogas» promovida por los gobiernos para justificar las políticas de seguridad basadas en la represión. Estas políticas afectan en general a la población más pobre, que, marginada de cierto lugar privilegiado de la sociedad, encuentra en la experiencia de consumo de sustancias psicoactivas una forma de socialización y pertenencia.

En Brasil, los lugares donde algunas personas se reúnen para consumir crack son popularmente conocidos como *cracolândias*. Silva (2013) señala que este término responde a los efectos del discurso y no a lugares específicos, pues éstos son itinerantes, se mueven de acuerdo con la persecución que se ejerce por el Estado. Estas áreas se clasifican como «sucias», y los seres humanos que están allí son vistos como parte de una mancha de suciedad en la ciudad que nadie quiere mirar. Así, los participantes de las *cracolândias* son olvidados y quedan al margen de los derechos sociales, al tiempo que el crack se trata como una epidemia.

Este aspecto epidemiológico justifica medidas con carácter de urgencia, la mayoría de sesgo higienista. Según Silva (2013), dichas medidas producen soluciones inmediatas en lugar de colaborar para hacer

frente al problema real, ya que lo que se trata como urgente genera políticas provisionales, sin encontrar soluciones efectivas a la situación que se presenta. Hemos observado que hay poca o ninguna intervención del Estado durante el período en que la mujer embarazada se encuentra en una situación de abuso de drogas. Por lo general, cuando ocurren las intervenciones, éstas tienen una inclinación moralista, de modo que producen la exclusión; estas mujeres son vistas como madres negligentes, y se las descalifica de su función de maternidad.

En general, muchos de los profesionales que trabajan con esta población tienen una percepción atravesada por el discurso vigente de demonización del usuario, que clasifica precozmente a la madre como dependiente química y, consecuentemente, incapaz de cuidar a su bebé, que estaría, entonces, en situación de riesgo. Esto justifica la remisión de estos casos al Poder Judicial, intervención que debería utilizarse como último recurso. Esta lógica de la producción de urgencia acaba por sustituir las políticas de salud y de asistencia social. En el caso de las madres usuarias del crack, la remisión a la justicia se convierte a menudo en la única respuesta al problema, que puede dar lugar, en la mayoría de las situaciones, a la pérdida de su poder familiar sobre el niño. Comúnmente, como forma de protegerlos, estos niños pueden ser colocados bajo el cuidado de otros miembros de la familia, encaminados al albergue institucional o dados en adopción.

Los niños supuestamente en riesgo

A partir del análisis del filósofo francés Michel Foucault (2008), podemos entender la jurisdiccionalización o judicialización de las relaciones sociales y afectivas como una estrategia de gestión de riesgos. Según el filósofo, las nociones de *riesgo* y *peligro* en el capitalismo se desarrollaron en el siglo XVIII e instituyeron campos de conocimiento, regímenes discursivos, poniendo en circulación, a través de una red de micropoderes, una determinada concepción de la vida y su protección.

Podemos decir, de acuerdo con el pensamiento de Vaz (2004), que el riesgo se convirtió, con el advenimiento del capitalismo, en algo que debe ser evitado. Para él, el concepto de riesgo implica

un estatuto del futuro como simultáneamente incierto, pasible de ser parcialmente conocido y transformable. También requiere de datos que permitan construir en el tejido social diferentes subgrupos. [...] El concepto apunta, en última instancia al peso de la ciencia en la política y la vida cotidiana, así como a la compleja interacción de fuerzas entre los expertos, los movimientos sociales, el Estado y los medios de comunicación en la construcción de las causas públicas y en la elaboración de los estilos de vida saludables (Vaz, 2004, p. 14).

Es posible hacer aquí una asociación con la percepción existente de que algunas familias están permanentemente en riesgo, por lo que se requiere una atención crónica de sus hijos por la red de protección de la infancia. Según Vaz (2004), hay dos vertientes de esta concepción del riesgo: una objetiva y otra subjetiva. En la primera, el riesgo se construye socialmente por expertos autorizados, que él llama «los analistas de riesgo». Para el autor «[...] el riesgo objetivo es el que se ha construido científicamente utilizando los mejores datos y conocimientos disponibles» (Vaz, 2004, p. 14). Desde esta perspectiva, los analistas de riesgo, anclados en enunciados considerados científicos, dan fe de cuáles niños pueden estar en riesgo, en la medida en que sus familias se consideran disfuncionales y negligentes. Así, se aproxima la relación entre el riesgo y la ciencia, una forma específica de mirada que produce un supuesto problema.

En la vertiente subjetiva, el riesgo es percibido por una impresión, como algo que puede aparecer en cualquier momento. Esta impresión, aunque esté desconectada del discurso científico, se articula y se reproduce en la red de agentes de analistas de riesgo: los miembros del consejo tutelar, psicólogos, trabajadores sociales, jueces, fiscales, abogados, profesores. Es decir, diversos ámbitos de intervención

actúan en articulación, en busca no sólo de identificar, sino de pensar las acciones que puedan reducir al mínimo el riesgo. Se trata de un discurso que da crédito y apoyo a las políticas llamadas «públicas» de lucha contra violaciones a los derechos del niño. Las políticas son denominadas como «políticas de defensa de los derechos humanos de los niños y jóvenes», y son nuevas tecnologías para la protección y el cuidado de los niños. Son prácticas que se atribuyen la intención también de garantizar la seguridad y la estabilidad social.

Para evitar riesgos y peligros para los niños, la intimidación familiar se expone cada vez más a una mirada del especialista externo. Según Castel,

también hay nuevas formas de gestión de las poblaciones en situación de riesgo, en las que la desactivación del peligro que representan ya no se lleva a cabo por una confrontación directa o brutal segregación, sino por la marginalización de las personas, que ocurre a través de la negación de la calidad de persona y de deconstrucciones de su historia (Castel, 1987, p. 18).

El autor sugiere que este tipo de producciones discursivas sobre el *riesgo* engendraron una ciencia específica: la ciencia de la protección. Esta ciencia, en asociación íntima con la cosmética, fabrica una percepción de riesgo dado, conceptos, sobre los niños en situación de riesgo. Así, los bebés son llevados ante la justicia de la niñez porque sus madres, con antecedentes de consumo de drogas, al parecer los ponen en riesgo. Nosotros, los especialistas en riesgo, pasamos a ver a estos niños como niños sufrientes, traumatizados y en *riesgo*, incluyendo el riesgo de no superar esa experiencia.

«Bebés del crack»

Se ha creado un estigma asociado con los hijos de madres con antecedentes de consumo de crack, llamados «bebés del crack».

Esta expresión muestra que el niño también es colocado bajo sospecha: un discurso que circula por las maternidades, las instituciones de albergue, las redes legales, las familias, y está extendido por todo el campo social. Esta forma de mirar crea una desconfianza en el desarrollo de las capacidades humanas. Se cree que estos niños presentan secuelas neurológicas o una predisposición a la adicción (ésta es, por ejemplo, una preocupación central de los futuros padres, cuando estos bebés están disponibles para la adopción). Creemos que esta clasificación tiene un sesgo moralista, ya que la mayoría de los investigadores dicen que no se puede demostrar todavía cuáles son los efectos del crack en el desarrollo de los niños.

Lo que observamos es que estas calificaciones como «bebés del crack», «madres del crack», *cracolândia*, entre otras, reproducen las prácticas de discriminación y exclusión de las mujeres con experiencia en el uso de drogas. En la mayoría de los casos, el crack ha aparecido como elemento desagregador de familias y principal motivo de acogida institucional de bebés. Se puede observar, en general, que el objetivo de la protección son los niños que se consideran en riesgo social y personal, oriundos de familias llamadas «multiproblemáticas». Lo curioso es que, normalmente, la red de relaciones personales y sociales no ofrece apoyo, sino que asume una postura de acusación y culpabilización. Estas familias son descritas como si tuvieran una naturaleza previa que las define como inadecuadas, inhábiles, nociones que tienen el efecto de demonizar esos núcleos familiares.

Los llamados «bebés del crack» llegan de los hospitales al Poder Judicial para que sus madres y las familias sean evaluadas, lo que genera la urgencia de resolver la situación de ese niño. Como efecto de estas evaluaciones, en carácter de urgencia, se define provisionalmente el destino de estos niños, lo que causa una interrupción de la interacción entre la madre y su bebé. Esta interacción puede ser reinstaurada o no, en función de los esfuerzos que esta madre haga para satisfacer las expectativas de su recuperación. El requisito es que ella encuentre soluciones mágicas a un problema complejo. A menudo,

sin encontrar el apoyo necesario para superar dicho problema, estas mujeres acaban por renunciar a su poder familiar sobre el niño.

Inventar otra mirada

Creemos que es esencial problematizar la atención que se da a estas mujeres y sus bebés en la red de servicios, tener en cuenta que están en juego procesos de subjetivación, así como los efectos de esta intervención en la vida de estas familias. Este tipo de intervenciones parece estar justificado más en una voluntad moralista y autoritaria del Estado sobre tales familias, llamadas «disfuncionales», que en la acción afirmativa para proteger y garantizar los derechos. Este modelo de la lucha por los derechos se acerca a lo que Rolnik (1992) llama «la lucha del hombre de la moral», lucha que captura el poder de los otros distintos modos de existencia.

Algunos retos se nos presentan en nuestra práctica: no enredar a los niños y sus familias en el cuidado del Estado, poner en marcha otra forma de ver las cuestiones que afectan a ciertos sectores de la sociedad, producir una ética que ponga en juego el poder que tienen esas vidas. El reto es conseguir salir de nuestras concepciones y prácticas de supuesta atención y protección, que también producen el sufrimiento y la exclusión. Creemos que el reto no es encontrar soluciones mágicas, sino poner en análisis nuestras prácticas, analizar críticamente el problema. Mia Couto, escritor mozambiqueño, en referencia a la violencia en Mozambique, dijo que «hay una tendencia a sustituir el pensamiento crítico por la facilidad de señalar culpas y culpados». A menudo, en la búsqueda de alternativas frente a los *impasses* de nuestra práctica, no podemos salir de esta lógica de culpabilización y nos aferramos a nuestras técnicas, nuestra forma de hacer conceptual sin contextualización de ciertas problemáticas. Es una lógica de producción de procesos de subjetivación que ponen a estas familias como responsables de sus males, como si el problema fuera una mera individualidad disfuncional.

Nos enfrentamos a un desafío ético: inventar otras políticas que no criminalicen ni victimicen a las familias de los niños y los jóvenes que entran en el campo denominado Sistema de Garantías de Derechos. Pero para poner en juego otras formas de afirmación de la vida.

Bibliografía

- Castel, R. (1987). *La gestión de los riesgos. De la anti-psiquiatría al post-análisis*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Foucault, M. (2008). *Seguridad, territorio, población*. London: Routledge.
- Garapon, A. (2001). *Juez y democracia*. Rio de Janeiro: Editora Revan.
- Guattari, F. y Rolnik, S. (2005). *Micropolíticas. Cartografías del deseo*. Petrópolis: Voces.
- Ley N.º 8.069. Estatuto da Criança e do Adolescente. *Diário Oficial da União*, 13 de julio de 1990, Brasília, Brasil, 16 de julio de 1990.
- Rolnik, S. (1992). «A la sombra de la ciudadanía. Otredad, hombre de ética y reinventar la democracia». News Bulletin *La Pulsional, Centro para el Psicoanálisis*, año V, N.º 41, pp. 33-42. Sao Paulo.
- Silva, R. (2013). «Las drogas, la violencia y la criminalización: aspectos técnicos y políticos». En Consejo Federal de Psicología (ed.). *Las drogas, humano y corbata sociales*. Brasília: PPC.
- Vaz, P. (2004). «El riesgo y la Justicia». En Calmonete, TCB (ed.). *Michel Foucault. Entre el murmullo y los campos de Word*. Editorial de la Facultad de Derecho de campo.

Una aproximación etnográfica de los diferentes abordajes preventivo-asistenciales acerca de la problemática de las adicciones en el barrio de Barracas Sur

Sofía Rodríguez Ardaya y Eugenia Rouillé

Introducción

El trabajo que se presenta es el resultado de un texto elaborado en el año 2013, en el marco de un seminario correspondiente a la carrera de Ciencias Antropológicas (UBA). Éste tuvo como objetivo realizar un diagnóstico acerca de los diferentes abordajes para el tratamiento del consumo problemático de sustancias psicotrópicas en el barrio de Barracas Sur (CABA), y tomó como eje la complejidad del campo de la salud colectiva. Dicho enfoque lleva al concepto de *salud integral*, por el cual el nivel de salud está asociado no sólo a la atención médica, sino a la satisfacción del conjunto de necesidades de las personas. Se trata así de un campo constituido por múltiples dimensiones: económicas, sociales, políticas, culturales. Asimismo, su complejidad radica en el hecho de estar atravesado por relaciones de poder y por desarrollarse en un contexto signado por la desigualdad social.

Las preguntas iniciales del trabajo fueron: ¿cómo construyen las organizaciones la problemática de las adicciones? ¿Cómo trabajan las instituciones y organizaciones del barrio de Barracas Sur en torno a esta problemática? ¿Qué tipo de vínculos y articulaciones existen entre ellas?

A la hora de realizar las entrevistas, se utilizó una metodología cualitativa, con técnicas de entrevistas abiertas semiestructuradas y observación participante, dirigidas a referentes de organizaciones sociales que trabajan con jóvenes residentes en la villa 21-24. Para el análisis de las entrevistas, se utilizó una perspectiva hermenéutica y se analizaron sentidos y representaciones sociales en el contexto narrativo.

Para situar la interpretación y el análisis, se tuvo en cuenta el armado de un mapeo de actores y organizaciones que trabajan en el territorio de la villa, así como la reconstrucción de los flujos y articulaciones entre ellos y con las instituciones de salud referentes en la problemática.

De esta manera, los principales núcleos de análisis son: sujetos, consumos problemáticos y redes.

Las organizaciones contactadas

Decidimos dejar en anonimato la identidad de todos los actores con los que conversamos y entrevistamos.

La organización 1 es un grupo de familia (de madres), gestionado por una mujer que también trabaja en un comedor.

La organización 2 es una parroquia que trabaja como Centro Comunitario. Empezaron a trabajar como Centro de Día, pero luego se transformaron en un centro barrial que trata de solucionar los problemas de chicos y chicas en situación de exclusión, realizando un acompañamiento individual.

La organización 3 es una casa en donde se reciben chicos (sólo varones) en situación de consumo problemático.

La organización 4 es un Centro de Día que nació por necesidades del barrio y fue motorizado por un movimiento popular y político.

La institución 5 es un hospital público especializado en la temática de adicciones. Muchas de las otras organizaciones se vinculan con ésta, de modo que constituye una institución de referencia para todas.

Los sujetos que circulan por las organizaciones

A partir de las entrevistas realizadas, hemos podido apreciar que los sujetos que circulan por dichos espacios son jóvenes, en general varones. En relación con esto, una de las organizaciones manifestó

que es muy problemático trabajar con mujeres por la complejidad que implica si ellas están embarazadas o si tienen niños a cargo –situación que se suscita frecuentemente–. En otra de las organizaciones esto no fue considerado un problema, de manera que reciben a mujeres con sus bebés, aunque sí se mencionó la complejidad que implica dicho trabajo. Otra referente manifestó la mayor existencia de varones que de mujeres, y expresó que estas últimas se encuentran más abocadas al consumo de alcohol que al de otras drogas.

La franja etaria se extiende de niños pequeños a adultos, y se trata en su mayoría de jóvenes alrededor de los 20 años. Otra de las características de estos sujetos es que la mayoría se encuentra en situación de vulnerabilidad respecto de sus derechos, salud y condiciones de vida. Son chicos que sufren discriminación y exclusión frecuentemente y algunos se encuentran en situación de calle: «Frente a un alto grado de vulnerabilidad que los chicos presentan, llegan sin DNI, en situación de calle, sin ropa, con un montón de cuestiones, muy enfermos a lo mejor» (referente de la organización 2).

Ahora bien, lo que pudimos visualizar es que frente a la situación de estos jóvenes, las organizaciones e institución focalizan en la historia de cada uno de ellos, preocupándose por comprenderla, y por entender que estas historias son complejas, por lo que su abordaje requiere de la misma complejidad para ser resueltas: «Se debe terminar con el prejuicio de que todos los sujetos son iguales. Hay que pensar en cada caso, en singularidades» (referente de la institución 5).

Por otra parte, una idea que apareció recurrentemente en las entrevistas fue que los jóvenes para salir de la situación en la que se encuentran deben tener un deseo y voluntad para hacerlo. Por más que desde la organización se los ayude, consideran importante que el sujeto accione en función de mejorar su situación.

En este sentido recuperamos a Menéndez (2000), que analiza la relación que se establece entre el sujeto y la estructura (S/E). Así, explica que la mayoría de las propuestas oscilan entre dos posiciones opuestas: una centrada en el sujeto y otra en la estructura. Menéndez

plantea que ninguno de estos dos modelos pensó en la *articulación* S/E. Ahora bien, existen propuestas que tratan de articular dicha relación, y que expresan que la estructura existe, y existe previamente respecto de los sujetos, pero la realidad social debe ser entendida como una negociación inestable y como un proceso transaccional. Emerge en consecuencia un sujeto pensado como activo, al mismo tiempo productor/reproductor, que incluye las coacciones ideológicas y materiales como parte de su propia intencionalidad, redefinida continuamente en sus prácticas.

Así, la articulación S/E nos ayuda a pensar que, si bien se plantea desde las organizaciones la importancia de que los propios jóvenes tengan un objetivo, un deseo y que accionen en función de ello (poniendo énfasis en la propia práctica cotidiana del sujeto), también se tiene en cuenta que hay ciertos condicionamientos estructurales (condiciones de vida, contexto del barrio en donde viven) que no pueden dejarse de lado.

De este modo, en dichas organizaciones circulan ideas de entender a estos jóvenes en tanto que sujetos históricos y sociales, y en el momento de pensar en su problemática, pudimos apreciar que tienen en cuenta tanto su historia de vida como el contexto del barrio en donde viven: «Hay que pensar en un sujeto histórico social. Se debe utilizar la historización para trabajar, como herramienta colectiva, teniendo en cuenta la historia del barrio» (referente de la institución 5).

En este punto nos parece útil recuperar los aportes de Sousa Campos (1997), que pone el eje en lo vincular, e incluye no sólo la dolencia del sujeto, sino también su contexto.

Los modos de abordaje

En relación con cómo es la llegada de los jóvenes a estas organizaciones, las formas varían: reciben a jóvenes por recomendación, llevados por sus propias familias, o se encargan de salir a buscar

chicos que se encuentran en situación de calle. Incluso hay jóvenes que se acercan por propia iniciativa.

Respecto de los modos de abordaje, existen diferencias entre las organizaciones.

En una de ellas se dedican al trabajo con familias de jóvenes en consumo problemático; se encargan de darles contención y asesoramiento.

En otras organizaciones el espacio está pensado para el tratamiento terapéutico del joven. Los mecanismos varían. Algunas evalúan en una primera entrevista con el joven –a cargo de una psicóloga– si él puede quedarse en el lugar o si es necesario un tratamiento en la institución hospitalaria con la que trabajan y articulan (Hospital Nacional en Red [ex CeNaReSo]). De esta manera el tratamiento puede variar: se evalúan diferentes posibilidades, como el tratamiento ambulatorio, el Consultorio Externo o Centro de Día. La internación en todos los casos se manifiesta como la última de las opciones a seguir. En otra de las organizaciones se articula con SEDRONAR, y se deriva a los jóvenes allí.

En una de las organizaciones se enfatizó en evaluar el proceso terapéutico de modo individual, sin establecer de antemano un tiempo para llevar a cabo dicho proceso.

Respecto del modo de abordaje dentro de las organizaciones, la mayoría trabaja con actividades y talleres variados.

En varias organizaciones también se encargan de acompañar a los jóvenes a los controles de salud, o de la realización de diversos trámites: algunos referidos a sus DNI, otros a hacer denuncias, e incluso ayudan a jóvenes que tienen causas judiciales. Estos acompañamientos son tenidos en cuenta como parte del proceso de tratamiento que intenta abordar integral y empáticamente al sujeto. Es por ello que se proponen un trabajo integral para abordar la problemática del consumo, y trabajan con grupos interdisciplinarios:

Es necesario llevar a cabo un abordaje integral, interdisciplinario e interaccional. [...] Fue importante la creación de consultorios

externos, interdisciplinarios, con psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales. Se amplió la cantidad de profesionales para otorgar mejor calidad de atención a los pacientes. Se otorga así una mirada integral, compleja e intersectorial (referente de la institución 5).

En las organizaciones trabajan diferentes profesionales: psicólogos, talleristas, operadores y facilitadores. La familia también apareció como un actor importante. Por su parte, la figura de la trabajadora social es una de las más significativas, la cual se encarga de «salir a la calle» e ir al lugar en donde el joven se encuentre.

Respecto de cómo es pensada la adicción, hemos visto que algunas de las organizaciones se oponen a dicha denominación y se refieren entonces al «consumo problemático».

En relación con las ideas acerca del consumo, en algunas organizaciones se lo consideró como una enfermedad, mientras que en otras se planteó la problemática imbricada con otras, como la falta de trabajo, problemas de salud y la situación de calle en que se encuentran muchos de los jóvenes. Estas últimas plantearon la necesidad de dejar de lado la denominación de «adicto» y le otorgaron una relevancia sustancial a la historia de vida del sujeto y al contexto. Se refieren a la idea de cómo el contexto de la villa es uno de los que menos ayuda en estas situaciones, entienden que quienes viven en el barrio padecen cotidianamente las consecuencias no sólo de la estigmatización y de la exclusión socioeconómica, sino que asimismo se ven inmersos en lógicas y negociados de sectores relacionados con la producción, distribución y consumo de drogas.

De este modo, los referentes entrevistados construyeron las adicciones de distintas formas. Recuperamos entonces a Conrad (1982), que concibe la enfermedad como una construcción que es social y cultural.

Así, la idea de pensar en consumos de sustancias como una problemática asociada a la salud mental es algo que se plantea actualmente, que queda plasmado particularmente a partir de la Ley de Salud Mental N.º 26.657 y que da cuenta de cómo las enfermedades

se construyen sociohistóricamente, ya que implica que en otro momento las llamadas «adicciones» fueron definidas y abordadas de modo diferente. Esto significa un cambio a través de la historia; y el hecho de que no todas las organizaciones conceptualicen de la misma manera da cuenta también de cómo pensar en consumos significa pensar en construcciones sociales: «Hay que ver las adicciones como algo que afecta a la salud mental. Las cosas hay que mirarlas en clave de época» (referente de la institución 5).

Desde las ciencias sociales se cuestiona el paradigma que reduce el problema de las adicciones a los efectos farmacológicos, e incorporan el análisis de la dimensión cultural. En lugar de pensar a la adicción como una enfermedad irrecuperable, donde la persona queda atrapada por la droga, las ciencias sociales analizan el vínculo entre sujeto, sustancia/s y contexto.

El consumo es un fenómeno complejo y multidimensional que cada uno transita de modo diferente, por lo que cada caso requiere de un abordaje particular: «La sustancia que se consume no es exactamente la misma que aquella que sale de los laboratorios donde se produce» (Korman, s. f., p. 122).

Korman, proponiéndose un abordaje desde el psicoanálisis, plantea una posición en la que no se oponga el sujeto al objeto, sino más bien que se vea la interrelación entre ambos. A partir de este enfoque, el objeto es subjetivado, esto es, recubierto y empapado del psiquismo de cada uno. Esto es de vital importancia para entender el vínculo que se establece con la sustancia. Es en este sentido en que planteamos la cita de Korman. Es que la sustancia que se consume, en el momento de penetrar en el espacio subjetivo de alguien, queda impregnada por su subjetividad. Así se da una doble relación, en la que la droga absorbe subjetividad, pero el sujeto absorbe la droga investida por sus transferencias sobre ella. Esta relación es la que completa los efectos de la droga en el sujeto.

Respecto de cómo es pensado el consumo, en algunas de las organizaciones se refirieron a éste como adicción, y se mencionó el abordaje de la problemática desde una perspectiva más abstencionista.

En otras, en cambio, se propusieron no hablar en términos de «adiciones» por considerarlo reduccionista. En su lugar prefirieron hablar de «consumos problemáticos», y se definieron como no abstencionistas, sino que trabajan a partir del enfoque de reducción de daños.

Así, pudimos apreciar que existe una tensión entre dos de los modelos dominantes sobre drogas: el abstencionista y el de reducción de daños. El desafío es seguir trabajando en la dirección de lo que el modelo de la Salud Colectiva propone.

Recapitulación

A lo largo del recorrido realizado, pudimos apreciar que en el abordaje de consumos problemáticos, operan en tensión dos de los modelos dominantes sobre drogas: el de reducción de daños y el abstencionista.

Entendemos que dicha tensión parte de la situación en la cual se encuentra el abordaje, concepción y tratamiento de la problemática de consumos. Creemos que lo superador sería poder trabajar desde lo vincular atendiendo al contexto particular en donde se inscribe la problemática, ya que hemos percibido que el enlace que se hace con la sustancia está ligado al contexto y al sistema en el que éste se inscribe. La tensión también la encontramos en el hecho de que ninguna de las organizaciones manifestó excluir de su tratamiento, en caso de considerarlo «necesario», la posibilidad de una internación en granjas de rehabilitación. Sabemos que dichos lugares se rigen en su mayoría por un paradigma abstencionista. De esta manera, es interesante señalar cómo las reminiscencias de viejas prácticas continúan en la actualidad. Sostenemos que es necesaria una mirada compleja e interdisciplinar sobre los consumos problemáticos, que integre los distintos niveles implicados en tales consumos, desde los sujetos, los vínculos, los contextos y las políticas socioeconómicas que regulan las relaciones sociales.

Consideramos, asimismo, repensar el lugar del Estado en esta problemática, y cómo ello repercute en el trabajo diario de las organizaciones. En este sentido, es importante mencionar el lugar trascendental que la nueva ley de consumos problemáticos (Ley de Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos N.º 26.934) viene a ocupar en este escenario. Esta ley propone una nueva mirada y abordaje acerca de los consumos problemáticos. En primer lugar, propone una intervención directa del Estado, de modo que se lleva a cabo un abordaje intersectorial. Además considera a los adictos como sujetos de derechos a los que el Estado debe garantizarles inclusión social y la asistencia sanitaria gratuita correspondiente. Este cambio de perspectiva establece la obligación de crear Centros Comunitarios de Prevención en los territorios más vulnerables. Por otra parte, obliga a que todas las obras sociales y establecimientos de salud pública brinden asistencia para el tratamiento de consumos problemáticos. Respecto del tratamiento, incorpora el modelo de reducción de daños, que implica la reducción de riesgos para la salud individual y colectiva.

Para terminar, nos parece importante resaltar que éste fue tan sólo un diagnóstico preliminar sobre el tema. Entendemos entonces que dicha problemática es verdaderamente compleja, por lo que su abordaje requiere tener en cuenta dicha complejidad, ya que cuando se trata de la salud de las personas no sólo el área médica es de incumbencia. Las condiciones sociales, políticas, culturales y económicas entran en juego, así como las relaciones de poder que se ejercen continuamente, y cuando se trata de los sectores más vulnerados, se vuelven más asimétricas todavía.

Bibliografía

Conrad, P. (1982). «Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social». En Ingleby, D. *Psiquiatría Crítica. La política de la salud mental*. Barcelona: Editorial Grijalbo.

- Korman, V. (s. d.). *La dimensión psíquica*.
- Menéndez, E. (2000). «La dimensión antropológica». En *Contextos, sujetos y drogas*. Barcelona: Grup Igia.
- Menéndez, E. (2009). *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Ley N.º 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Decreto Reglamentario 603/2013. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 3 de diciembre de 2010.
- Ley N.º 26.934. Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos. Sancionada el 30 de abril de 2014. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 28 de mayo de 2014.
- Rovere, M. (1997). «Atención Primaria de la Salud resignificada en la red de servicios». En *Redes en salud. Un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y de la comunidad*. Rosario, Secretaría de Salud Pública.
- Sousa Campos, G. (1997). *La clínica del sujeto: por una clínica reformulada y ampliada* (mimeo).

Urgencia subjetiva y desamparo social del adolescente en conflicto con la ley: posibilidades de intervención

Elisa de Santa Cecília Massa

Introducción

En este trabajo se pretende abordar un aspecto poco estudiado de la urgencia subjetiva y el desamparo social. De acuerdo con el Estatuto de la Niñez y la Adolescencia y la Ley de Ejecución de SINASE (Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo), adolescentes detenidos por presunta autoría de un delito (conducta similar a los delitos o faltas contempladas en el Código Penal Brasileiro), en los casos previstos por la ley, permanecen en detención provisional durante un máximo de cuarenta y cinco días, a la espera de la decisión judicial.

Cuando se verifica la autoría de la infracción, hay varias medidas socioeducativas que se pueden aplicar. Ellas son: *advertencia*, *obligación de reparar el daño*, medidas en *medio abierto* (Libertad Asistida y Servicios a la Comunidad), *semiabierto* (medida de semilibertad) y de privación de libertad, llamada *medida de internación*.

La admisión provisional, cuya naturaleza es de precaución, se establece en el artículo 108 del Estatuto de la Niñez y la Adolescencia (ECA, 1990)¹ y se puede aplicar antes de la sentencia, durante el plazo máximo de precaución de cuarenta y cinco días. Ésta sigue los mismos principios de la medida socioeducativa de internación: brevedad, excepcionalidad y respeto a la condición peculiar de la

1. Estatuto da Criança e do Adolescente, al que comúnmente se denomina «ECA».

persona en desarrollo. El ECA también señala que la admisión provisional deberá ser motivada, y estar basada en pruebas suficientes de la autoría y materialidad; debe estar demostrada la urgente necesidad de la medida. Por lo tanto, el fundamento para determinar una medida cautelar por el Poder Judicial se encuentra sólo en los casos en que, efectivamente, la gravedad de la infracción o de impacto social justifican la permanencia del adolescente en la medida de internación.²

Las unidades que se destinan a los adolescentes que reciben la admisión provisional son los Centros de Internación Provisional (CEIP),³ que tienen un equipo específico para atender a este público. El trabajo de estas unidades está orientado por la Metodología de Atendimento Socio-Educativo de la admisión provisional, formulada por SUASE (Subsecretaría de Atendimento a las Medidas Socioeducativas) en colaboración con los directores de las unidades socioeducativas.

En este artículo, nos centraremos en la admisión provisional, teniendo en cuenta sus particularidades. En este contexto, la institución también se enfrenta con muchas situaciones de emergencia. En un período máximo de cuarenta y cinco días es necesario realizar un estudio preciso sobre las referencias necesarias para el caso. Algunas de las acciones emprendidas en este período son: articular la red de asistencia social, las demandas en relación con la salud, establecer contacto con la familia (que a menudo ya tiene una relación muy frágil con el niño o adolescente), comprobar si la vida del adolescente en cuestión está amenazada, si hay conflictos en la región

2. «Comparecendo qualquer dos pais ou responsável, o adolescente será prontamente liberado pela autoridade policial, sob termo de compromisso e responsabilidade de sua apresentação ao representante do Ministério Público, no mesmo dia ou, sendo impossível, no primeiro dia útil imediato, exceto quando, pela gravidade do ato infracional e sua repercussão social, deva o adolescente permanecer sob internação para garantia de sua segurança pessoal ou manutenção da ordem pública» (ECA, sec. V, art. 174).

3. Centro de Internação Provisório (CEIP).

donde vive, los programas a los que el adolescente y su familia han tenido acceso y que se deben activar.

Por lo tanto, el técnico que trabaja en el centro de detención provisional tiene que lidiar con muchas situaciones de urgencia, tanto las que se identifican en el caso como las urgencias subjetivas del adolescente en relación con su destino.

La Metodología de Atendimento Socio-Educativo es parte de la Política de Atendimento Socio-Educativo de la Subsecretaría de Atendimento a las Medidas Socio-Educativas (SUASE) de Minas Gerais.⁴ Su objetivo es guiar el servicio de atención al adolescente en la medida de admisión provisional a todo el estado, según las determinaciones del Estatuto de la Niñez y la Adolescencia, y en conformidad con la Ley N.º 12.594, del 18 de enero de 2012 – SINASE, en acuerdo con los principios de la política estatal. En todo el estado de Minas Gerais, el trabajo se lleva a cabo en las unidades socioeducativas desde esta orientación metodológica.

Acciones en la admisión provisional y los ejes de la medida

Los ejes de la medida de la admisión provisional son: el enfoque familiar y sociocomunitario, la educación escolar (supervisión pedagógica), las actividades artísticas, culturales, deportivas y recreativas, la salud, el cuidado personal, reuniones de la red, la construcción y el estudio de directrices de caso, festividades y celebraciones. Durante el período de detención provisional, el equipo debe garantizar una serie de acciones que permean estos ejes, además de hacer frente a la urgencia de cada caso.

Estas acciones específicas se derivan de las orientaciones más generales de los temas que se trabajarán en todas las medidas socioeducativas. Según SINASE, la acción socioeducativa está organizada por

4. Política de Atendimento Socioeducativo da Subsecretaria de Atendimento às Medidas Socioeducativas (SUASE).

los siguientes ejes: apoyo institucional y educativo; la diversidad étnica y racial, el género y la orientación sexual; la cultura, el deporte y la recreación; la salud; la escuela; profesionalización/trabajo/seguridad social; familia y la comunidad, y la seguridad. Por lo tanto, las acciones desarrolladas por las unidades socioeducativas deben aspirar a trabajar, aunque sea indirectamente, el desarrollo de estos ejes.

Discutiremos en mayor detalle en este trabajo dos pilares en el cumplimiento de admisión provisional: la salud y las relaciones familiares. Además de esenciales para trabajar otros ejes, son los que presentan, en mi opinión, los mayores desafíos. El trabajo con la familia a menudo incluye planear acciones de salud de la red familiar. Al mismo tiempo, la familia es la clave para las acciones de salud de los adolescentes que tendrán continuidad después del período de admisión provisional. Por lo tanto, estos ejes están especialmente intrincados. Cabe discutir, además de estos ejes, la asistencia técnica individual, y su importancia en el contexto de las medidas socioeducativas.

Eje salud

Es la función del Centro de Admisión Socio-Provisional garantizar el acceso de los adolescentes a las acciones de atención, prevención y promoción de la salud. Estas acciones implican la evaluación de la salud de los adolescentes por el personal especializado de la unidad, así como otras acciones integradas en el sistema de salud municipal con el fin de facilitar la asistencia necesaria para el adolescente, de acuerdo con los flujos establecidos y las metas comunes de la red.

La salud en Admisión Provisional se convierte en una importante línea de acción, ya que el tiempo de permanencia requiere acciones dinámicas y eficaces. En este contexto, la prevención y promoción de la salud se tornan líneas estratégicas para el acceso al derecho a la salud, y también para trabajar los aspectos subjetivos del adolescente en relación con su cuerpo y el cuidado. Así, destacamos la importancia de iniciar o continuar con la atención de salud de los adolescentes durante la admisión provisional.

Para garantizar el acceso a la salud, el equipo de salud de Admisión utiliza diferentes estrategias, tales como:

- Evaluación de salud inicial con el adolescente.
- Información de las medidas educativas anteriores, sobre la atención de salud local y la familia en la salud de los adolescentes (medicamentos, horarios de vacunación, tratamientos iniciados, etc.).
- Monitoreo de la salud de los adolescentes en la unidad.
- Envío a la red en el caso de demanda: atención de emergencia.
- Oferta de inmunización, exámenes, etc.
- Garantía de las acciones de atención dentro y fuera de la unidad.
- Realización de consultas preventivas con los enfermeros dentro de la unidad.
- Garantía del acceso continuo al sistema de salud local, especialmente en los casos de tratamiento: trastornos psicológicos, adolescentes que usan la medicación prescrita, adolescentes que abusan del alcohol y las drogas, adolescentes con enfermedades crónicas.
- Mantenimiento de los registros de salud de todos los adolescentes en la carpeta «Salud del Adolescente».
- Organización de talleres de salud dirigidos a los adolescentes y/o familias.

Es de destacar que la admisión provisional es a menudo el punto de acceso de los adolescentes y sus familias a la red, que a veces no se lleva a cabo de modo adecuado en los servicios responsables.

En relación con la salud, la unidad tiene que estar preparada para derivar a los adolescentes en caso de demanda espontánea o urgencia hacia la atención médica de emergencia. Para entender la especificidad de esta recomendación, es importante replantear las diferencias entre los términos. La demanda espontánea se produce cuando el adolescente tiene una queja específica de salud, que sólo se resolverá a través de consultas y evaluación por parte de los servicios de salud. Los síntomas comúnmente reportados por los adolescentes (dolores de cabeza, dolores corporales, fiebre, insomnio, etc.) son demandas espontáneas y deben ser evaluados por el equipo

de salud de la unidad socioeducativa, para, en caso de ser necesario, realizar la derivación dentro de la red local.

De acuerdo con el Consejo Federal de Medicina (Resolución CFM N.º 1.451 del 10 de marzo de 1995), «la emergencia es la observación médica de molestia en las condiciones de salud que implica el riesgo inminente de vida o sufrimiento intenso, por lo que requiere tratamiento médico inmediatamente».⁵ El tiempo de resolución es corto, y se mide en minutos. Por ejemplo, paro cardíaco, hemorragia, etc. Urgencias «son situaciones que provocan cambios en el estado de salud, pero no hay peligro inminente para la vida, que en su severidad, molestia o dolor, requiere una atención médica tan pronto como sea posible».⁶ Por ejemplo, esguinces, luxaciones y algunos tipos de fracturas. En la Internación Provisional todos los casos urgentes y de emergencia deben ser referidos a la red de salud local.

Además de las demandas espontáneas, urgencias y emergencias, es la función del equipo intervenir en la relación de la familia con la salud de manera más amplia, y mapear qué hace falta para que la red local se ocupe de las demandas identificadas.

Eje familia

En la admisión provisional, también es crucial el análisis familiar para la construcción de un plan de acción con vistas a fortalecer los vínculos. Aquí se busca incrementar la conciencia de la importancia del apoyo de la familia a lo largo de la realización de la medida de la admisión provisional.

-
5. En el texto original: «A emergência é a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo portanto, tratamento médico imediato» (Resolución CFM N.º 1.451 del 10 de marzo de 1995).
 6. En el texto original: «São situações que provocam alteração do estado de saúde, porém sem risco iminente à vida, que por sua gravidade, desconforto ou dor, requer atendimento médico com a maior brevidade possível» (Resolución CFM N.º 1.451 del 10 de marzo de 1995).

La acogida institucional es una de las principales acciones para inaugurar la relación familia-adolescente-institución. El primer contacto con la familia para notificar inmediatamente el ingreso en la institución es de gran importancia para el pronto establecimiento de un vínculo con la familia y con los adolescentes, para la orientación sobre el funcionamiento institucional –como las fechas y los procedimientos para la visita, la información sobre la salud del adolescente (medicación, el progreso del tratamiento, etc.)–, para la solicitud de documentación y confirmación de los datos de registro. Éste es apenas un primer contacto, pero que ya da a luz la representación que el Centro de Admisión Provisional puede adquirir para la familia.

El cuidado de la familia tiene el objetivo general de fortalecer los lazos emocionales e involucrar la responsabilidad de la familia en el seguimiento del adolescente en Admisión Provisional, y en especial en su vida.

Para esto, la metodología de atención a la familia se basa en los siguientes dispositivos: soporte técnico, visitas domiciliarias, enlace de las redes sociales, visitas familiares en la unidad, visitas institucionales, etc.

Como resultado, el profesional se enfrenta con situaciones muy diferentes en cada familia, y tiene la necesidad de recurrir a otras políticas públicas para hacer frente a las cuestiones planteadas. Aunque la medida de admisión provisional tiene la función de un enfoque más centrado en las relaciones entre adolescentes con la familia, muchas cuestiones paralelas subyacen a esta relación, por esto es esencial el papel del equipo técnico para la adecuada introducción de los problemas presentados por la familia con otras políticas públicas.

La urgencia subjetiva

Además de la situación de urgencia relacionada con la garantía de los derechos de los adolescentes, hay otro punto fundamental: el sentido de urgencia que experimentan los adolescentes en relación

con la dirección de su demanda. La admisión provisional es el período en que el adolescente está a disposición de la Corte, y debe comparecer en las audiencias para proporcionar información sobre su participación en la presunta autoría del delito por el que responde.

Hasta la fecha límite de cuarenta y cinco días la expectativa con respecto a la sentencia también produce sus efectos en la unidad de Admisión Provisional. Ansiedad, insomnio, estados de ánimo depresivos, irritabilidad son algunos de los síntomas más comunes experimentados por los adolescentes en el período de admisión provisional. Corresponderá al equipo que lo acompaña, en sus intervenciones y consultas individuales, promover un espacio para escuchar estas manifestaciones.

Del mismo modo, hay una posición a ser construida por el adolescente. Es fundamental entender si él asume la responsabilidad por el acto, se informa de las circunstancias en que se vio involucrado en la escena, qué produce a partir de ella. A partir de este material, se puede comenzar a construir un primer esquema de lo que podría ser un proceso de responsabilización. Para que esto ocurra, es necesario establecer una relación de confianza entre adolescente y técnico.

El Servicio de Atención Técnica es un recurso metodológico esencial para asegurar que el adolescente cumpla la medida socioeducativa que se le imputa a partir de su historia, sus dificultades y deseos, de manera individual. Es necesario plantear preguntas acerca de qué causó que el adolescente haya sido acautelado. La función de la Atención Técnica es intervenir en la trayectoria infractora para identificar lo que hace actuar, y construir nuevas posibilidades más allá de la delincuencia. Al mismo tiempo, se hace imprescindible escuchar los efectos de la privación de la libertad y de la expectativa de la decisión judicial.

El servicio no sólo tiene la función de reducir las consecuencias que produce la privación de la libertad, también busca establecer la construcción sistemática de las condiciones para el cumplimiento de la medida de cada adolescente. El equipo debe identificar los temas que surgen en el servicio, para intervenir e introducir la urgencia, es

decir, hacer que el adolescente elabore una demanda en relación con la construcción del cumplimiento de los ejes de la medida.

Conclusiones

Para concluir, hacemos hincapié en la necesidad de que la labor en la detención provisional se efectúe sobre la base no sólo de las urgencias sociales que viven los adolescentes en conflicto con la ley, sino también en relación con el contenido subjetivo que surge en este contexto de la privación de la libertad, aunque sea temporalmente, y que demanda la escucha y la intervención de la institución. A modo de ejemplo, mencionamos el caso de un adolescente atendido en la institución que dice que tenía un pájaro en su casa y después de la primera detención provisional, decidió liberarlo de la jaula, porque «ser arrestado no es para cualquiera».

La experiencia práctica indica que el período provisional es un momento importante para hacer una pausa en un acto que a veces era excesivo y sin el tiempo para una reflexión suficiente. En el relato de los adolescentes es común escuchar que los actos eran desenfrenados, y que están en un momento para reflexionar sobre ellos y sobre las consecuencias de sus acciones con respecto a su vida y la de los demás. Ciertamente, no hay ninguna garantía de que esto evitará que otros actos ocurran más tarde, pero creemos que la calidad de la asistencia que se ofrece puede producir efectos importantes. La forma en que se hace este primer contacto, creemos, puede ser definitiva en relación con un proceso de rendición de cuentas y el reposicionamiento del adolescente autor de delito.

Bibliografía

Conselho Federal de Medicina. Resolución CFM N.º 1.451. São Paulo, 10 de marzo de 1995.

- De Melo Silva, G. (2011). «Adolescente em conflito com a lei no Brasil: da situação irregular à proteção integral». *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais*, vol. 3, N.º 5.
- Governo do Estado de Minas Gerais. Subsecretaria de Atendimento às Medidas Socioeducativas (SUASE) (2012/2013). «Metodologia de Atendimento – Internação provisória» (fascículo 3). En *Política de Atendimento Socioeducativo da Subsecretaria de Atendimento às Medidas Socioeducativas (SUASE)*. Belo Horizonte (en prensa).
- Ley N.º 8.069. Estatuto da Criança e do Adolescente. *Diário Oficial da União*, 13 de julio de 1990, Brasília, Brasil, 16 de julio de 1990.

III. CONDICIONES Y CRITERIOS DE INTERNACIÓN EN LA URGENCIA

Según la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657 de la República Argentina, la *internación* de personas es el último recurso terapéutico en salud mental por su carácter restrictivo. Entonces, su uso debe resultar de una evaluación interdisciplinaria que lo considera, en una situación determinada y ante un sujeto específico, más apropiado que un tratamiento ambulatorio. En ese marco legal y desde una perspectiva clínica, pensar la internación y su relación con la urgencia implica pensar una modalidad de atención en el episodio agudo y/o destinada a pacientes que atraviesan una crisis subjetiva y que pueden estar expuestos a situaciones de riesgo. De esta manera, la situación de urgencia puede configurarse como una primera aproximación, y la internación debe tener en cuenta condiciones y criterios en el marco de un plan terapéutico.

Los trabajos reunidos en esta sección reflexionan acerca de condiciones y criterios de internación en la urgencia desde diversas perspectivas (clínica, jurídica, institucional, etc.).

Del *homeless* al modelo de la acción humana: fundamentaciones marco para las intervenciones en urgencias

Pablo Daniel Catalán

Introducción

1. *Presentación de la problemática*

En situación de calle (es decir que viven y duermen allí), nos encontramos por lo general hombres adultos y adultos mayores, con casuística recurrente, siendo posible encontrar por supuesto excepciones. Hablamos de personas que han sufrido algún desarraigo en búsqueda de trabajo, que quedaron «varados» en las ciudades, con separaciones vinculares traumáticas o eventos traumáticos de larga data, problemáticas agudas y crónicas de salud mental, asociadas predominantemente a desigualdad, exclusión y/o adicciones añosas o recientes.

Recurrentemente llegan a las Guardias de los hospitales, a tal punto que entran en el *ranking* de los privilegiados. Encontramos personas que atraviesan esta situación hace poco, y otros que ya tienen su espacio armado, que hallan una suerte de pertenencia a la calle, y perciben allí libertad y seguridad. Son los que alternan sus estadias en instituciones, en una tensión particular con la cultura dominante.

Los duelos en sus múltiples formas, lo traumático, las locuras crónicas o agudas, las adicciones –sobre todo el alcoholismo– aparecen como una variable constante en la casuística.

Desde una perspectiva de género, encontramos hombres que atraviesan duelos por pérdida del trabajo, la pérdida de la pareja o de la familia, dificultades interpersonales con estos grupos o entidades sociales. Si bien al duelo valdría dedicarle un capítulo, al me-

nos diremos que la pérdida en hombres de tales representaciones, y con ellas de cierta dignidad, es más que relevante. Los abordajes que no tienen en cuenta la dimensión del duelo, desde una perspectiva de género, se perderían oportunidades, por ejemplo, de considerar analizar que la persona puede-quiere trabajar y no recibir propuestas para prototrabajos. Necesita proyectar en acción, participar en espacios que le permitan aproximarse a nudos problemáticos que interpelen su historia. Esto definitivamente no es exclusivo del sector salud. Descartar variables propias del ciclo vital que atraviesa la persona también es reducir a *homeless* la problemática.

En las mujeres las locuras, los consumos problemáticos, trata y diferentes formas de maltratos llevan a situaciones de extrema vulnerabilidad, más que en los hombres. Se encuentra recurrentemente en situación de calle a mujeres jóvenes con los hijos, o con embarazos de riesgo. Mujeres de mediana edad separadas de su familia, con similares dramas que en adultos hombres. Las mujeres suelen asistir más fácilmente que los hombres a los Centros de Día. Responden fácilmente a intervenciones que interrumpen el proceso, ya sea por el cuidado que se les ofrece, el cobijo que la estructura brinda, por la devolución social de una mujer en situación de calle. El panorama es desalentador para el hombre (que es mayoría en esta población), en tanto que las representaciones sociales sobre los hombres en situación de calle no acompañan, por lo general, el proceso hacia mayores niveles de salud.

Recapitulando, decimos que son historias alimentadas por varias afluencias de exclusión, social y grupal (lo que incluye la justicia social temprana), y solidarias al duelo, que encuentran un lugar en el anonimato que les ofrece la ciudad. Nos es claro que este «anonimato» fue potenciado sobre todo con el condimento neoliberal. Con el condimento etnocentrista, el hospitalocentrismo, con los vestigios del estilo político y relacional del patrón, más una deuda en salud o en la profundización de las políticas sociales, aún vigentes, perdura. Esto, que todavía no habría podido ser jaqueado por las políticas sociales, serían las bases que por igual discriminan al loco, al viejo, al discapacitado.

2. Modelos para la práctica

La introducción nos deja en la puerta de entrada para hablar de la nueva ley y el marco de derechos. Por un lado, diremos que la ley sólo se actualiza en materia de derechos, ya que una gran y ya longeva plataforma legal se viene gestando con un espíritu particular. Por el otro, que se centra en una intención de inclusión humana. Ampliemos esto con la pregunta por los derechos. ¿Qué buscan?, ¿de qué nos hablan? Podríamos decir que de la concreción de la dignidad humana en su mismidad, por supuesto también la del *Dasein* heideggeriano, aunque es además la condición dada y no sólo la devenida. Los derechos humanos también nos hablan de la satisfacción de opciones para expresar nuestras capacidades, también de la búsqueda de la felicidad. Pero todavía no nos queda claro esto de «el espíritu de la ley», ni del marco teórico al que nos referimos. A continuación, buscamos esclarecerlo no con miras retóricas, sino para relacionarnos mejor con la casuística.

Protagonista de esta plataforma legal, en la que se basa la Ley N.º 26.657, es el modelo social de la discapacidad.¹ Desde éste, creemos se comprende bien el espíritu de la ley, además de que nos permite pensar en la acción colectiva, de la que hablaremos más adelante. El modelo social de la discapacidad reza que la discapacidad no es ni una posesión demoníaca que puede ser redirigida mediante un exorcismo a una piara de cerdos, ni una afección física, sino que es social. Es en lo común donde cierta condición adquiere el carácter de «especial». Así, no hay que rehabilitar para que recupere su condición o dignidad perdida,² sino más bien pensar, lejos de los etnocentrismos, en el determinismo social de la discapacidad. Siguiendo esta línea, entonces, no se trata de velar por los derechos para personas

-
1. Que hace pie normativamente en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
 2. Idea básica de la introducción al modelo social de la discapacidad, de Agustina Palacios (2008).

que por su condición de «especial e inferior a rehabilitar» requieren de ciertas consideraciones, sino de generalizar el acceso a derechos, ampliándolos por igual a los que no los portan.

La Ley de Salud Mental actual de por sí no replica el modelo social de la discapacidad, sino al adherir a una plataforma basada en derechos, más aún, al traducirse en dispositivos y acciones inclusivos, justos, emancipadores, equitativos. ¿Qué cambios son necesarios entonces para lograr este sacudón cultural? ¿Qué dispositivos y acciones lo facilitarían? ¿Son suficientes algunos dispositivos y algunas leyes? Comprendiendo, ahora sí, como minorías culturales a las locuras (de las prevalentes en calle), a los sordos, entre otros, nos preguntamos: ¿dónde podrían avanzar, en términos de poder, de forma autoorganizada?

Demos un paso más para ligarnos al tema siguiente. Asumir la discapacidad no implica anular la capacidad de aprendizaje. Esa capacidad nunca se pierde, la *poiesis* en una nimia parte de los casos. Poner de sí en lo común para transformar lo plural, ¿es satisfacción o necesidad? Estamos seguros de que es una opción o la otra. Es opresión, o espacios abiertos a la participación y organización colectiva, tanto de mayorías como de minorías culturales. Participar en, por ejemplo, un proyecto convivencial para los espacios comunes sería como necesidad, un determinante social directo de la salud. Desde miradas positivas en salud, es determinante en tanto disminuir la violencia y la discriminación en la sociedad (OPS, 2009). Asentamos aquí una suerte de máxima que nos acompañará en el escrito, que la solución de las tensiones sociales, las de los grupos familiares, siempre es un paso en salud para el colectivo. Ser sociedades que no tienen la necesidad de excluir o invisibilizar³ habla de sociedades que han caminado el arduo trabajo que deviene de la acción, en pos de vivir espacios más saludables.

3. En *Vidas desperdiciadas: la modernidad y sus parias*, Bauman (2005) desarrolla además de las estrategias con las que nos relacionamos con los otros, la existencia de un cuarto mundo ocupado por residuos improductivos de la sociedad.

Es esta corriente –desde la que comprendemos la dinámica problemática de la persona en situación de calle– la que nos permitió ver, entre otras, la necesidad de tener en cuenta la urdimbre etnocéntrica. Ya desarrollamos en la introducción una descripción de la casuística. Nos falta introducirnos en el tema de la acción humana, para fundamentar radicalmente la tónica de intervención basada en derechos, en justicia y participación social. Nos serviría, además, para acercarnos a una aprehensión un poco más profunda de la tan trillada palabra «inclusión» en su relación con la salud colectiva. El fin de tales desarrollos es que en particular sirva de insumos para pensar líneas de base para la atención de urgencias en personas en situación de calle.

Del *homeless* a la acción humana: crítica al término

Frente a lo dicho sobre la problemática, reducirla al término «sin techo» evidentemente nos podría limitar. Que sea eso, sin posibilidad de otra cosa otrora o futura, aún más. La comprensión desde esa categoría construye un problema externo individual, que genera reacciones (no intervenciones) asistenciales, hacia las personas en particular, exclusivamente, y por cierto, inefectivas. Lo determinante en el abordaje, independientemente de cómo lo nominemos, sería que nos otorgue la posibilidad de generar intervenciones preventivas y terapéuticas profundas. Las políticas sociales tímidamente congestionan comedores, grupos de referencia con identidad *homeless*. Sostener la identidad del *homeless* es igual a sostener la del adicto. Si bien allí encuentran espacios donde dar curso a duelos, pertenencia, «la calle –con sus violencias, abusos, enfermedades pulmonares graves– no es un lugar para vivir»⁴. Si se torna en una forma de

4. La frase «la calle no es un lugar para vivir», de origen en ONG, ya resuena cual copla por las redes sociales, en el ámbito nacional e internacional. Resaltamos lo altamente pedagógico sobre las formas de comprender y decir así efectivo sobre los discursos compartidos.

participar, el modelo social de la discapacidad nos puede decir algo sobre esto. Es que la sociedad así organizada da cabida a ese rol de máxima exclusión. No la comprende como proceso que fue posible prevenir mediante acceso a consultas o detección temprana.

¿Qué hace que el «sin techo» perdure allí, encuentre un lugar allí? Probablemente la posibilidad de pertenecer, frente a la imposibilidad de pertenecer a otra cosa. Su estadía nos marca, al menos, lo humanamente esencial de participar e intentar solucionar la tensión cultural.

Desde estas consideraciones, estaríamos en el aprieto de correrlos del plano teórico y retórico, para de una vez, quedarnos en el terreno plenamente casuístico (y así, eludir «modas» teóricas, análisis de cuadrícula, en los que su suma da cero, o peor, infinito [Grimson, 2012]), el que necesita reflexionar sobre el aspecto colectivo de las conductas. Es de interés en este apartado trabajar el tema de la acción humana no desde una perspectiva exclusivamente filosófica, sino asociada con la temática propuesta, para fundamentar las intervenciones basadas en derechos, en el modelo social, en la Ley de Salud Mental N.º 26.657.

Aproximación a la comprensión de la acción humana

La acción humana, desde una perspectiva arendtiana (Arendt, 2005), es una de las formas de relacionarse con la realidad que no se da sola ni separada de otras formas. La diferencia en primera instancia de la labor, asociada a las conductas básicas de supervivencia. Luego, del trabajo, asociado a un saber hacer, explicar, una *technè*, pero también a una *poiesis* procesual. Menciona la acción, equiparada a la praxis aristotélica (Aristóteles, 2003), que designa una manera de construir y transformar el mundo, un saber hacer en la *polis*; es el fenómeno mediante el cual acontece una aprehensión inmediata simultánea (sentir, comprender, hacer) de los eventos, para luego utilizar la virtud de la razón en el ágora, ese espacio vacío para problematizar lo común. Quizás de tradición basada en el «logos común

a todos» de Heráclito, es un elemento de la trama del lenguaje. Es desde la perspectiva clásica y arendtiana, una dimensión propia de la vida humana, la que permite, mientras tenga un lugar donde poner de sí, ser beneficiario de derechos y deberes.

Arendt en *La condición humana*, equiparando el concepto a praxis, resalta además aquella propiedad de la acción mediante la cual se inicia algo nuevo, da lugar, o mejor dicho, es un «nacimiento»,⁵ diferente a algo planificado estratégicamente con un fin. En la acción, el fin en sí mismo es la acción y como todo logro de nacimiento de algo nuevo, da lugar a nuevas cosas.

Amplíemos esta idea.

Siguiendo a Anscombe (1991), diremos que la acción siempre tiene una *intención* que se enlaza a un sentido, simbolismo. Es, así, una respuesta enteramente lingüística que responde al reconocimiento de otra. Si logramos respondernos por qué se realizó la acción, tendremos la evidencia de la intención. Que la acción humana porta una intención nos permitiría pensar que supera la dualidad cartesiana, y que en su deconstrucción amplía las directrices psicoanalíticas del impulso y el deseo. Es intrínsecamente lingüística, por ende plural e intersubjetiva.

Con el concepto de *we intention* (Searle, 1990), se esclarecen algunas preguntas que hasta donde venimos viendo nos podrían surgir. La acción tendría ese carácter de intención con el otro. Ve en el otro una capacidad de cooperar con uno, hacia un objetivo común, con una intención colectiva en la acción, que adquiere identidad por sí misma. Supone Searle que la intención colectiva de la acción humana tiene un aspecto primitivo, que parte de una capacidad humana para realizar esas lecturas sobre el entramado discursivo. Podría ser este aspecto de la acción humana para el armado colaborativo (que se realiza libremente) de una intención común.

Sería determinante sumar al desarrollo, el aspecto ilocutivo de la acción (Austin, 1982). Como vimos, está altamente asociado al len-

5. Arendt (2005) en *La condición humana* habla específicamente de «natalidad».

guaje y a la intersubjetividad. La acción de por sí tendría un efecto ilocutivo, generaría al acontecer, al decir de Arendt, efectos de «nacimiento». Lleva como acto intencional, plural y simbólico, una fuerza ilocutiva para los que lo reciben y actúan en consecuencia, de forma pasiva o activa. Teun van Dijk (1998) dirá que para que existan modificaciones en las conductas, primero tienen que mediar discursos compartidos. Algunos ejemplos de lo ilocucionario del acto pueden sonar como: «Soy de la calle, un sin techo, y te pido dormir en algún lugar... y también dinero». Existe, de esta manera, un relato que tiene fuerza holística, puesto en lo común, visibilizado en la vía pública al dormir allí, que genera (actos perlocutivos) intervenciones para ese relato, que en el peor de los casos lo sostendrán, mientras no se da el giro inclusivo que pueda relatar otra cosa. Las intervenciones tienen que llevar a dar esos lugares menos riesgosos, no sin ocupar y dar pelea sobre las fuerzas que tiran hacia abajo, desde donde se quiere salir. Así comprendido, visibilizar, psicoeducar, intervenir en lo simbólico compartido deberían ser tareas de suma importancia.

Resumiendo. Tener en cuenta la intencionalidad, la intencionalidad colectiva, la dimensión plural y simbólica, como la fuerza ilocucionaria de la acción, nos ha servido para definir esta dimensión entre otras con las que nos relacionamos con el mundo. Si quisiéramos integrar los conceptos centrales que la definen, podríamos decir que es un elemento vivo de naturaleza lingüística y por ende plural, cargada de significados de fuerza tal que sólo su planteamiento genera efectos. Es bicéfala⁶ en tanto libre e individual, y, en tanto incontrolable al disolverse en la trama lingüística, intencionalmente colectiva. La forma que vaya adquiriendo es modificable y en su materialización deviene en acción colectiva.

6. Silvia Español (2006), en su escrito «Las artes del tiempo en Psicología» dice que la psicología es bicéfala en tanto tiene una cabeza en la biología y la otra en las ciencias sociales. Lo comprenderíamos aquí no sólo como una cualidad o posibilidad de esta ciencia, sino como una necesidad para dar respuesta a los fenómenos.

Así definida, permite dar cuenta de que la identidad de un colectivo (ser un *homeless*) no tiene que ver con por ejemplo estar en la calle, sino más bien con lo que pueda relatar de sí mismo en los espacios y relatos públicos, que discutiría con otros relatos. Esto, a la hora de diseñar dispositivos para problemáticas comunes, nos habilita a pensar que toda acción individual tiene efecto, por ende responsabilidad en la escena pública. Es muy común que lleguen por Guardia personas en situación de calle, y siempre por su momento crítico, es una oportunidad para el paciente. Tenemos en buena hora responsabilidad tanto individual como colectiva por la acción común, en los espacios públicos. Lo contrario es la compli- cidad y el encubrimiento de la acción individual, al desresponsabi- lizarse de lo que acontece en los espacios comunes (Naishtat, 2004). En una línea propositiva, diremos que visibilizar que la situación de calle tiene altas posibilidades de ser saldada, que también le compete en su complejidad al sector salud, funciona como problematizador y evidencia de los relatos de salud vigentes, de cierto entramado simbólico compartido. Es nuestra acción, la colectiva, la humana- mente posible cargada de incertidumbres, intencional y responsable, la que «re-define», baraja y da nuevamente, sobre todo cuando existe la oportunidad política de ponerla en lo común.

Bibliografía

- Anscombe, G. E. M. (1991). *Intención*. Barcelona: Paidós.
- Arendt, H. (1995). *De la Historia a la acción*. Barcelona: Paidós. [Trabajo original publicado en 1957].
- Arendt, H. (2005). *La condición humana*. Barcelona: Paidós. [Trabajo original publicado en 1958].
- Aristóteles (2003). *Ética Nicomaquea*. Buenos Aires: Libertador.
- Austin, J. (1982). *Cómo hacer cosas con palabras*. Buenos Aires: Paidós.
- Bauman, Z. (2005). *Vidas desperdiciadas: la modernidad y sus parias*. Barcelona: Paidós.

- Español, S. (2006). «Las artes del tiempo en Psicología». *Actas de la V Reunión de la Sociedad Argentina para las Ciencias Cognitivas de la Música*. Buenos Aires, Universidad de Buenos Aires.
- Grimson, A. (2012). *Los límites de la cultura*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Ley N.º 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Decreto Reglamentario 603/2013. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 3 de diciembre de 2010.
- Ley N.º 26.061. Ley Nacional de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 21 de octubre de 2005.
- Ley N.º 3.706. Ley de Protección y Garantía Integral de los Derechos de las Personas en Situación de Calle y en Riesgo a la Situación de Calle. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 13 de diciembre de 2010.
- Naishtat, F. (2004). *Problemas filosóficos en la acción individual y colectiva*. Buenos Aires: Prometeo.
- Palacios, A. (2008). *Modelo social de la discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación, en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Madrid: Cinca.
- Searle, J. (1987). *Actos de habla* (en línea). Barcelona: Planeta Agostini. Recuperado de <http://www.textosenlinea.com.ar/libros/Searle%20-%20Actos%20de%20Habla.pdf>.
- Searle, J. (1990). *Intencionalidad*. Madrid: Tecnos.
- Searle, J. (1990). «Collective intentions and actions» (en línea). Cambridge: MIT Press. Recuperado de http://people.su.se/~snce/texter/Coll_int.pdf.
- Yamin, A. y Gloppen, S. (coords.) (2013). *La lucha por los derechos de la salud. ¿Puede ser la justicia una herramienta de cambio?*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Intervención en la urgencia y tiempos subjetivos. «Si es breve, dos veces bueno»

María Celeste Balut

Introducción

El presente trabajo constituye la instancia de elaboración de una experiencia clínica orientada por una lectura psicoanalítica.

El eje es la posibilidad de intervenir frente a la urgencia subjetiva, generando una respuesta acorde con las coordenadas singulares del caso y respetando los tiempos subjetivos.

El recorte que presento corresponde a un tratamiento a mi cargo –como parte de un equipo interdisciplinario– en el Servicio de Internación Breve del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo). Dicho dispositivo acoge pacientes que presentan un cuadro de desestabilización subjetiva condicionado por diversas circunstancias. El objetivo del tratamiento está ligado a la resolución de la urgencia que motivó el ingreso, de manera que la duración de la internación no se define por la temporalidad sino por la estabilización del episodio agudo. Se propicia luego la continuidad del tratamiento en el dispositivo e institución que se considere adecuado.

Para finalizar, cabe definir el estatuto de brevedad a la que alude la idea central de este trabajo, que juega con una cuestión cronológica presente en el caso pero no se limita a ella. «Consiste más bien en *no demorar*, en la habilidad para hacer que algo no dure más allá de lo justo. Se trata, entonces, de una noción de brevedad que no obedece a criterios cronológicos cuantitativos [...]» (Barros, 2011, p. 55), sino que se relaciona con tiempos subjetivos y se encuentra ligada a una lógica de tratamiento.

Sobre la/s urgencia/s del caso

Interesa destacar primero que un pedido de tratamiento se establece bajo la condición de la urgencia, punto de quiebre en la trama en la que el sujeto se sostenía hasta ese momento (Sotelo, 2009, pp. 23-30), y que un analista «[...] apuesta a que se produzca con el relato del paciente un decir en el cual el sujeto esté concernido [...]» (Sotelo, 2007, p. 85).

M. –de 49 años de edad– se presenta angustiada y urgida por «ser escuchada»: solicita revocar el consentimiento prestado a la internación, en la que llevaba apenas algunas horas. Es entonces que me presento como la psicóloga asignada a su equipo tratante, y le propongo mantener una entrevista. Expresa que el pedido de un tratamiento fue propuesto por sus hijos, impulsados por su hermana mayor, y ubica, así, que la urgencia era de otros y que ahora ella se encontraba «arrepentida» de haber aceptado la internación. Además refería cierta incomodidad y sensación de ajenidad respecto del grupo de pacientes internados –vale aclarar que en ese momento, el ambiente del servicio estaba invadido de unos cuantos conflictos entre algunos pacientes–.

Al indagar sobre las coordenadas previas a la consulta, M. dice: «Venía exagerando con el alcohol... Tuve una crisis el fin de semana». Comienza así a deslizarse algo más propio en cuanto a la urgencia que motivó su ingreso. Ubica el inicio del consumo de alcohol hace seis años, y lo vincula con que su primer marido se casa nuevamente y lleva a la esposa y los hijos de ésta a vivir a la casa que ella misma, M., «construyó». Despliega un relato con el que se comienza a tejer la trama subjetiva de su padecimiento, respecto del cual se destacan el fallecimiento de su madre, ocurrido ocho años atrás, momento crucial que significa para M. la pérdida de su «sostén», y el fallecimiento de su hija mayor poco tiempo después. Manifiesta sentirse «deprimida» en relación con dichas pérdidas y otras de diversa índole.

Igualmente, vuelve a insistir en el apremio por regresar a su hogar: la urgencia subjetiva que motivó su ingreso al servicio se transformó así en la urgencia de la paciente por concluir la internación.

Ante la prisa por concluir... la introducción de otro tiempo

Avanzar en la lectura del caso impone la necesidad de considerar los tiempos lógicos descriptos por Lacan –el instante de ver, el tiempo para comprender y el momento de concluir–, de los cuales me interesa destacar el tiempo para comprender, que es un tiempo de espera y de elaboración subjetiva. En efecto, en psicoanálisis la orientación de las intervenciones en la urgencia tiene que ver con la instalación de dicho tiempo.

El analista interpone una pausa ante la prisa por concluir que supone la urgencia, «propone una pausa que le permite al paciente hacer suyo su sufrimiento» (Sotelo, 2005, p. 102), de manera que realiza una apuesta cuyo propósito es no obturar el trabajo que la urgencia motoriza, y apunta a la puesta en palabras del padecimiento subjetivo.

Respecto del caso, la necesidad de introducir la dimensión de la espera tenía que ver no sólo con la cuestión de la urgencia sino también con un embrollo. Debido a circunstancias particulares, M. no había sido evaluada por el resto del equipo interdisciplinario y, en ese momento, no contábamos con un psiquiatra, de quien consideraba necesaria una evaluación más allá de haber sido vista por Guardia.

Entonces, ¿cómo intervenir considerando la complejidad de la situación y sin quedar tomada por la urgencia de la paciente, pero, a la vez, dando lugar a su pedido? M. aceptó mi propuesta de quedarse una noche más para ser evaluada por el resto del equipo tratante asignado y repensar la estrategia de tratamiento.

Al día siguiente, luego de la evaluación interdisciplinaria y dado que no mediaba riesgo, se efectuó la externación de la paciente a menos de 48 h de su ingreso al servicio. A pesar de que se juzgaban necesarios algunos días más para una mejor aproximación diagnóstica y para su estabilización, era trascendental respetar la voluntad de M. y no extender la internación más allá de lo tolerable para ella. La resolución consistió en un manejo no estandarizado y en construir

una estrategia singular acorde con los recursos disponibles. Es entonces que se inventó un dispositivo de «internación domiciliaria», que constaba del acompañamiento familiar permanente, ya que M. contaba con la contención de sus hijos mayores (adultos jóvenes), que además decidieron ocuparse del cuidado de su hermana menor (adolescente).

La instalación de un espacio de trabajo

El proceso de externación se realizó además con una particularidad: previo a efectuar la derivación a los Consultorios Externos, se instaló un tiempo de seguimiento ambulatorio por el equipo de Internación Breve, que no estaba condicionado por la espera del turno. Esto tenía que ver con la apertura de un tiempo para comprender que permitiera completar la evaluación diagnóstica y que funcionara como el intervalo necesario para establecer las coordenadas de un tratamiento. La paciente expresó su acuerdo con esta estrategia y se mostró dispuesta a continuar un tratamiento en la institución.

Acompañar a M. durante una serie de entrevistas resultaba para mí todo un desafío. Se trataba de alojar su sufrimiento y favorecer su despliegue para cernir algún interrogante que propicie una demanda de tratamiento. Pero a la vez, debía ser prudente sobre el alcance de este despliegue, dado que no sería yo quien continuaría a cargo del tratamiento ambulatorio, sino un profesional de Consultorios Externos.

El antes y el después de la internación

En la primera de esa serie de entrevistas, M. ubica que no tuvo deseos de consumir, y lo atribuye no sólo a la medicación, sino que señala también el efecto subjetivo que tuvo la internación. Refiere: «Toqué fondo... No quiero terminar mal como otros».

De a poco pudieron explorarse algunos puntos significativos de su padecimiento, lo que no fue posible durante la internación debido a la rapidez con la que concluyó. Un primer efecto de este trabajo se hizo notorio: el alivio. «El sujeto sufre, pero el hecho de hablar al analista lo hace colocarse un poco aparte, tomar distancia en relación con su sufrimiento, y eso, efectivamente puede producir un alivio inmediato» (Miller, 1997, p. 72). Sin desdeñar la importancia que a veces tiene un efecto terapéutico, es destacable que se produjo un movimiento aún más valioso que el mero alivio: el desplazamiento del tóxico a un segundo plano.

M. refiere que ahora puede «reflexionar» acerca de diversas cuestiones que antes estaban solapadas por el consumo, señala que en el tiempo anterior al inicio de ese consumo el recurso para obturar la angustia era trabajar en exceso y ocuparse de los demás. También afirma que se propone «revertir el descuido de sí misma», y a la brevedad iniciará varios controles médicos con el objetivo de retomar el cuidado de su salud.

El dispositivo de «internación domiciliaria» cayó por sí mismo: M. ya no requería de una contención permanente y, progresivamente, volvía a ocuparse del cuidado de su hija menor.

M. se muestra interrogada por sus elecciones de pareja y refiere que sus dos maridos han mostrado deficiencias en el rol paterno. Se despliega con ello una dimensión singular, la repetición de una historia: se ubica, al igual que su madre, perdonando a un padre ausente. Finalmente, sitúa la coyuntura que precipitó la crisis relacionada con la internación: una decepción con el padre de su hija menor. Luego de tres años separados, estaban intentando recomponer la pareja, pero descubre que él tenía otra mujer. M. expresa que «se cayó la mentira de la familia perfecta».

El corrimiento del tóxico, la apertura de interrogantes y algunos movimientos en los que puede leerse un reposicionamiento subjetivo llevaron a sancionar la conclusión del espacio de evaluación y seguimiento para dar inicio al tratamiento en los Consultorios Externos de la institución.

Reflexiones finales

Tal como fue descripto, frente a la urgencia subjetiva el psicoanálisis plantea anteponer una pausa para poner a decir el padecimiento, e instaura un compás de espera que significa un tiempo para comprender, un tiempo de elaboración. Este modo de intervenir resultó clave en el acontecer del caso, en el que pueden situarse varias cuestiones relativas a los efectos de la particular estrategia dispuesta.

La internación, a pesar de su corta duración, funcionó no sólo como un corte al consumo sino como un punto de inflexión en la historia de la paciente. Sin dudas, el haber dado lugar al pedido de M. sobre la pronta externación y el ofrecimiento de una respuesta no estandarizada del orden de la invención operaron como maniobra de alojamiento y constituyeron las condiciones para que algunos efectos se produzcan. Del mismo modo, el tiempo segundo de seguimiento—de algunas entrevistas— permitió completar la evaluación del equipo, así como establecer las coordenadas de la transferencia a la institución y a un espacio de trabajo para propiciar la instalación de un tratamiento.

Tanto la externación como la derivación implicaron respetar la decisión de la paciente así como un criterio clínico ligado a la lógica singular del caso, no demorando más allá de lo conveniente cada una de las instancias del tratamiento.

Para finalizar, se verifica que cierta brevedad en términos de duración no excluye la posibilidad de que haya algún efecto. No obstante, lo más importante es considerar la brevedad en su estatuto que excede a lo cronológico: una noción que no consiste en la rapidez o la prisa, sino en no demorar la conclusión de algo (Barros, 2009, pp. 55-87). Es preciso no desconocer que los tiempos subjetivos se relacionan con tiempos lógicos, que deben ser respetados. En este sentido, establecer el tiempo de un espacio de tratamiento y la decisión de su conclusión conlleva trascender la duración en términos cuantitativos (Barros, 2009), ya que el momento de concluir debe anudarse a una lógica relativa al caso.

Bibliografía

- Barros, M. (2009). «El psicoanálisis y la demanda de tratamiento en el hospital». En *Psicoanálisis en el hospital: el tiempo de tratamiento*. Buenos Aires: Grama, pp. 39- 54.
- Barros, M. (2009). «Acerca del uso del tiempo y de la conclusión del tratamiento». En *Psicoanálisis en el hospital: el tiempo de tratamiento*. Buenos Aires: Grama, pp. 55-87.
- Lacan, J. (1945). «El tiempo lógico y el aserto de certidumbre anticipada. Un nuevo sofisma». En *Escritos Uno*. Buenos Aires: Siglo XXI, pp. 187-203.
- Miller, J. A. (1997). «Introducción al método psicoanalítico». Buenos Aires: Paidós.
- Rojas, M. A. (2005). «Un trabajo en la urgencia». En Sotelo, I. (comp.). *Tiempos de urgencia. Estrategias del sujeto, estrategias del analista*. Buenos Aires: JCE Ediciones, pp. 133-137.
- Sotelo, I. (2004). «La guardia, la admisión, la primera consulta: una coyuntura de emergencia». En Belaga, G. (comp.). *La urgencia generalizada. La práctica en el hospital*. Buenos Aires: Grama, pp. 97-113.
- Sotelo, I. (2005). «La invención de un lugar para la urgencia». En Sotelo, I. (comp.). *Tiempos de urgencia. Estrategias del sujeto, estrategias del analista*. Buenos Aires: JCE Ediciones, pp. 97-104.
- Sotelo, I. (2007). «La angustia en la urgencia». En Sotelo, I. (comp.). *Clínica de la urgencia*. Buenos Aires: JCE Ediciones, pp. 85-110.
- Sotelo, I. (2009). «¿Qué hace un psicoanalista en la urgencia?». En Sotelo, I. (comp.). *Perspectivas de la clínica de la urgencia*. Buenos Aires: Grama, pp. 23-30.

La urgencia de admitir

Ana Clara Cámara, Milagros Canosa,
Genaro Grecco y Juan Rodríguez

Introducción

El presente trabajo tiene como objetivo abordar el concepto de *urgencia* en el marco de un dispositivo de Media Internación en Casa de Día del Hospital Especializado en Adicciones y Alcoholismo «Reencuentro», ubicado en la ciudad de La Plata, dependiente del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires.

El desarrollo de dicho dispositivo presenta la conformación del equipo de admisión, los criterios de evaluación y las propuestas terapéuticas. Realiza un análisis de las diferentes presentaciones de «urgencias» y las posibles respuestas frente a ellas, diferenciándolas de la emergencia. Además, se aborda la importancia del tiempo en las intervenciones, en el contexto de la salud pública.

Las problemáticas tenidas en cuenta para la ejecución del presente trabajo están relacionadas con la dimensión social, el desamparo, la vulnerabilidad, la peligrosidad, la singularidad, los vínculos entre las personas y su relación con el tóxico.

Por último, la idea es pensar los objetivos terapéuticos y las estrategias de intervención, teniendo en cuenta la inclusión social y la subjetividad. Para ello, se abordará una viñeta clínica.

Casa de Día: un dispositivo posible

En el organigrama del hospital, Casa de Día es una de las posibles modalidades de tratamiento que se ofrecen. Tratamiento ambulatorio-

rio, Casa de Día e Internación se indican, en el mejor de los casos, con el acuerdo del paciente, luego de haber transitado por alguno de los distintos procesos de admisión con que cuenta el hospital (Grupo de Primer Encuentro, Admisión General, Admisión de Adolescentes, presentación espontánea, admisión para quienes vienen del Centro de Recepción, etc.). Cada uno de estos dispositivos consta de un equipo de trabajo que intenta evaluar cada caso, teniendo en cuenta las diferentes dimensiones de las problemáticas, razón por la cual, en muchas oportunidades, trabajamos desde la interdisciplina.

Es notorio como desde el hospital se intenta procesar, desde los primeros encuentros con el posible paciente, la diversidad de demandas que, la mayoría de las veces, no provienen de él, sino de un miembro de la familia, de la justicia, de otro servicio asistencial, desde el ámbito laboral, etc. En consecuencia, se genera un tiempo para pensar, a partir de una estructura que sistematiza la experiencia previa. Se intenta identificar de dónde proviene la demanda, así como construir una demanda propia del paciente. Pensar qué es lo urgente y de dónde viene la urgencia. Pensar el posible tratamiento.

Como ya dijimos, uno de los posibles tratamientos es Casa de Día. El equipo de este dispositivo está conformado por diferentes disciplinas, como Psicología, Trabajo Social, Psiquiatría, Enfermería, operadores socioterapéuticos, acompañantes terapéuticos y talleristas. Los criterios por los cuales se indica un determinado tratamiento dentro de estas tres modalidades tienen que ver con la intensidad de dicho tratamiento y la contención requerida en cada caso.

El tratamiento en Casa de Día apunta a una mayor intensidad y contención respecto del tratamiento ambulatorio, sin tener que llegar a la internación, entendida como el de mayor intensidad y el último recurso que tendría el equipo evaluador para indicar, en concordancia con la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657, art. 14. Éste expresa:

La internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones

realizables en su entorno familiar, comunitario o social. Debe promover el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas internadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social, salvo en aquellas excepciones que por razones terapéuticas debidamente fundadas establezca el equipo de salud interviniente. Lo intensivo del tratamiento dependerá de la gravedad de la problemática y, también, de las urgencias con que ésta se presenta.

Al hablar de contención nos referimos no sólo a la posibilidad de alojar al paciente dentro de un contexto de tratamiento que le permita no estar vinculado con el contexto en el que se desenvuelve su problemática adictiva, sino, también, en tanto límite en relación con el establecimiento de normas que se construyen en cada uno de los dispositivos de tratamiento. También hablamos de contención emocional en torno a la participación y acompañamiento de sus vínculos.

De esta manera, las derivaciones que llegan al equipo de admisión de Casa de Día lo hacen con un recorrido previo de evaluación.

Este proceso de admisión consta de una serie de entrevistas con el paciente y sus referentes (ya sea un familiar, un amigo, personal de otra institución), a partir de las cuales se realiza un diagnóstico de la situación y se rastrea la modalidad de consumo, es decir, qué consume, cómo (formas de administración, rituales), cuándo, dónde, con quiénes, años de consumo, etc. Estas preguntas no necesariamente siguen el orden de un cuestionario, sino que trazan las coordenadas sobre las que se inscribe una determinada y singular modalidad de consumo, que nos permite pronosticar presuntivamente las posibilidades de tratamiento, y ofertar, por lo tanto, una propuesta terapéutica acorde con esa singularidad.

Nos encontramos así con un individuo que por algún avatar ha perdido el equilibrio de esa unidad, y la respuesta esperada por quienes demandan es restablecerlo. En este sentido es que el dispositivo de Hospital de Día crea y sostiene un ideal que se ha reproducido a lo largo de la historia: el de rehabilitar y resocializar al individuo, a

partir de la contención y el acompañamiento cotidiano. Sin embargo, el psicoanálisis justamente rompe con esta ilusión de unidad y presenta la noción de *sujeto dividido*. Entonces, ¿es el trabajo del analista domesticar el síntoma y adaptar al sujeto a la cultura? La propuesta es ir alojando a un sujeto dividido, permitiendo la posibilidad de un decir que dé lugar a la aparición de una singularidad. De los diferentes espacios que el Hospital de Día propone (talleres, grupos de reflexión, grupos de convivencia, grupo multifamiliar, apertura, espacio terapéutico individual, etc.), se plantea, en el marco de la admisión, un tratamiento no sostenido en el deber, pudiendo concurrir todos los días a todos los espacios. La propuesta consiste en ofertar un espacio para que un decir singular advenga. Es desde esta perspectiva que, al no responder a la demanda del orden que enuncia el discurso del «bien», se hace posible alojar el sufrimiento del «adicto» y el de su familia para que en el tránsito por el dispositivo puedan hacer algo distinto con lo propio de su padecer. Se trata de producir la trama de un Dispositivo de Día caso por caso, en donde se busca que aparezca en la supuesta uniformidad, la diferencia.

Urgencias, emergencias y los tiempos

Es necesario diferenciar la emergencia de la urgencia. La primera implica el tiempo cronológico en el cual se opera de forma inmediata, en el menor tiempo posible, ya que lo que se encuentra comprometido es lo físico, el cuerpo —ya sea una emergencia médica o una emergencia psiquiátrica con riesgo para sí o para terceros—.

En Psicoanálisis, la urgencia es la urgencia subjetiva. Es pensada como un momento de irrupción, encuentro con lo inesperado que ha producido la conmoción del sujeto y ha originado la ruptura abrupta de la homeostasis, del lazo con los otros. Lo que emerge es algo insoportable, una energía que desborda el aparato psíquico, según Freud; un goce irrefrenable, para Lacan, quien define la urgencia como «lo imposible de soportar para un sujeto al que ya nada

divierte» (Lacan, 1972). Lo imposible de soportar tiene que ver con la repetición de lo mismo sin tener registro del sujeto, o bien la dimensión del sujeto está arrasada.

La urgencia presenta un real en juego. Un momento, un hecho que constituye una coyuntura desencadenante de un sufrimiento insostenible para el sujeto, una «urgencia subjetiva», que en el caso particular del toxicómano, aparece como algo de la función del tóxico que ha dejado de funcionar.

En estas coyunturas, el factor tiempo aparece en un primer plano. La pausa y la espera se hacen esenciales para generar una manera de responder, tanto del analista como del paciente, que den lugar a un pedido más allá de la urgencia, donde el responder posibilite un movimiento que implique al sujeto en su responsabilidad.

El abordaje del tiempo desde el psicoanálisis no se trata del tiempo cronológico. Desde este punto de vista, se puede tomar a Lacan en «El tiempo lógico y el aserto de incertidumbre anticipada. Un nuevo sofisma», en donde plantea tres tiempos lógicos: un primer tiempo, el instante de *ver*; un segundo tiempo, el tiempo para *comprender*, y por último, el momento de *concluir* (Lacan, 1991). En estos tres tiempos, puede vislumbrarse la lógica desde la que se opera en estas coyunturas y las posibles respuestas que se proponen.

En la particular problemática que se da en las toxicomanías, los tiempos lógicos que se intentan instaurar en el dispositivo de admisión (*ver*, *comprender* y *concluir*) se ven ocluidos por la cancelación tóxica del dolor, propia de la operación del *farmakón*, de la cual nos habla Sylvie Le Poulichet:

Los pacientes declaran lo insostenible del acto de diferir y lo intolerable de una espera de la satisfacción [...]. Como si el *farmakón* introdujera el orden de una real inmediatez, es la dimensión de la «ausencia» la que resulta excluida. [...]. Precisamente, esta operación del *farmakón* parece revelar un mundo esencialmente continuo. Lo intolerable en la abstinencia sería la irrupción de una discontinuidad, como un despertar [...]. (Le Poulichet, 1996, p. 58).

Es entonces desde este tiempo que se instaura en el dispositivo de admisión, desde esta espera, desde esta «falta» en tanto ausencia, que algo nuevo puede surgir, como demanda, como deseo... ¿quién sabe?

Por último, no podemos dejar de destacar que entre las emergencias médicas y las urgencias subjetivas previamente desarrolladas, existe una enorme cantidad de personas que llegan a la institución desde lo que llamaremos «emergencia psicosocial». Son personas que se encuentran en situación de calle, con carencias alimenticias, sanitarias, habitacionales y sobre todo, emocionales. Se trata de sujetos en los que emerge una grave vulnerabilidad psicosocial y con los cuales la dimensión tiempo opera en otros términos.

Para concluir, se intentará, a partir de una viñeta clínica, dar cuenta de las conceptualizaciones desarrolladas en el presente trabajo, articulándolas con la práctica particular del dispositivo de admisión de Casa de Día.

El caso: ¿la urgencia es de Agustín?

Agustín es un paciente de 27 años de edad que llega a la institución luego de haber sido expulsado de una Comunidad Terapéutica por una situación de violencia con un compañero. Concorre acompañado de su madre. Se presenta de manera espontánea y sin turno previo, solicitando ser atendido en carácter de urgencia, demandando una nueva internación por la situación de «gravedad» y el «ya no saber qué hacer». Cabe destacar que Agustín se encontraba sin consumo desde hacía aproximadamente tres semanas. Es derivado al equipo de admisión de Casa de Día para que evaluemos su posible ingreso. Al leer su historia clínica previo a la entrevista, vemos que el paciente registra reiterados reingresos, y que las indicaciones son de internación en Comunidad Terapéutica. Éstas atienden principalmente al pedido de su madre y al del paciente, sin un trabajo previo, de manera que tales indicaciones quedan como una respuesta automática. Tales tratamientos resultaron fallidos en todas las oportunidades. No exis-

tía, en su historia clínica, su historia singular. El ciclo se repetía una y otra vez, era un continuo de internaciones, que aparecían como la única opción posible, fracasos en estas internaciones, recaída en el consumo, y nuevamente la demanda de una nueva internación.

Durante el proceso de admisión, se realizan una serie de entrevistas con Agustín, su madre y su hermano mayor, durante las cuales se intenta identificar cuál es la demanda y qué se les vuelve urgente de la situación por la que atraviesa el paciente. Surge así que la urgencia proviene de la madre de Agustín: lo insoportable de la presencia de su hijo cuando bajo los efectos del consumo, se pone agresivo, impulsivo, y se expone a situaciones de riesgo. Ante estos episodios la única respuesta posible para la madre era la internación.

En una ocasión algo cambia. Ella decide echarlo de su casa, y le plantea como condición para que regrese, que realice un tratamiento, siendo el único posible la internación. Frente a esta situación, Agustín se aloja en la casa de un familiar que se encontraba abandonada. Concorre acompañado de su abuela solicitando la internación, para poder volver a vivir a su casa materna.

Desde la escucha durante las entrevistas y a partir de construir esta serie que se repite, en la cual el paciente queda ubicado como objeto de las decisiones de su madre, el trabajo del proceso de admisión en este caso apuntó en primer lugar a establecer un intervalo, un *impasse*, en el cual se pueda propiciar el tiempo necesario para no reproducir esta serie que operaba en forma automática y resultaba siempre fallida. Es a partir de este tiempo que pudo darse lugar a la palabra de Agustín, cuestionarse no sólo su relación con el tóxico, sino con su familia en general y con su madre en particular. A partir del establecimiento de este intervalo que rompe con esta serie, se acuerda, en función de sus intereses respecto de las actividades de Casa de Día, atendiendo a la singularidad del paciente, que concurra al hospital tres veces por semana.

Si bien no se responde desde el equipo a la demanda de internación, sí se considera necesario alojar a Agustín en un dispositivo de mayor contención que un tratamiento ambulatorio, pero como di-

jimos anteriormente, atendiendo a la particularidad del caso. De esta manera, durante el transcurso de Agustín en este dispositivo es que puede comenzar a hacer algo distinto: decide separarse de su madre sin que esta separación sea a través de una internación. Vive solo, trabaja con su hermano, se queja de su madre.

A través del desarrollo de esta viñeta clínica, se puede observar la importancia de identificar el origen de la demanda y la fuente de la urgencia, así como la función de la admisión como corte temporal, necesario para el advenimiento de un cambio posible en la posición subjetiva del paciente.

Bibliografía

- Belaga, G. (2004). *La urgencia generalizada*. Buenos Aires: Grama.
- Bertrán, G. F. (comp.) (2004). *Hospital de Día. Particularidades de la clínica: temas y dilemas*. Buenos Aires: Minerva.
- Freud, S. (1930). *El malestar en la cultura*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Heinrich, H. (1996). *Cuando la neurosis no es de transferencia*. Buenos Aires: Homo Sapiens.
- Lacan, J. (1972). «El saber del psicoanalista». En *Habló a las paredes*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1991). *El tiempo lógico y el aserto de la certidumbre anticipada. Un nuevo sofisma*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Le Poulichet, S. (1996). *Toxicomanías y psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Ley N.º 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Decreto Reglamentario 603/2013. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 3 de diciembre de 2010.
- Rivero, N. (s. d.). «Reflexiones acerca del dispositivo de hospital de día. Desde una perspectiva psicoanalítico-institucional».
- Sotelo, I. (comp.) (2005). *Tiempos de urgencia. Estrategias del sujeto, estrategias del analista*. Buenos Aires: JCE Ediciones.

Inimputabilidad y salud mental, una figura que interpela generando preguntas y requiriendo consensos

Mariano Gustavo Rey y Silvia Inés Rodríguez

Introducción

La introducción de la figura jurídica de la inimputabilidad de los injustos por razones de capacidad psíquica del autor, como concepto del derecho penal dentro del articulado de la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657 y su decreto reglamentario, debiera integrarse al propósito consagratorio de garantizar la dignidad y capacidad jurídica de las personas con padecimiento mental y el pleno goce de los derechos humanos para quienes recurren a los servicios de salud mental. Sin embargo, no han sido pocas las dificultades que se han presentado a la hora de interpretar los términos del artículo 23 in fine de la Ley N.º 26.657, cuando desde allí se remite al texto del artículo N.º 34 del Código Penal. Esto supone entender las condiciones en que acude una persona cuando previamente se ha sustanciado en relación con ella un proceso penal en el cual el juez del fuero, haciendo uso de las facultades contempladas en dicho artículo, resuelve la declaración de inimputabilidad y ordena una internación terapéutica, con las implicancias subjetivas y jurídicas que dicha decisión tiene para el sujeto.¹ Producto de estos puntos

-
1. Con la finalidad de comprender las implicancias que puede traer para un sujeto la declaración de inimputabilidad, se sugiere la lectura de *El porvenir es largo*, de Louis Althusser (1993), texto escrito luego de haber sido declarado inimputable por el homicidio de su mujer, mediante el cual encuentra una manera de explicar públicamente lo acontecido en vías de tramitar de alguna manera dicha situación, responsabilizándose más allá de la imposibilidad legal de hacerlo.

de encuentro y desencuentro se desprenden una serie de situaciones que los equipos de salud deben atender y resolver, en donde aparecen intersecciones necesarias entre el discurso jurídico y el que pone el eje en la salud de los ciudadanos.

Algunas discusiones en torno al concepto de *inimputabilidad*

Resulta importante aclarar que el concepto de *inimputabilidad* ha generado intensos debates en torno a los múltiples temas que esta figura despliega, comenzando por la elección misma del término, cuestión que dio lugar a la elaboración de distintas concepciones que lo analizan, partiendo de la idea de imposibilidad del sujeto que delinque de dirigir sus acciones en el momento mismo del ilícito o bien de comprender la criminalidad del acto. A los fines del presente trabajo, nos interesa destacar el cambio de opiniones en torno a si declarada la incapacidad psíquica del imputado, debiera proceder la aplicación de una medida de seguridad del derecho penal (internación compulsiva en unidad psiquiátrica penitenciaria), si corresponde la aplicación de medidas de seguridad del derecho civil (artículo N.º 482 del Código Civil y Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657), o si ambas son equivalentes o complementarias. En tal debate nuestro Máximo Tribunal tuvo oportunidad de expedirse a favor del imperioso control judicial posterior a la medida que se adopte, dando respuesta a diversos actores que venían advirtiendo sobre la naturaleza desmedida que puede llegar a constituir la imposición de una medida de seguridad que no tenga plazos.

En el marco de dicha discusión, tampoco se ha obviado alertar que mientras en el ámbito del derecho penal se utiliza el concepto de *peligrosidad*, el corpus de la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657 introduce el de *riesgo*.² Dichos conceptos resultan expresio-

2. Es pertinente señalar que éste es uno de los conceptos en debate en el anteproyecto de reforma del Código Penal, pues se marca que a partir de juicios de peligrosidad,

nes con implicancias tan distintas que no logran una síntesis que los contenga a ambos. Asimismo, el Cuerpo Médico Forense continúa elaborando en sendas oportunidades dictámenes sobre la base de juicios de *peligrosidad*, sin contemplar la noción de *riesgo*. De igual modo, al interior de los equipos de salud se debe fomentar el debate en torno al concepto de *riesgo cierto e inminente* y sus alcances a la hora de delimitar estrategias terapéuticas acordes con la singularidad de cada caso.

De lo expuesto se puede observar que las discusiones doctrinarias se han dado tanto dentro del ámbito jurídico como del sociosanitario, con lo cual llegado el momento de lograr su convivencia armoniosa, se requiere de un minucioso razonamiento frente al caso concreto.

Los debates en torno al concepto de *inimputabilidad* continuaron luego de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657, a la hora de dar cumplimiento a la medida dispuesta en el artículo 23 in fine de la norma citada, lo que advierte sobre la ausencia de la creación de un espacio alineado con el superior interés de proteger el derecho de aquella persona declarada inimputable. Se suma a lo dicho que la vigencia del artículo 76 del Código Penal pareciera permitir la intervención del juez en lo penal a la hora de ordenar la internación inicial como implementación de medida de seguridad.

pueden extenderse *ad eternum* determinadas internaciones, muy por encima de los tiempos que determinarían el cumplimiento efectivo de la pena si fueran imputables. En esta línea, se plantea a la medida de internación como aplicable a delitos moderados o graves, en los casos en los que los peritos acrediten la presencia de agresividad contra la vida, integridad física o bien integridad y libertad sexual. Asimismo, se establecen plazos en la sentencia, de tal forma que si al momento de cumplirse el tiempo estipulado la persona continuara con un padecimiento mental, se dará intervención al juez civil para delimitar la mejor alternativa terapéutica aplicando la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657. Una cuestión crucial en este punto es que en el caso en que el riesgo creado por la agresividad cese, la internación podría darse por finalizada, y se continuaría, de ser necesario, con una variante de tratamiento ambulatoria.

Nos hallamos entonces ante una encerrona, pues esa indeterminación en la creación de un espacio apropiado para su tratamiento impacta contra la persona que lo reclama, quien padece la existencia de disposiciones administrativas difusas o incoherentes que aguardan su adecuación en aras de un interés normativo superior.

Resumiendo lo planteado hasta aquí podemos señalar algunos puntos:

1. El concepto de *inimputabilidad* constituye una figura del derecho penal.

2. Este saber normativo (el derecho penal) debe actuar como control del poder punitivo del Estado.

3. La demora en la creación de espacios adecuados para garantizar ese acotamiento del poder punitivo debería ser resuelta en el menor plazo posible una vez advertida.

4. De no ser así, esa demora constituye en sí misma otra manifestación de poder punitivo, y toma la forma en estos casos de «violencia difusa» como venganza de la sociedad sobre la persona que delinquirió.

Inimputabilidad y responsabilidad subjetiva

Ahora bien, como mencionamos párrafos atrás, los debates en torno al concepto de *inimputabilidad* han traspasado las barreras del derecho, y han generado respuestas no sólo desde el discurso jurídico sino también desde otras vertientes de pensamiento. Resulta significativo ponderar los aportes que provienen del Psicoanálisis, fundamentalmente con la introducción del concepto de *responsabilidad subjetiva*. Freud realiza una distinción entre la responsabilidad jurídica, la cual implica la noción de sujeto autónomo, y la responsabilidad subjetiva, aquella que compromete al sujeto del inconsciente. Tal consideración nos ubica frente a dos modos de pensar la responsabilidad, que acarrearán concepciones de sujeto distintas, al tiempo que circunscriben modos diferenciados para el sujeto de confrontarse con dicha responsabilidad (Salomone, 2011, pp. 99-100). La diferencia radica fundamentalmente en que mientras que la responsa-

bilidad jurídica pondrá el eje en la intencionalidad consciente, cuando hablamos de responsabilidad subjetiva plantearemos un sujeto interpelado más allá de las fronteras del yo.

Adentrándonos en un análisis de las causas de inimputabilidad, es posible tomar nota de que tanto las psiquiátricas como las psicológicas radican en el sujeto, ya sea por clasificación diagnóstica, emoción violenta u otros; al tiempo que estas causas contemplan un «fuera de sí» que escaparía a la conciencia, lo que traería aparejado la consecuente pérdida de autonomía y eximición de responsabilidad, operación que conlleva un costo subjetivo. Separándose de la lógica de los determinismos como fundamento de la desresponsabilización, el psicoanálisis plantea un determinismo inconsciente que hace al sujeto responsable por definición, nominando a la responsabilidad subjetiva como aquella que confronta al sujeto con lo que pertenece, le es ajeno. Formaciones del inconsciente como los actos fallidos, sueños o chistes dan cuenta de lo expuesto. Los motivos de la acción responsabilizan entonces al sujeto; sujeto imputable ya no en términos morales o jurídicos, pues no toda responsabilidad subjetiva resulta juzgable, sino más bien en términos éticos (Salomone, 2011, pp. 106-107).

Consumos problemáticos e inimputabilidad

El consumo de drogas puede generar una serie de efectos diversos a nivel del sistema nervioso central, tales como excitación, inhibición o relajación. Estos varían según el potencial de la droga en cuestión así como por la cantidad consumida, por lo que su repercusión a nivel cerebral puede en algunos casos producir completa perturbación de sus funciones psíquicas asimilable a una enfermedad mental que anula el entendimiento y la voluntad. Se puede llegar a tal valoración independientemente de si se trata de un consumo crónico, o bien en donde se da un consumo episódico excesivo.

Desde esta óptica, el consumo de drogas, en especial de aquellas que provocan mayor dependencia, puede dar lugar a conductas que

inciden en la imputabilidad por diferentes motivos, entre los cuales podemos discriminar la intoxicación a través de una sustancia que altere la capacidad cognoscitiva y volitiva del psiquismo, como por ejemplo el alcohol; el síndrome de abstinencia que afecta la conducta del sujeto, y las patologías asociadas que se despliegan producto de determinados consumos, como los delirios paranoides provocados por anfetaminas o cocaína.

Será tarea del perito forense valorar si al momento de cometer el delito, el sujeto evaluado se encontraba en alguno de los supuestos recién descriptos. Entre los problemas que plantea el peritaje de estas situaciones se presenta el determinar si, en el momento de los hechos, el sujeto se encontraba bajo los efectos de un síndrome de abstinencia, ya que el índice de simulación, disimulación y falsedades es elevado, al tiempo que los peritajes muchas veces no se realizan próximo al momento en que aconteció el hecho sino mucho tiempo después.

El lugar del equipo de salud mental

En la práctica que desarrollamos en el marco de la atención en hospital,³ se presentan en algunos casos personas acompañadas por personal del Servicio Penitenciario Federal, acercando un oficio judicial del cual no se desprende con claridad si se trata de una solicitud de evaluación interdisciplinaria a fin de delimitar la mejor opción de tratamiento posible para el sujeto sobre el cual recayó una sentencia de inimputabilidad, o bien si se trata sin más de una orden de internación terapéutica involuntaria. Esto requiere de un esfuerzo clínico para pensar los criterios de internación y ubicar los puntos de urgencia si los hubiera, al tiempo que el armado de una acción conjunta con el Servicio Jurídico Asistencial para apor-

3. En nuestro caso hacemos referencia puntualmente a la práctica que venimos desarrollando en el Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo).

tar claridad con informes que resultan muchas veces contradictorios entre sí.

A los fines descriptivos, si bien entendemos que debe primar la lógica del caso por caso, hay un tipo de presentación mayoritaria que se da en las situaciones que nos encontramos en el último tiempo. Se trata de personas que al momento de cometer el delito –generalmente delitos menores, como tentativas de robo o hurto– por el cual han sido declaradas inimputables, se encontraban bajo los efectos de intoxicación por abuso de drogas, al tiempo que se planteaba el criterio de dependencia a varias sustancias. Por tal motivo se planteaba la indicación de internación involuntaria desde el fuero penal, mientras que desde la evaluación de los profesionales se ponderaba no compatible el perfil de dichos pacientes con la oferta en materia de asistencia posible desde las unidades psiquiátricas que funcionan dentro del Servicio Penitenciario Federal. Al momento de la realización de las entrevistas por parte del equipo interdisciplinario del hospital, se evidencia que no hay demanda de tratamiento, en algunos casos incluso hay un desconocimiento del motivo por el cual llegan al encuentro con nosotros, pues priman en sus relatos situaciones en las cuales el consumo no es problematizado.

Un punto a pensar será entonces las implicancias que puede generar una internación para determinados sujetos declarados inimputables que no presentan criterios para dicha intervención clínica, sino que el discurso jurídico es el que determina dicha intervención. Al respecto, vale la pena aclarar que no se descarta la posibilidad de realizar una oferta de tratamiento ambulatorio, en vías de articular y construir en algunos casos algún tipo de demanda. Asimismo, resulta necesario medir los concomitantes efectos nocivos que puede traer su institucionalización, que en muchos casos los cronifica, al tiempo que se deben ponderar los efectos que pueden deslizarse sobre el resto de los pacientes internados que presentan un padecimiento mental, motivo por el cual se encuentran internados a los efectos de realizar un tratamiento.

Comentarios finales

Muchos son los esfuerzos que deben realizarse para generar respuestas coordinadas entre el sistema judicial y el sociosanitario en vías de brindar asistencia de un modo integral a personas con padecimiento mental que se encuentran en conflicto con la ley penal. Esto implica abordar la complejidad del concepto de *inimputabilidad*, los alcances de éste, así como el ámbito de intervención de los distintos actores, para delimitar claramente el lugar que ocupan los equipos de salud en la búsqueda de las mejores alternativas de tratamiento, las cuales deben ser pensadas en lo posible junto a las personas, su familia y comunidad, preservando, construyendo y fortaleciendo el lazo social. También con respecto a los juzgados de la esfera penal y civil, es necesario garantizar que en ese marco no haya restricciones de derechos para quienes sufren de un padecimiento mental, y que estén orientados a partir del nuevo rol que les es asignado desde la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657.

Bibliografía

- Alagia, A.; Slokar, A. y Zaffaroni, E. R. (2006). *Manual de Derecho Penal. Parte General* (2da. ed.). Buenos Aires: Ediar.
- Alagia, A.; De Luca, J. y Slokar, A. (dirs.) (2013). *Revista de Derecho Penal. Delito, culpabilidad y locura*, año II, N.º 5. Ministerio de Justicia y DDHH. Infojus.
- Althusser, L. (1992). *El porvenir es largo*. Barcelona: Destino.
- Código Civil de la República Argentina* (1988). Buenos Aires: Editorial A-Z.
- Código Penal de la Nación* (1988). Buenos Aires: Editorial A-Z.
- Freud, S. (1901). *Psicopatología de la vida cotidiana*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Ghioldi, L. (2005). «Acerca del apartado psicológico de la inimputabilidad». *Cuadernos de Medicina Forense*, año 4, N.º 1, pp. 29-34. Buenos Aires.
- Ley N.º 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Decreto reglamentario 603/2013. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 3 de diciembre de 2010.
- Ley N.º 26.529. Ley de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales y las Instituciones de la Salud. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 19 de noviembre de 2009.
- Rossi, G. P. (2009). «Avatares de la cronicidad: políticas, instituciones, dispositivos y terapeutas». *Revista Argentina de Psiquiatría VERTEX*, vol. XX, pp. 359-370. Buenos Aires.
- Salomone, G. y Domínguez, M. E. (2011). *La transmisión de la ética: clínica y deontología*. Buenos Aires: Letra Viva.

Riesgo cierto e inminente, peligrosidad, inimputabilidad

Diana Lorenzo

El principal objetivo de este trabajo es fomentar la reflexión sobre la indicación de internación en establecimientos de salud mental, por medio del análisis del juego dinámico, desde el punto de vista legal, de los conceptos *riesgo cierto e inminente*, *peligrosidad e inimputabilidad*.

No podemos ignorar que todas las conductas humanas se desarrollan dentro de un marco normativo –el derecho– que establece la distinción entre lo permitido y lo prohibido. A través de él y por su finalidad ordenadora, se observan los comportamientos efectuados por el sujeto, se valora si fueron los correctos o no, y se atribuyen los diferentes grados de responsabilidad a los fines de establecer las penas.

Este universo parece confrontar con el de las ciencias de la salud mental. El derecho es normativo, tiende a determinar lo que se debe hacer, es estático, preciso, requiere de la comprobación, y va de lo general a lo particular. Las ciencias de la salud mental, en cambio, se abocan sobre la vida, lo cambiante, en singular, de lo psíquico –difícil de aprehender, de mensurar, de objetivar–.

De ahí la necesidad de ensamblar ambos universos para unificar el lenguaje y los contenidos en beneficio del destinatario de toda ciencia: el hombre, en este caso, el hombre con padecimiento psíquico. A través del análisis de distintos fallos judiciales, la Ley de Protección de la Salud Mental, la Ley de Protección de los Derechos del Paciente y las modificaciones introducidas en el Código Civil, podremos ver la lenta pero progresiva evolución de la jurisprudencia para tratar de armonizar el nuevo paradigma asistencial con las

normas del Código Penal, en especial el artículo 34 comprendido en el Título V, «Inimputabilidad».

La Corte Interamericana de Derechos Humanos afirmó que

la valoración de la peligrosidad del agente implica la apreciación del juzgador acerca de las probabilidades de que el imputado cometa hechos delictuosos en el futuro, es decir, agrega a la imputación por los hechos realizados, la previsión de hechos futuros que probablemente se producirán [...].

En fin de cuentas se sancionaría al individuo no con apoyo en lo que ha hecho sino en lo que es.

La noción de peligrosidad surgió desde el ideal positivista y fue entendida a lo largo de su construcción conceptual como una cualidad o atributo de la personalidad del que delinque, como un sustrato de capacidad para delinquir, de modo tal que la predicción de dicha cualidad, con la consiguiente represión o curación, adquiriría mayor importancia que el establecimiento mismo de una pena acorde con la conducta reprochada, como menciona Adolfo Prins (1882).

Distintos autores, entre ellos Raffaele Garofalo y Filippo Grisignani, ya desde el siglo XIX, se han referido a la peligrosidad como «temibilidad» y «*quantum* de perversidad», y capacidad de una persona para convertirse en delincuente. Osvaldo Tieghi (1989) califica a la peligrosidad como una capacidad potencial de una persona de resultar autora probable de delitos. De este modo, la cualidad como rasgo patológico se transformó en el discurso del derecho penal, con consecuencias jurídicas (medidas de seguridad, regímenes especiales de privación de la libertad, requisitos para la libertad condicionada).

El problema de fondo es que se confunden términos que parecen aludir a lo mismo y sin embargo tienen consecuencias jurídicas diferentes.

A poco de avanzar en esta problemática, se advierte que el derecho positivo (las leyes) hoy día no representa la fuente principal ni

el obstáculo que impide resguardar o proteger los derechos de este colectivo vulnerable. La normativa nacional y supranacional (tratados internacionales de raigambre constitucional, especialmente la Convención Americana sobre Derechos Humanos y el Pacto de San José de Costa Rica) permiten fundar en el derecho los planteos que intentan hacer valer la salvaguarda de los derechos fundamentales de las personas con padecimiento mental.

En este sentido, la Ley de Salud Mental N.º 26.657 asegura el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas y el pleno goce de los derechos humanos, estableciendo que la internación debe concebirse como un recurso terapéutico excepcional y sólo puede realizarse cuando a criterio del equipo interdisciplinario, mediare situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros (art. 1º).

Como consecuencia, fue sustituido el artículo 482 del Código Civil, que hoy día textualmente reza:

No podrá ser privado de su libertad personal el declarado incapaz por causa de enfermedad mental o adicciones, salvo en los casos de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros, quien deberá ser debidamente evaluado por un equipo interdisciplinario del servicio asistencial con posterior aprobación y control judicial.

Las autoridades públicas deberán disponer el traslado a un establecimiento de salud para su evaluación a las personas que por padecer enfermedades mentales o adicciones se encuentren en riesgo cierto e inminente para sí o para terceros.

A pedido de las personas enumeradas en el artículo 144 el juez podrá, previa información sumaria, disponer la evaluación de un equipo interdisciplinario de salud para las personas que se encuentren afectadas de enfermedades mentales y adicciones, que requieran asistencia en establecimientos adecuados aunque no justifiquen la declaración de incapacidad o inhabilidad.

Se abandona el concepto de *peligrosidad* por el de *riesgo cierto e inminente*. Certo e inminente, no riesgo potencial. Ésta es la puerta

que abre la única posibilidad legal de internación involuntaria, que es impostergable. Es una internación conceptualmente distinta a la voluntaria o terapéutica, que, incluso, puede prever una peligrosidad potencial, aún sin poder predecir cuándo ocurrirá la acción disvaliosa. Esta internación voluntaria, que puede resultar provechosa para el paciente, no estará fundada en la inmediatez del riesgo, sino en su naturaleza de instrumento terapéutico que se pone en juego dentro de un proceso secuenciado de indicaciones.

Es la misma normativa la que pone como prioridad del equipo interdisciplinario la evaluación del riesgo, y en tal sentido las decisiones terapéuticas en la especialidad, y más específicamente cuando se trata de medidas que puedan condicionar la libertad, corresponden a un equipo corresponsable, con un ejercicio singular –según la especialidad de cada uno–, pero con una competencia conjunta.

De ahí que el riesgo grave, cierto e inminente de daño a sí mismo o a terceros es aquel que puede ser fundamentado con objetividad y científicidad, y la internación involuntaria debe ser limitada al tiempo estrictamente necesario para hacer cesar esa situación. No sucede lo mismo respecto del riesgo potencial, que queda sujeto al resultado de numerosas variables, no siempre con respuesta inmediata.

Consideramos que la evaluación de previsión de daño debe objetivarse en forma suficiente en la historia clínica, y que dicha reseña imparcial debe realizarse según fundamentos claros y de causación evidente. Cada miembro del equipo debe reflejar en sus evoluciones cómo está calibrando sus previsiones de pasaje al acto, y asimismo le corresponde la obligación de confrontar dicha evaluación con la que en forma contemporánea realiza el resto del equipo.

En este contexto surge otra problemática –aún no resuelta unánimemente por la jurisprudencia, pese a la claridad de la normativa invocada–, y es el tema de la inimputabilidad de la ley penal.

En efecto, dicho régimen se ha mantenido intacto hasta la actualidad y resulta idéntico al previsto en el Código Penal de 1921. Así, el artículo 34, inciso 1 del Código Penal hoy vigente establece que

[...] el que no haya podido en el momento del hecho, ya sea por insuficiencia de sus facultades, por alteraciones morbosas de las mismas o por su estado de inconciencia, error o ignorancia de hecho no imputables, comprender la criminalidad del acto o dirigir sus acciones.

En caso de enajenación, el tribunal podrá ordenar la reclusión del agente en un manicomio, del que no saldrá sino por resolución judicial, con audiencia del ministerio público y previo dictamen de peritos que declaren desaparecido el peligro de que el enfermo se dañe a sí mismo o a los demás.

En los demás casos en que se absolviere a un procesado por las causales del presente inciso, el tribunal ordenará la reclusión del mismo en un establecimiento adecuado hasta que se comproubase la desaparición de las condiciones que le hicieren peligroso.

Dado que el sistema penal de medidas de seguridad no sufrió ningún cambio legislativo, debemos analizar esta norma en el plexo normativo internacional y específicamente en las leyes dictadas en su consecuencia, y que reconocen al sujeto con padecimiento psíquico su condición de sujeto titular de derechos constitucionales, uno de ellos básico y fundamental: el derecho a vivir en sociedad, al uso de la libertad.

Del mismo artículo 34 comentado surge la idea de peligrosidad, concepto que, ya hemos dicho más arriba, resulta anacrónico, y permite «psiquiatrizar» el delito, con lo cual se pretende transformar a los hospitales en cárceles encubiertas.

Es imprescindible destacar que la importancia de la cuestión en juego –la libertad de la persona, combinada con la propia naturaleza de su mal (una aptitud mental disminuida)– impone la obligación de extremar los recaudos para asegurar la defensa de sus derechos.

Si bien la Ley N.º 26.657 de Salud Mental no deroga disposición alguna del Código Penal (el artículo 23 de la citada norma –que establece que el alta o la externación no requieren de autorización

judicial– exceptúa de esta directiva las internaciones involuntarias realizadas a tenor del artículo 34 del Código Penal), ello no significa que los principios generales que iluminan el nuevo paradigma en materia de salud mental puedan ser descuidados u omitidos.

Dicha Ley de Salud Mental 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, al establecer que la internación involuntaria debe concebirse como un recurso terapéutico excepcional, y que sólo puede realizarse cuando a criterio del equipo de salud mediere situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros.

El control judicial de las medidas de seguridad impuestas a inimputables adultos por enfermedad mental, a tenor del artículo 34, inciso 1° del Código Penal, debe realizarse teniendo en cuenta los criterios que, inspirados en directrices internacionales, guían la normativa específica (Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental, adoptado por la Asamblea General en su resolución 46/119 del 17 de diciembre de 1991; la Declaración de Caracas de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud, para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud, del 14 de noviembre de 1990, y los Principios de Brasilia Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas, del 9 de noviembre de 1990).

Estas consideraciones fueron expuestas el 21 de noviembre de 2012, mediante Sentencia N.° 314, en autos «G. R. A. Ejecución Medida de Seguridad – Recurso de Casación» por el máximo Tribunal de la Provincia del Chaco, pronunciada en un caso en que se analizaba la situación de un adulto inimputable alojado durante prolongado tiempo –mediante la imposición de una medida de seguridad– en un establecimiento de salud, quien, a pesar de su evolución favorable (de la que daban cuenta los reiterados informes de su equipo tratante), no lograba que el Juzgado de Ejecución Penal

ordenara el cese de la medida, por no contar con dictamen pericial en tal sentido por parte del cuerpo forense del Poder Judicial.

Pero aún fue más allá, y concluyó que

al no apreciarse que los peritos forenses intervinientes hayan considerado los antecedentes obrantes en la causa al momento de emitir su dictamen, sobre el cual se fundó la denegatoria del cese de la medida de seguridad y habiendo los mismos omitido ponderar los numerosos informes interdisciplinarios presentados por la institución tratante en sentido favorable a la externación, la decisión del juez carece de motivación. En virtud de ello, se anula la resolución y se ordena que se practique nueva pericia psiquiátrica, en la cual los peritos forenses deberán considerar todas las constancias útiles de la causa relacionadas con los numerosos informes del equipo tratante, para así evaluar la existencia de un riesgo actual y no meramente eventual, luego de lo cual, corresponderá dictar nuevo pronunciamiento con arreglo a los criterios que en la resolución quedan indicados.

En igual sentido, en dos precedentes posteriores (Sentencia N.º 64 del 25 de marzo de 2013, autos «F. C. D. Ejecución Medida de Seguridad – Recurso de Casación», y Sentencia N.º 105 del 7 de mayo de 2013, autos: «V. G. H. Ejecución Medida de Seguridad – Recurso de Casación»), el Tribunal Superior Judicial se expidió sobre idéntica cuestión, y dejó así establecidos los lineamientos a seguir.

Ambos casos analizan si, en el marco de una internación psiquiátrica ordenada por la imposición de una medida de seguridad (art. 34, inc. 1º del Código Penal), es viable mantener una custodia policial dentro del establecimiento de salud donde se cumple la medida. En los mencionados decisorios, se dejó establecido que resulta inviable la imposición de custodia personal como medida para minimizar el riesgo de fuga, atento a que «desnaturaliza el funcionamiento de las instituciones de salud, el propio rol de la Policía y, fundamentalmente, afecta las chances del tratamiento terapéutico por el acom-

pañamiento forzoso de la custodia en las actividades programadas con el paciente», para concluir en lo que acá interesa, que

la fijación y ejecución de políticas de salud no es competencia del Poder Judicial, sino del Poder Ejecutivo, por lo que no corresponde al Poder Judicial modificar la estructura y funcionamiento de las instituciones de salud, requiriéndoles custodia u otro personal de seguridad, cuando la política salud de puertas abiertas es una elección de la esfera a la que le corresponde resguardar la salud.

Y agrega que «el argumento de “peligrosidad de carácter eventual” para mantener una medida de seguridad en el marco de la internación psiquiátrica contraría todas las directrices que, a nivel provincial, nacional e internacional, rigen en materia de salud mental».

La Ley N.º 26.657 garantiza a las personas con padecimiento mental el «derecho a recibir tratamiento y ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades [...]» (art. 7, inc. d), y a «recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con resguardo a su intimidad, siendo reconocido siempre como sujeto de derecho, con el pleno respeto de su vida privada y libertad de comunicación» (art. 7, inc. l).

Poco a poco la jurisprudencia va integrando la nueva normativa nacional y supranacional en la materia, formulando una interpretación del artículo 34 del Código Penal que se adecua a las directrices internacionales que guían la normativa específica.

Resulta en este contexto interesante acceder a la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia de la Nación en la temática. Así, el 1º de septiembre de 2009 con el voto de Elena Highton de Nolasco, Enrique Santiago Petracchi, Juan Carlos Maqueda y Carmen Argibay, se desestimó analizar un expediente de internación psiquiátrica compulsiva por cuestiones formales (no conformar los requerimientos del recurso extraordinario –una de las previsiones que permiten el acceso a la Corte Suprema de Justicia de la Nación–). Sin embargo, Ricardo Lorenzetti, Carlos S. Fayt y Eugenio Zaffaroni conforma-

ron una disidencia en la cual analizaron el fondo de la cuestión («S. de B., M. del C. c/ Ministerio de Justicia – Poder Judicial – Estado Nacional S. 493. XLII»).

En resumen, en dichos actuados una mujer denuncia al Juzgado Civil que indicó su internación psiquiátrica y a la clínica psiquiátrica que la internó. Y me he permitido extraer algunos párrafos del voto de la minoría, que, sin duda, constituye una punta de lanza para el avance jurisprudencial.

Así expresan que

una de las situaciones más habituales de privación de la libertad por razones diferentes de los actos criminales de enfermos mentales –medidas de seguridad previstas en el Código Penal por ilícitos realizados por pacientes con discapacidad mental declarados judicialmente inimputables con fundamento en la peligrosidad– es la internación involuntaria o forzosa en establecimientos psiquiátricos [...].

La institucionalización de un paciente cuando no medie, de manera innegable, un propósito terapéutico debe interpretarse como un tratamiento arbitrario, una *verdadera detención*.

En el caso en concreto

no se precisaron los criterios para ordenar dicha internación, ni se especificaron los estándares sustantivos para la reclusión preventiva (definir con precisión el grado de peligrosidad de la paciente) [...].

Es preciso señalar que sólo resulta legítima una internación obligatoria si la conducta del paciente, por su afección, verificada como pasible de internación, implica la posibilidad de daño a sí mismo o a terceros [...].

Una persona puede ser admitida como paciente involuntario cuando queda acreditado que padece de una enfermedad mental grave, que su capacidad de juicio está afectada, y que el hecho de

que no se la retenga o admita en una institución psiquiátrica puede acarrearle un gran deterioro de su condición [...].

Es esencial el respeto a la regla del debido proceso en resguardo de los derechos fundamentales de las personas sometidas [...].

La violación del derecho al recurso efectivo y a las garantías del debido proceso, del derecho a la integridad personal de los familiares y de reparación adecuada lo cual se refleja en el fallo de la Corte Interamericana de Derechos Humanos.

En otro fallo pronunciado en un caso similar –«Tufano, Ricardo Alberto s/ internación (Competencia N.º 1511. XL)»–, la Corte dijo que

en nuestro sistema constitucional resulta inconcebible que una persona sea restringida en su libertad sino en virtud de resolución adoptada por los jueces [...].

En efecto cuando se trata de internación compulsiva es esencial el respeto a la regla del debido proceso en resguardo de los derechos fundamentales de las personas sometidas a aquélla [...].

La resolución 46/119 de la ONU de 1991 enuncia que debe designarse un defensor especial para que asista y represente al enfermo, un dictamen independiente y *la internación será cuando exista riesgo grave e inmediato o inminente, en todos los casos se comunicará de los motivos de la admisión y la retención al paciente y al órgano de revisión.*

Lo expuesto hasta aquí pone en evidencia el anacronismo del proceso de la inimputabilidad, y la posición de algunos fallos judiciales que han efectuado una interpretación limitadora de la medida de seguridad privativa de libertad. No obstante, en muchos otros casos se observa una falta de resolución judicial para poner fin a una situación de encierro hospitalario-carcelario. Sucede sobre todo en los casos en que personas declaradas inimputables se encuentran en condiciones de alta médica o de ser externadas.

Las obligaciones que ha asumido el Estado argentino deben traducirse en el ámbito del tratamiento penitenciario a personas con discapacidad psicosocial o intelectual, y es necesaria una adecuación normativa y de las prácticas judiciales a los nuevos estándares, principalmente regulación penal de la inimputabilidad y aplicación jurisprudencial.

Es la misma Corte Suprema de Justicia de la Nación, el 19 de febrero de 2008, en autos «M. J. R. s/ insanía», la que alerta que

tanto el principio de proporcionalidad como el propósito de respetar el principio de igualdad, que se buscó con la declaración de inimputabilidad, se ven seriamente comprometidos debido a que se muestra como irrazonable que una persona, a la que el Estado no quiere castigar, se vea afectada en sus derechos en una medida mayor de la que le hubiese correspondido de haber sido eventualmente condenada como autor responsable.

Es evidentemente irrazonable establecer la reclusión del enfermo mental inimputable hasta que deje de ser peligroso (por su carácter de eventualidad), por parte del juez penal, cuando ya existe una legislación que señala los pasos para disponer la intervención voluntaria o compulsiva de una persona con padecimiento psíquico y establecer la judicialidad de estas medidas (arts. 482 y concordantes del Código Civil y Ley N.º 26.657).

En función de ello, el juez penal debería renunciar a la aplicación de una pena sobre personas absueltas por enajenación mental, y cuando observe la necesidad de internación u otra medida de tratamiento, debería dar intervención al juez civil competente para que se pongan en funcionamiento las normas correspondientes.

Como corolario de la interpretación de los conceptos propuestos y su interacción, me permito transcribir a la juez Capolupo de Durañona, en oportunidad de expedirse sobre la aplicación de una medida de seguridad, entendiendo que «la medida no sólo no puede aplicarse de manera automática por el solo hecho de declararse inim-

putable al sujeto sino que tampoco por la sola circunstancia de considerarlo peligroso».

Al fundamentar, argumentó que

si se entendiese que por el mero hecho de considerar «peligroso» al inimputable, su encierro sería viable aunque no fuese una medida imprescindible, no sólo se estaría poniendo en crisis la noción de «última ratio» del derecho penal, aplicable también a las «medidas» que no se considerasen formalmente «penas», sino que también existiría una contradicción con lo dispuesto por el propio artículo 34, inc. 1º del CP, que en su primer párrafo declara no punibles a estos sujetos: si la medida, en su extensión o intensidad no es inexorablemente necesaria, existiría cuanto menos un «plus» de castigo, ya que el Estado no podrá justificar su accionar con un discurso estrictamente terapéutico.

En este nuevo devenir, surge como constante la garantía del debido proceso.

La Ley de Salud Mental N.º 26.657 en el artículo 7º establece que

el Estado reconoce a las personas con padecimiento mental los siguientes derechos: [...] Derecho a que en el caso de internación involuntaria o voluntaria prolongada, las condiciones de la misma sean supervisadas periódicamente por el órgano de revisión (inc. h) [...]; Derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable (inc. n).

Asimismo, el artículo 40, inciso c establece entre las facultades del Órgano de Revisión creado por dicha ley, la de «evaluar que las internaciones involuntarias se encuentren debidamente justificadas y no se prolonguen más del tiempo mínimo necesario, pudiendo realizar las denuncias pertinentes en caso de irregularidades y eventualmente, apelar las decisiones del juez».

En el imperioso de la práctica diaria, sería aconsejable que, en caso de que el equipo tratante considere la inviabilidad de una internación compulsiva o su mantenimiento en el tiempo sin indicación terapéutica, se dé inmediata intervención al Órgano de Revisión para que ejerza la defensa de los derechos reconocidos por ley al sujeto con padecimiento mental, sin perjuicio de informar al juez interviniente desde el punto de vista terapéutico, de la improcedencia de la medida de seguridad decretada.

Bibliografía

- Código Civil de la República Argentina* (1988). Buenos Aires: Editorial A-Z.
- Código Penal de la Nación* (1988). Buenos Aires: Editorial A-Z.
- Corte Suprema de Justicia de la Nación. «M. R. J. s/ insania». Competencia del 19-2-2008.
- Corte Suprema de Justicia de la Nación. «Tufano, Ricardo Alberto s/ internación». Competencia N.º 1511. XL. del 27-12-2005.
- Corte Suprema de Justicia de la Nación. «S. de B., M. del C. c/ Ministerio de Justicia – Poder Judicial – Estado Nacional». Sentencia N.º 493. XLII del 1-9-2009.
- Ferri, E. (1907). *Sociología Criminal*. Madrid: Góngora.
- Garófalo, R. (1885). *Criminología: estudio sobre el delito, sobre sus causas y la teoría de la represión*. Madrid: la España Moderna.
- Ley N.º 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Decreto Reglamentario 603/2013. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 3 de diciembre de 2010.
- Muñoz Conde, F. J. (2014). «Algunas notas sobre Filippo Grispigni y el Derecho penal fascista». *Revista Penal*, N.º 33, pp. 218-229.
- Prins, A. (1882). *La Défense sociale et les transformations du droit pénal*. Paris: Misch et Thron.
- Thiegui, O. (1989). *Tratado de Criminología*. Buenos Aires: Editorial Universidad.

Tribunal Judicial Superior de la Provincia del Chaco. «G. R. A. Ejecución Medida de Seguridad – Recurso de Casación». Sentencia N.º 314 del 21-11-2012.

Tribunal Judicial Superior de la Provincia del Chaco. «F. C. D. Ejecución Medida de Seguridad – Recurso de Casación». Sentencia N.º 64 del 25-3-2013.

Tribunal Judicial Superior de la Provincia del Chaco. «V. G. H. Ejecución Medida de Seguridad – Recurso de Casación». Sentencia N.º 105 del 7-5-2013.

Riesgo en salud mental: concepciones hacia una nueva práctica

Pablo Daniel Catalán, Leonardo Fernández Camacho,
Gabriel Hernán Hagman y Natalia Lamothe

Introducción

Según el artículo 20 de la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657, la internación involuntaria de una persona sólo puede realizarse cuando a criterio del equipo de salud mediere situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros. Por ello, se debe determinar y justificar la situación de riesgo cierto e inminente y la ausencia de otra alternativa eficaz para su tratamiento. En su posterior reglamentación, describe el riesgo cierto e inminente como aquella contingencia o proximidad de un daño que ya es conocido como verdadero, seguro e indubitable que amenace o cause perjuicio a la vida o integridad física de la persona o de terceros. Dado el giro paradigmático que propone el espíritu de esta ley basada en un enfoque de derechos que se diferencia del camino tutelar de legislaciones preexistentes, consideramos que la categoría de «riesgo», en cuya evaluación se basa la posibilidad de internar en forma involuntaria, debe ser analizada con mayor profundidad, evitando aproximaciones, al decir de De Almeida Filho (2000), desde el sentido común.

Nos proponemos entonces hacer foco en el concepto de *riesgo* como categoría escasamente problematizada en el campo de la salud mental, sobre todo a la luz de los nuevos enfoques. Comenzar una senda de análisis de este concepto, detectando los usos corrientes y las decisiones que acarrea, permitirá una posible superación de vie-

jas conceptualizaciones. El análisis profundo de la noción de *riesgo* en salud mental podría ser una llave en el camino de redefinir los abordajes terapéuticos y a su vez nuestros roles como agentes de salud, lo que puede dar lugar a una mejora en nuestras prácticas en el marco del enfoque de derechos al que suscribe la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657.

Inquietudes preliminares

A pesar de transcurridos casi cuatro años de la sanción de la ley, observamos la dificultad que atraviesan los equipos por despegarse de la noción de *riesgo* desde conceptualizaciones tradicionales, es decir, una categoría ligada meramente a lo psicopatológico, como única dimensión que lo conforma. Inmediatamente el sentido común nos sumerge en la noción de *peligro*. Éste resultó ser el justificativo perfecto de años de prácticas manicomiales que hoy se intentan abandonar cuando se plantea el abordaje desde un enfoque de derechos, desde una perspectiva dinámica, que busca dejar atrás el encierro, que tiende a evaluar situaciones en el aquí y ahora, contemplando las múltiples dimensiones que atraviesan a un sujeto. El resultado de esta evaluación puede incluir su calificación como situación de riesgo. Sin embargo, esta primera aproximación ya nos enfrenta con dos dificultades: ¿de qué depende que en esas circunstancias la situación por la que atraviesa el paciente se construya como situación de riesgo? ¿Quién y desde dónde se hace esa construcción? Y por otro lado, ¿la evaluación de riesgo implica definitivamente la necesidad del abordaje desde la urgencia? ¿Es posible ampliar las dimensiones con las que evaluamos el riesgo de forma que no sea equivalente a una situación de urgencia? Estos planteos comienzan a ser indispensables si tenemos en cuenta que al evaluar el riesgo, la conducta más frecuente de los equipos de salud es la internación, muchas veces en forma involuntaria.

¡Peligro! No avanzar

La evaluación del riesgo, generalmente ligada a «lo peligroso», irá variando según los diversos recorridos de los integrantes de equipos tratantes, y cómo aquéllos se planten frente a la situación puntual de la entrevista. ¿Desde dónde es medido el riesgo entonces? ¿Es posible pensarlo como categoría que nos atraviesa a todos en mayor o menor medida, y no como exclusivo de «otros» y como sustrato para considerarlos en situación pasible de tratamiento urgente? La evaluación de riesgo entendida como suma de factores que lleva a un sujeto a estar en situación de peligro para sí y/o terceros nos continúa ubicando en el lugar de ejercicio de control, y dificulta así posicionarnos en un lugar pura y exclusivamente terapéutico.

«Peligro, un extranjero vendiendo chipá, doble a la derecha [...]. A 200 m una casa tomada por inmigrantes, doble a la derecha [...]. Peligro, a 100 m jóvenes con visera consumiendo *fernandito*, doble a la derecha». Será entonces el «GPSS» de Miky Vainilla el que nos permitirá circular tranquilos sin toparnos con aquellos «feos, sucios y malos» que abundan en la ciudad. ¿Cómo se construye ese «otro» peligroso? ¿A quiénes reclutar en el futuro para ese ejército de indeseables? ¿Cómo olvidar los aportes en la materia del Dr. Lombroso¹ y el inglés Herbert Spencer!² La antropología nos permite el concepto de *etnocentrismo*, que, a grandes rasgos, explica la identificación del total de la sociedad con uno solo de sus grupos sociales, es decir, interpreta la realidad de acuerdo con aquellos parámetros culturales, únicos y universales. Práctica que sin dudas proyecta la existencia de una supremacía cultural. Locos, pobres, inmigrantes, trabajadores organizados, fueron –y son– algunos de los grupos sociales condenados por las ciencias burguesas. Esa construcción

-
1. A Cesare Lombroso se lo conoce como uno de los representantes del positivismo criminológico.
 2. Se señala habitualmente a Herbert Spencer como un promotor del darwinismo social.

social de un «otro peligroso» fundada en principios políticos, económicos y culturales, y difundida hasta el hartazgo por los grandes sistemas de comunicación, nos remite a aquellos mecanismos de dominio propios de las sociedades de control que propone Deleuze (2006). Propiedad, status quo, control, ¿peligro para quién/es?

En definitiva, la propuesta de repensar las categorías con las que los equipos de salud mental evalúan y toman decisiones va en la dirección de reubicarnos como agentes de salud, con posicionamiento acentuado en lo terapéutico y alejado de visiones etnocéntricas.

Riesgo cierto e inminente versus riesgo posible

En términos conceptuales, el riesgo

se constituye en una forma presente de describir el futuro, bajo el supuesto de que se puede decidir cuál sería el futuro deseable. ¿Qué son ganancias y pérdidas en el terreno del vivir/morir humanos? En el llamado sentido común, huir de los riesgos se transformó en sinónimo de estilo de vida sano «pleno» de templanza, prudencia, gestión criteriosa/ponderada de riesgos, cuando éstos no pudieren ser simplemente evitados (De Almeida Filho, Castiel y Ayres, 2009).

Previo a la promulgación de la ley, Toro Martínez y Ghioldi (2010) problematizan la noción de *peligrosidad* (hoy *riesgo*) al diferenciar riesgo cierto e inminente versus peligrosidad potencial, que implicarían dos modalidades diferentes de internación: urgente versus terapéutica. Según los autores, el «riesgo grave, cierto e inminente» resulta aquel que «puede ser fundamentado con objetividad y científicidad»; el riesgo potencial quedaría sujeto al resultado de numerosas variables, incluidas las indicaciones del equipo terapéutico. Plantean dos tipos de peligrosidad/riesgo bien definidas: la psicopsiquiátrica grave, cierta e inminente, emparentada a la praxis psiquiátrica clínica, es decir: si se detecta hipolucidez, excitación o

disforia, psicosis, fantasías intensas o planificación de conducta auto- o heterolesiva, interferencia de juicio o perturbación de prueba de realidad, entonces podrá identificarse un riesgo grave, cierto e inminente y en consecuencia indicar internación, urgente e inpostergable. Por otro lado, la peligrosidad potencial remite a conductas perjudiciales que podrían desplegarse pero no se sabe cuándo. Ante este diagnóstico ya no se desprende categóricamente la indicación de internación urgente o compulsiva, sino que se tratará de una internación pensada como instrumento terapéutico. Trazada esta diferencia, la evaluación del riesgo no debiera determinar per se una internación urgente o compulsiva como única indicación posible.

El riesgo desde la epidemiología tradicional: el modelo biomédico

Es necesario comprender que los discursos sobre la salud

representan modos de pensar, escribir, hablar sobre la salud y sus prácticas, por lo que resulta necesario situarlos en determinados momentos históricos y saber las razones por las cuales se legitiman al acompañar y ajustarse al orden económico, político y social en el que son generados, sustentados y replicados. Los discursos sobre la salud (y, más específicamente, sobre los riesgos para la salud) consisten en construcciones circunstanciales, de carácter normativo, inapelablemente vinculadas a otros intereses. Dependen, explícitamente o no, de definiciones de lo que es el ser humano, el tipo de sociedad que se anhela y los modos de alcanzarla (De Almeida Filho, Castiel y Ayres, 2009).

Los enfoques tradicionales en epidemiología resultan reduccionistas

al privilegiar las asociaciones etiológicas por encima de otras explicaciones [...] y cuyos esfuerzos se dirigen a la formulación de

modelos que prueben una a una y en forma estadística cada posible causa de un evento adverso para la salud individual (Álvarez Hernández, 2008).

Esos esquemas explicativos se basan en la biomedicina, cuya premisa es la reducción, homogenización y generalización, únicamente a partir de lo medible y cuantificable: si hay influencia del contexto sociocultural, sólo afectará en el plano individual. Entonces, si la epidemiología convencional evalúa cómo los factores que estudia afectan en el plano individual, es decir, si la unidad de análisis es el individuo, los resultados no son aplicables a las poblaciones humanas. Teniendo en cuenta ello, resulta necesario replantear la epidemiología desde una perspectiva integral, que para comprender, evaluar e interpretar las acciones tendientes a aminorar daños evitables a nivel colectivo, trascienda las posiciones naturalistas, individualistas, y reduccionistas que conciben a la salud y la enfermedad como estados. Por el contrario, una perspectiva integral implica la posibilidad de comprender salud y enfermedad como procesos relacionales –dinámicos–, requiere de conceptos que tengan en cuenta la naturaleza de lo humano y cómo eso se relaciona con su entorno. Lo anterior se resume en la idea de que si bien existe un plano biológico, el intento de comprender los problemas de salud-enfermedad de la población no puede limitarse a ello, y debe

integrar el curso clínico individual, con el plano de experiencia del sujeto, el cual vive atravesado por una cultura (con todos sus símbolos y representaciones) inmersa en un plano de relaciones sociales, que incluyen relaciones de poder y roles sociales legitimados que interactúan con los otros planos descriptos (De Almeida Filho, Castiel y Ayres, 2009).

«Una de las importantes críticas realizadas al enfoque cuantitativista del riesgo consiste en el hecho de instituir una entidad, que poseería una “existencia” autónoma, objetivable, independiente de los com-

plejos contextos socioculturales en los cuales se encuentran las personas» (De Almeida Filho, Castiel y Ayres, 2009). En ese contexto observamos un predominio de discursos en salud impulsados por una perspectiva metodológica que permite objetivar la verdad. Como mencionamos, se trata de abordajes que otorgan

importancia secundaria a aquellas informaciones de carácter cualitativo, de carácter sociocultural y psicológico (cuando no las consideran superfluas) y a aquellas referidas a esferas sociopolíticas, que se muestran menos amigables a los dispositivos cuantitativos numéricos. Lo que se critica en este contexto es considerar que a partir de esos abordajes se plantea que las observaciones de los fenómenos de salud pueden ser realizadas en forma objetiva (De Almeida Filho, Castiel y Ayres, 2009).

¿Cómo pensar en términos objetivos variables que atraviesan directamente a los sujetos que las evalúan?

Algunas conceptualizaciones

Mencionábamos que el estancamiento en categorías psicopatológicas nos limitan en el abordaje, nos llevan a discursos comunes o asociados a lo biomédico restrictivo. Así es que trabajaremos brevemente lo adecuado de la utilización del concepto de *riesgo psicosocial*.

Nos preguntábamos, a la vez que problematizábamos, la relación pragmática entre urgencia y riesgo. Creemos que incluir ex profeso la variable tiempo a la noción de *proceso* aportaría a incrementar la calidad del abordaje, al evaluar riesgo desde categorías que no son estrictamente psicopatológicas. En las urgencias se observan cuadros agudos, como disociaciones, estados de shock, etc., que con una adecuada contención y cuidados básicos que no patologicen ni medicalicen al instante, revierten con una llamativa celeridad. Los monitoreos y el trabajo en red nos permiten dar marcha atrás o hacia

delante, alejados del riesgo como una dolencia cuya condición aguda sólo perturbó al paciente. Dar lugar a la categoría de «riesgo psicosocial» contra la psicopatología de lo agudo nos abre un panorama más amplio para abordar no sólo lo crítico/urgente. La evaluación de riesgo psicosocial incluye la variable familiar y la contención que ésta pueda dar y darse frente al problema, visibiliza los límites que se han superado o no en la comunidad, el compromiso de la red actual; da lugar además al riesgo percibido.

Utilizar la categoría de «riesgo psicosocial» frente a un cuadro agudo nos permite trabajar con lo que se pone a prueba de los recursos de la red vincular y comunitaria del centro de vida del grupo, no del «individuo enfermo». Tal cuestión marcará la tónica y el nivel de la urgencia, como así también su afrontamiento. Los actos inaugurales frente a un evento que puede mermar de forma rápida pueden marcar el devenir próximo de la historia grupal.

Si bien lo psicosocial no se agota en la red, son pertinentes algunas consideraciones más con respecto a las cronicidades, y específicamente a los cuidados e intervenciones que son percibidos por la red como poco efectivos, y tendientes a deteriorar la red de los individuos (Sluzki, 1995). Las conductas particulares, por supuesto, las heredan las conductas colectivas del grupo, las dinámicas internas. Los valores que esta red porte, más las relaciones de cuidado previamente establecidas, nos pueden marcar un rumbo a seguir en la intervención. Asimismo, la presencia de la red disminuye el estrés del sujeto en situaciones críticas, hacia la restitución de los estados previos. Ya sea por aprendizaje vicario, por comportamientos correctivos, por seguridad o abrigo. En definitiva, la variable psicosocial ligada a la urgencia nos da el margen de intervención necesario para no incurrir en reduccionismos. La consideración psicosocial, entonces, devela lo actual y lo posible. Esto es, no sólo se agota en el escenario actual de la red, sino que nos plantea problemas relacionales en lo colectivo para la intervención futura.

La casuística con la que nos topamos en el ámbito público nos informa que una gran cantidad de pacientes tienen diezmada su red

vincular, así como una escasa inclusión en instituciones sociales: club, parroquia, escuela, centro cultural, etc. Observamos desarraigos propios o de familiares, disminución de espacios donde comparte, intercambia, pertenece a un grupo nuclear o extendido de origen. Si bien se puede hacer una lectura comunitaria de la situación, y comprender que pensando en lo conservado las posibilidades de aprendizaje y construcción no se pierden, sin dudas complejiza los abordajes.

Una conclusión posible

Consideramos que es necesario pensar el concepto de *riesgo* a la luz de los enfoques actuales. Más aún a partir del impulso dado por la sanción de la Ley de Salud Mental en el año 2010. Esto implica desprenderse de los discursos que arrastran lo jurídico e impregnan nuestras prácticas. A su vez, es menester complejizar –y así superar– los enfoques biomédicos a fin de incorporar las múltiples dimensiones que atraviesan los problemas de salud en las poblaciones humanas. Es importante redefinir un concepto como el de *riesgo*, que tradicionalmente ha llevado a prácticas cuyo único fin es evitarlo o suprimirlo, sin ubicar en ellas nuestros prejuicios y contenidos valorativos. Sin duda que esto sólo puede ser posible en diálogo interdisciplinario. Para esto, debemos comprender que los problemas sanitarios deben estudiarse en su multidimensionalidad, y que en lugar de encararlos desde los enfoques disciplinares, la realidad de los problemas debe ser la que defina la metodología. Para ello, se requiere problematizar la realidad a estudiar, y a partir de allí, desarrollar una integración crítica de conocimientos, habilidades y prácticas discursivas de todas las disciplinas que aportan al objeto de salud; una articulación interdisciplinaria que supere los límites establecidos institucional y profesionalmente, al decir de Menéndez (2009), a través de una «articulación problematizada». Conscientes de las dificultades a partir de los obstáculos que plantean las «rígidas y poderosas fronteras disciplinarias, que delimitan no sólo áreas de

competencia científica, sino sólidos intereses y poderes socialmente consustanciados y que no se dejan remover ingenuamente, sin resistencia» (De Almeida Filho, Castiel y Ayres, 2009).

Bibliografía

- Álvarez Hernández, G. (2008). «Limitaciones metodológicas de la epidemiología moderna y una alternativa para superarlas: la epidemiología sociocultural». Revista *Región y Sociedad*, vol. 20, N.º 2, pp. 51-75.
- De Almeida Filho, N. (2000). *La ciencia tímida. Ensayos de deconstrucción de la epidemiología*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- De Almeida Filho, N.; Castiel, L. y Ayres, R. (2009). «Riesgo: concepto básico de la epidemiología». Revista *Salud Colectiva*, vol. 5, N.º 3. Buenos Aires, pp. 323, 344.
- Deleuze, G. (2006). «Post-scriptum sobre las sociedades de control». *Polis*, N.º 13.
- Ley N.º 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Decreto Reglamentario 603/2013. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 3 de diciembre de 2010.
- Menéndez, E. (2009). *De sujetos, saberes y estructuras*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Sluzki, C. (1995). «De cómo la red social afecta a la salud del individuo y la salud del individuo afecta a la red social». En Dabas, E. (comp.). *Redes: el lenguaje de los vínculos*. Buenos Aires: Paidós.
- Thoro Martínez, E. y Ghioldi, L. (2010). «Riesgo grave, cierto e inminente de daño: único fundamento de la indicación interdisciplinaria de internación basada en la peligrosidad para sí o para terceros». Revista Argentina de Psiquiatría *VERTEX*, vol. XXI, pp. 60-63.

IV. EQUIPO INTERDISCIPLINARIO
E INTERVENCIONES EN LAS URGENCIAS

La modalidad de abordaje basada en un equipo interdisciplinario es un elemento clave según establece la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657 de la República Argentina.

En este marco, dos grandes interrogaciones nos invitan a pensar, en esta sección: por un lado y sobre todo en relación con la urgencia, ¿cómo interviene un equipo interdisciplinario en una situación de urgencia en salud mental? ¿Qué es una intervención de estas características en urgencia? Por otro lado y teniendo en cuenta que la construcción de equipos interdisciplinarios en instituciones de salud mental es una tarea permanente y compleja, ¿cuáles son las dificultades y los desafíos para la constitución de los equipos interdisciplinarios en el marco de este proceso de reforma político-institucional? ¿Qué tipo de articulación epistémica y político-institucional es necesario pensar entre los distintos componentes de este equipo (enfermeros, psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, etc.)?

Con estas preguntas como orientadoras, los trabajos reunidos en esta sección se detienen en las intervenciones del equipo interdisciplinario en la urgencia, sin perder de vista los nuevos desafíos que implica la construcción de un equipo de estas características.

Manejo de la urgencia en sujetos bajo transferencia en un dispositivo ambulatorio intensivo

Alejandra Doallo, Mario Iribarren y Marisa Prestía

Introducción

El presente trabajo se basa en nuestra experiencia en un dispositivo ambulatorio intensivo (Hospital de Día) perteneciente al Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Nos centraremos en manejo y resolución de situaciones de urgencia que se producen en un dispositivo ambulatorio intensivo y con herramientas terapéuticas ambulatorias, que privilegia la construcción de estrategias particularizadas por parte del equipo interdisciplinario. Incluye el abordaje psicoterapéutico, psiquiátrico y social. No se trata pues de un dispositivo específico para la atención de urgencias, como podría ser una Guardia. Por otra parte, las situaciones de urgencia que se nos presentan provienen de pacientes que ya se encuentran en tratamiento en nuestro dispositivo.

Algunas cuestiones extraídas de la práctica nos interrogan. ¿Por qué un sujeto acude a nuestro servicio en una situación que podría considerarse una urgencia (por ejemplo, en el marco de una intoxicación aguda o una descompensación psicótica), quizás habiendo viajado desde lejos, en lugar de concurrir a una Guardia de un centro de salud cercano? ¿Cómo considerar situaciones que se presentan cuando un paciente se encuentra en ese momento en el servicio, tales como intoxicación o intentos autolíticos, por ejemplo? Se trata de sujetos que se encuentran en transferencia y que por ende se dirigen a un lugar en particular.

Hay un vector, una direccionalidad: es importante que aquel que padece una urgencia tenga un lugar a dónde dirigirla y dirigirse.

El espíritu de la Ley N.º 26.657 propende a que la internación se aplique de modo excepcional, únicamente cuando no sean posibles de aplicar los abordajes ambulatorios y cuando a criterio del equipo interdisciplinario de salud, exista una situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros, ante la cual la internación aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en el entorno familiar o comunitario. El dispositivo Hospital de Día cuenta con herramientas que permiten en muchos de los casos manejar ambulatoriamente estas situaciones de urgencia que se nos presentan.

¿Qué entendemos por sujetos en situación de urgencia?

Siguiendo los *Lineamientos para la atención de la urgencia en Salud Mental* (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2013), consideramos que la urgencia en salud mental es «toda situación transitoria que irrumpe y altera las funciones psíquicas, el desempeño habitual y que supone un alto nivel de padecimiento [...]. Implica un crisis que puede tener causas orgánicas, psíquicas y/o sociales y constituye una ruptura del equilibrio vital». Es conceptualizada como emergente del estado de malestar, inscrito en un proceso de salud y enfermedad, no como un acontecimiento aislado, y que requiere de un abordaje integral biopsicosocial.

Preferimos hablar de sujetos en situación de urgencia (y no tanto de la urgencia en general), para poder ubicar las coordenadas subjetivas de aquellos que sufren o padecen y que acuden a nuestro encuentro en búsqueda de un alivio a ese malestar que les resulta intolerable de soportar. De esta manera el acento está puesto en las singularidades de cada sujeto, lo cual conlleva que el manejo de cada situación sea distinto.

Este abordaje sobre la singularidad es anterior al momento de la crisis, y es trabajada desde el momento del ingreso al Hospital de Día, con la evaluación interdisciplinaria de manera permanente. Así, se tienen en cuenta los aspectos psicológicos individuales, la singularidad de su situación social, la modalidad de vinculación con sus compañeros de tratamiento y profesionales del servicio, los vínculos con sus familias y los lazos sociales con otros significativos que establece.

La urgencia nos interpela y es necesario implementar acciones rápidas y específicas para el paciente de la urgencia por parte del equipo terapéutico, pero no «a las apuradas». Hay, respecto de la dimensión del tiempo, una posición no especular. Allí donde sobreviene la prisa del que padece una situación de urgencia, es necesario tomarse el tiempo necesario para la evaluación e implementación de estrategias terapéuticas. La manera de dar respuesta a estas situaciones implica la construcción de una estrategia terapéutica particularizada por parte del equipo interdisciplinario.

Situaciones de urgencia y su relación con la transferencia

Quien se dirige a un servicio u hospital en particular ubica allí una suposición de saber acerca de su padecimiento, a veces no tanto sobre un profesional en particular. Implica un lugar de alojamiento para su padecer y una escucha posible. Se produce una trama de transferencias cruzadas, donde la transferencia institucional tiene su peso, más allá de la transferencia a los profesionales tratantes dentro del equipo.

El estudio de Sotelo y colaboradores en el marco de la investigación UBACYT 2008-2010, en relación con la incidencia de la transferencia imaginaria en la elección del hospital en el momento que surge una urgencia en salud mental, muestra que el 62,7% de los consultantes llegaban a un hospital en particular por elección de un

otro (familiar, juez, etc.). Pero esta relación se invertía si tenían un tratamiento actual o previo en dicha institución.

Algunos *acting out* toman la forma de urgencia; producen una desestabilización en lo personal, familiar y social, y conducen, la mayoría de las veces, al sujeto y/o a su familia, a pedir tratamiento por internación.

Pensamos el *acting out* como una forma de transferencia donde lo reprimido retorna pero en acto; una puesta en acción de la verdad impedida de decir o mal escuchada que se muestra. Esta verdad despojada de palabras, que aparece en carne viva y pide ser alojada, tiene una direccionalidad (al dispositivo, y/o a alguien en particular dentro del dispositivo) y nos proporciona al equipo tratante una oportunidad de desactivar el *acting*, de subjetivar, de ponerle freno a lo que aparece como acción desenfrenada.

El dispositivo debe apuntar a la construcción de transferencia; ofrecer las condiciones necesarias para establecer vínculos de confianza, en donde el sujeto se sienta respetado. Creemos que esto sólo es así si es escuchado en su particularidad del caso por caso y no en la masificación cosificante del tratamiento «para todos» que conduce a la actuación.

El objetivo es alojar al sujeto. El Hospital de Día ofrece no sólo más cantidad de prestaciones, sino un lugar de referencia, identificación y pertenencia al cual poder recurrir en momentos de desestabilización. Es necesario un encuadre regulatorio; éste debe ser claro pero flexible a la necesidad de cada caso y al momento de cada caso. Consideramos que la ausencia de reglas no contiene, mientras que un encuadre rígido expulsa.

Herramientas del dispositivo.

La dimensión de lo grupal del tratamiento

Una vez creada la condición necesaria de la transferencia, el Hospital de Día posee una variedad de herramientas psiquiátricas, psi-

cológicas, sociales y clínicas para favorecer el restablecimiento de la estabilidad subjetiva, y que usará de acuerdo con la necesidad de cada caso.

Cada urgencia es única y se presenta con distintas prioridades de resolución. El epicentro de la crisis pudo haber sido la descompensación de su cuadro de base, un conflicto familiar, un episodio de consumo, un problema habitacional, etc. Algunas urgencias, entonces, ameritarán por ejemplo la intervención inmediata de la disciplina de la psiquiatría, o de la terapia familiar, del tratamiento individual o del tratamiento social. Pero cabe destacar que no hay intervenciones aisladas, sino que, por el contrario, hay varias que actúan al unísono o en distintos momentos, coordinadas en función de una estrategia interdisciplinaria que el equipo tratante construye y evalúa de manera permanente.

Entre las herramientas con las que contamos, se encuentran:

- Psicoterapia individual
- Tratamiento psiquiátrico-psicofarmacológico
- Escenario grupal de contención (producto de la dinámica existente a partir de la presencia del grupo de pacientes y del equipo profesional)
- Convocatoria de referentes (familiares y otros significativos)
- Intervenciones domiciliarias
- Acompañamiento terapéutico
- Internación domiciliaria
- Tratamiento familiar
- Recursos extraservicio: internación en sala de observación y desintoxicación

Por otro lado, debe considerarse el impacto que sobre el grupo de pacientes produce ver a un compañero en situación de urgencia, dado que el grupo contiene y favorece la contención, pero también es impactado por la situación.

Es necesario el trabajo del equipo interdisciplinario sobre el grupo de pacientes en tratamiento, donde se observa quiénes pueden acompañar en el sufrimiento del otro, y aquellos que juzgan la falta y

desafían. La situación de urgencia no afecta pues sólo a quien la padece sino que atraviesa a todo el grupo de compañeros.

Algunas reflexiones finales

Consideramos la transferencia como una de las variables fundamentales a tener en consideración en el abordaje de sujetos en situación de urgencia, de pacientes que ya se encuentran en tratamiento.

Teniendo en cuenta las características que poseen una gran parte de nuestros pacientes, las desestabilizaciones subjetivas, la tendencia a la actuación, las intoxicaciones agudas son situaciones que, entre otras, suelen manifestarse. En la medida en que se haya construido un vínculo transferencial, el Hospital de Día tendrá chances de intervención, apuntando al alojamiento de la singularidad y ofreciendo una escucha al padecer subjetivo. Esto supone entonces que el manejo de cada situación es distinto, construyéndose una estrategia terapéutica particularizada.

Se privilegian, dentro de lo posible, la implementación de estrategias terapéuticas ambulatorias, la inclusión del contexto sociofamiliar y la creación de lazos que permitan la contención (construir una red de sostén, tanto con redes formales, por ejemplo familiares, líderes de su comunidad o religión, como redes informales, por ejemplo vecinos, amigos, etc.). Este abordaje implica considerar al paciente como un sujeto de derechos y no un objeto de asistencia, y contribuye a la construcción de subjetividades y referencias sociales.

Bibliografía

- AA. VV. (1995). *Sujeto, goce y modernidad. Fundamentos de la clínica*. Buenos Aires: Editorial Atuel.
- AA. VV. (1997). *Sujeto, goce y modernidad. Fundamentos de la clínica II*. Buenos Aires: Editorial Atuel.

- Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2013). *Lineamientos para la Atención de la Urgencia en Salud Mental* (en línea). Recuperado el 10/07/2014 de http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/2013-10_lineamientos-atencion-urgencia-salud-mental.pdf.
- Freud, S. (1984). *Inhibición, síntoma y angustia*. En *Obras Completas: Sigmund Freud*, vol. XX. Buenos Aires: Amorrortu. [Trabajo original publicado en 1926].
- Korman, V. (1996). *El oficio de analista*. Buenos Aires: Paidós.
- Ley N.º 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Decreto Reglamentario 603/2013. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 3 de diciembre de 2010.
- Naparstek, F y col. (2008). *Introducción a la clínica con toxicomanías y alcoholismo*. Buenos Aires: Grama.
- Soler, C. (1988). *Finales de análisis*. Buenos Aires: Manantial.
- Sotelo, I. et ál. (2011). «Estudio comparativo sobre la elección del hospital para la consulta de urgencia en cuatro hospitales generales del MERCOSUR» (en línea). *Anuario de Investigaciones*, vol. 18, pp. 157-162. Recuperado el 10/07/2014 de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862011000100070.

La palabra intoxicada

Alejandro Daniel Mogliatti y Andrés Rodríguez Evans

El objetivo del siguiente trabajo es indagar en torno al entrecruzamiento existente de dos disciplinas, la Psiquiatría y el Psicoanálisis, cuando operan en el abordaje de pacientes internados en un dispositivo clínico como es el Servicio de Internación Breve del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Tomaremos como eje central desarrollar aquello que se refiere a la construcción de una demanda de tratamiento en muchos pacientes que se dirigen al hospital pidiendo ser aliviados del malestar que ocasiona el consumo, pero que una vez transcurrido el episodio de intoxicación, de urgencia, y la crisis que motivan su ingreso al Servicio, no resulta posible que se instituya más allá del pedido inicial una genuina demanda de tratamiento, una vez llegado el momento de la externación.

Al hablar de urgencia, nos referimos a la forma de presentación clínica de los pacientes donde ha operado un punto de discontinuidad que implica el corte del equilibrio vital y una ruptura en la homeostasis, que se manifiesta bajo la forma de la pérdida de las coordenadas que sostienen a un sujeto en referencia al Otro: momentos de desencadenamiento, de perplejidad psicótica, de pasajes al acto, de vacilación fantasmática y de encuentro con el deseo del otro, de angustia, de desdibujamiento subjetivo. Si toda urgencia debe ser pensada como un hecho de discurso, se trata de poder instaurar una diacronía temporal que determine cuál ha sido la coyuntura y causa que establecieron esa urgencia, de modo que se posibilite su inscripción como urgencia subjetiva.

Ante este modo de presentación, ubicamos el obstáculo clínico cuando nos vemos llevados a dar algún tipo de respuesta allí donde estamos frente a sujetos que no se han formulado ninguna pregunta, que no demandan nada que vaya más allá del pedido de desintoxicación, de alivio, de corte o interrupción momentánea del consumo compulsivo, del cual no pueden desprenderse, o una interrupción que no pueden llevar a cabo por sí mismos. Se trata de pacientes que, identificados a su práctica de consumo bajo la nominación «ser adicto», acuden desde una posición de objeto a la institución pidiendo la «cura», homologando esta situación a «dejar la droga». Éste es un pedido que es ubicado en un plano mucho más inmediato que aquello que entendemos debe ser el resultado de un proceso, como la meta de un trabajo que, cabe aclarar, trasciende los objetivos del dispositivo, los cuales en términos generales se circunscriben a la intervención en el episodio agudo y a la estabilización subjetiva.

Si el consumo opera al modo de solución más que de un conflicto, muchos sujetos asisten en aquellos momentos en los cuales la función de respuesta que trae consigo el tóxico se encuentra desfalleciendo o ha perdido su poder, sin que necesariamente esto cobre una dimensión sintomática. Así, muchos pacientes consultan o piden ser internados cuando el consumo deviene problemático por afectar la vida cotidiana, el lazo con otros, lo que respecta al cuerpo y sus funciones vitales: situación de calle, consumo compulsivo que pone en riesgo la vida, pasajes al acto, impulsiones, actos auto- o heteroagresivos, problemas con la ley. Aquí el padecimiento queda del lado de los efectos que tiene el consumo, pero sin que esto emerja bajo la forma de un síntoma; y es ante éste que, como supuestos «especialistas», se nos pide una respuesta.

Así, nos encontramos frente a quienes consultan ante lo insoponible de la intoxicación, demandando la internación, pero que bajo la forma de una refractariedad a la lógica del significante, cuestionan los dispositivos ofertados en torno a la palabra, y rechazan la apuesta a un tratamiento por la vía de ésta, de modo que queda limitado el alcance de nuestra acción a un plano meramente médico, y más específicamente, farmacológico.

Tal como planteamos anteriormente, en muchos casos el pedido inicial se sostiene en la búsqueda del restablecimiento de cierta homeostasis perdida frente a aquello que se presenta como un disfuncionamiento, sin que exista la suposición de un conflicto que genere la adicción, puesto que está pensada como causa y origen. Aquí la queja es dirigida hacia la sustancia a la cual se le atribuye la fuente del padecimiento, y la abstinencia queda planteada en términos de la cura.

Ante este modo de presentaciones de la clínica, el trabajo en conjunto y el diálogo interdisciplinario requieren mayor integración, a fin de diagramar la direccionalidad de nuestras intervenciones y la posibilidad de instauración de un tratamiento posible, para lo cual es preciso no perder el horizonte de aquello que se refiere a «la dimensión donde se ejerce hablando estrictamente la función médica, aquella que se refiere al registro de “la significación de la demanda”» (Lacan, 2006).

La desintoxicación de la palabra

Consideramos que la desintoxicación es un paso crucial para abrir la posibilidad de que alguien pueda empezar a hablar acerca de su sufrimiento y armar un relato sobre éste, dado que tal como lo planteamos anteriormente, un sujeto aplastado por el consumo es un sujeto sin síntoma, sin división subjetiva.

Aquí es donde la respuesta que ejerce la medicina a partir del soporte del tratamiento farmacológico –en tanto moderador de la abstinencia, facilitador de estados de mayor sedación, entre otras funciones– operaría con la intencionalidad de restituir en el paciente su posición como sujeto de la palabra.

En el caso de descompensaciones o desencadenamientos psicóticos, se busca que el paciente deje de estar «productivo». Desde una mirada médica la cura se lee como la supresión del síntoma –el cual en general gira alrededor de las alteraciones en la esfera sensoper-

ceptiva, en el contenido del pensamiento y en la organización conductual y discursiva—, de modo que esa supresión constituya un bienestar que permita el primer paso para aclarar la presentación.

Aquellos pacientes que no presentan la constelación sintomática antedicha, solicitan que la intervención farmacológica quede del lado de la abstinencia, función que permite moderar las manifestaciones más disruptivas, provocando cierto bienestar psíquico y físico.

He aquí en donde ubicamos el obstáculo clínico en torno a la posibilidad de construcción de una genuina demanda, que se manifiesta en la posición de muchos pacientes, quienes una vez transcurrido el periodo de abstinencia, plantean este efecto en términos de solución del conflicto.

Ante esto, nuestro margen de intervención queda reducido y limitado a una mera desintoxicación. El alivio del padecimiento provocado por el fármaco genera un amortiguamiento de la angustia y cierto efecto terapéutico, que ubicamos más bien a nivel del bienestar físico, en relación con la recuperación de cierta homeostasis restablecida, pero que como efecto terapéutico inmediato no apunta más que a nivel de lo imaginario del Yo.

La construcción de una demanda

Estos modos de presentación de la clínica cuestionan nuestra praxis y limitan el campo de nuestra acción allí donde el efecto terapéutico inmediato provocado a través de un fármaco, en algunos casos, en lugar de posibilitar que se recobre la condición como sujeto de la palabra, opera al modo de la sustancia, como lo que obtura la falta y división subjetiva. En estos casos la medicación queda del lado de lo que obstaculiza la suposición de un saber inconsciente, la formulación de una pregunta en torno a aquello que se presenta bajo la nominación de «la enfermedad».

Ante este planteo, el entrecruzamiento disciplinar, los objetivos acordes con lo singular de cada presentación y las intervenciones

consensuadas se esgrimen como la alternativa para poder instaurar a través de una torsión de nuestra oferta, la construcción de una posible demanda. Ésta la entendemos como un tratamiento preliminar que posibilite que el sujeto pueda dirigir su queja y padecimiento, en donde advenga algo de la subjetividad en eso que en un primer momento aparece aplastado por la intoxicación.

Desde la práctica psicoanalítica, la oferta de escucha posibilita el advenimiento de un nuevo estatuto del sujeto en el campo de la palabra, que produce un cambio de posición subjetiva que va desde un primer encuentro con alguien que acude como objeto a ser desintoxicado, «a limpiarse», a la posibilidad de que de ese pedido inicial advenga otra instancia, en la cual se descubra «una fuente enigmática de sufrimiento» (Le Poulichet, 2005), en donde la sustancia ya no es ubicada en el plano de la causa.

He aquí el desafío y el obstáculo: la posibilidad de producir un pasaje que vaya de la urgencia y ese pedido inicial de desintoxicación a la emergencia de un sujeto como efecto del significante, en donde lo que se escucha bajo la forma del silencio pulsional y autista se inscriba en el campo del Otro, allí donde nos encontramos en los desfiladeros de la pulsión.

Bibliografía

- Galende, E. (2008). *Psicofármacos y salud mental: la ilusión de no ser*. Buenos Aires: Lugar editorial.
- Lacan, J. (2004). «La dirección de la cura y los principios de su poder». En *Escritos 2*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Lacan, J. (2006). «Psicoanálisis y medicina». En *Intervenciones y textos*. Buenos Aires: Manantial.
- Lacan, J. (2007). «Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis». En *El seminario, libro 11*. Buenos Aires: Paidós.
- Le Poulichet, S. (2005). *Toxicomanías y psicoanálisis. Las narcosis del deseo*. Buenos Aires: Amorrortu.

Ley N.º 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Decreto Reglamentario 603/2013. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 3 de diciembre de 2010.

Naparstek, F. et ál. (2006). *Introducción a la clínica con toxicomanías y alcoholismo*. Buenos Aires: Grama.

Interdisciplina, urgencia... interpeladas por las marcas de época

María Lorena Battán Carabajal, Romina Eliana Benítez,
Ricardo Omar Bustíos Lojewski, Analía del Valle Moreno,
Mónica Cristina Machín y Adriana Haydée Mercado

Introducción

En la actualidad, comprendida por marcas que diseñan la época contemporánea, asistimos a múltiples transformaciones, cambios y movimientos que transitan las distintas configuraciones sociales. Desde allí, el habitar lo social nos convoca a pensar en las formas de producción de subjetividad, las cuales se inscriben en condiciones sociales y culturales específicas.

Por lo tanto, al momento de pensar la urgencia en la problemática del consumo de sustancias, nos ubicamos en el ámbito de la salud mental en un hospital de salud mental y adicciones en el que devienen situaciones de diferente índole.

Es un lugar en el cual se produce el encuentro con sujetos que van transitando situaciones de vulnerabilidad social, malestar subjetivo, cuerpos tomados como sede de diversos excesos, maltratos, accidentes, arrasados por los efectos químicos del consumo.

Éstas son las temáticas que abordamos en este escrito con la intención de reflexionar desde nuestro hacer en la práctica diaria y en este hospital, sobre las nuevas modalidades de abordaje, pensando desde la interdisciplina los padecimientos que demandan nuestra intervención así como también el concepto mismo de *urgencia*.

A partir de ello ubicamos el alcance de la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657 con respecto a la significación de riesgo cierto e inminente. Así podremos construir un marco referencial que nos permita localizar los saberes y prácticas necesarios para el abordaje del sujeto en la urgencia.

Paradigmas, marcas de época, salud mental

Asistimos en la actualidad a la convivencia de paradigmas de épocas pasadas y del presente, los cuales responden a momentos sociales y culturales de cada época, determinando marcas que se fueron inscribiendo a lo largo del tiempo, conformando modos de pensamiento y posiciones para el abordaje de distintas situaciones y conflictivas.

En este contexto se inscriben los debates, las investigaciones, los trabajos y las miradas en relación con la temática sobre salud mental y derechos humanos.

Se trata de temáticas que enlazan significantes diversos, como sujeto, salud, enfermo, trastorno, derechos, libertades, abordaje, tratamientos, profesionales, trabajo en equipo, interdisciplina, dispositivos, biopsicosocial, política, legislación, programas, contextos sociales y culturales. Si bien en la actualidad se podría considerar a la salud mental, en términos generales, como «un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad» (OMS, 2004).

Es interesante señalar que los planteos e interrogantes tienen un recorrido histórico importante tanto a nivel mundial como así también nacional. Están marcados por transformaciones que se dieron en distintos campos, que hicieron crecer el debate, las interpelaciones e interrogantes, y, así, sentaron base para la promulgación de la Ley de Salud Mental actual.

A nivel nacional se destaca la labor del Dr. Ramón Carrillo, el cual, hacia el año 1946 desarrolla una nueva modalidad de abordar el campo de la salud incorporando la mirada social desde la prevención y la atención a partir de Centros Regionales.

Entre los años 1973 y 1987 ubicamos los trabajos del Dr. Floreal Ferrara, quien implementó un plan conocido como Sistema Integral de Atención Progresiva de la Salud.

Se destacan algunas leyes como antecedentes de carácter nacional, a saber: la Ley N.º 2.440 de la Provincia de Río Negro, la Ley N.º 448 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la Ley N.º 10.772 de la provincia de Santa Fe y la experiencia de transformación institucional de la provincia de San Luis, entre otros trabajos.

Además, la Declaración de Caracas (1990), los Principios de Naciones Unidas para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de la Salud Mental (1991), la Conferencia de Brasilia (2005) y el Consenso de Panamá (2010).

Los planteos que se formulan en cada uno de estos escritos proponen un proceso de desinstitucionalización progresivo, en el ámbito de la atención pública, marcado por un abordaje realizado por equipos interdisciplinarios, para tratamientos ambulatorios, por internación, como así también la atención en Guardias. A partir de estos planteos emerge la necesidad de deslindar diagnósticos diferenciales, de situación, consolidando la noción de *urgencia* como así también de *emergencia*, y ubicando en primer lugar el trabajo interdisciplinario.

La historia y el arribar a nuevas formas de pensamiento

Interdisciplina

Las nuevas maneras de comprender los procesos de salud y enfermedad, el poder pensar el concepto de «salud-salud mental como homologable a la calidad de vida» determinan modos de intervención y prácticas diferentes, legitimando el quehacer interdisciplinario y generando un sustrato legal y jurídico que los regule.

Pensar *interdisciplinariamente* implicaría cuestionar la visión unicausal o de causalidad lineal de los acontecimientos, esto es, trascender la mirada parcial de un fenómeno así como también el reconocimiento de las implicancias de otras disciplinas pero también las limitaciones, ya que son campos de saber con constructos socio-

históricos determinados de teorías y métodos, por lo cual no son reflejos de objetos reales (Stolkiner, 1999).

Este cambio de paradigma atraviesa la complejidad del consumo problemático de sustancias psicoactivas, dando lugar a modelos de intervención preventivo-asistenciales, enfocados, como dice Romaní, «en constatar la intrínseca interdependencia sujeto-contexto-sustancia [...]» (Romaní, 1999, pp. 23-25).

El modelo de «reducción de riesgos y daños» enmarcado en el nuevo paradigma se orienta en dispositivos acordes con la problemática y particularidades del consultante, garantizando el acceso al sistema de salud de las personas que consumen o mantienen un consumo problemático, decidan o no intentar abandonarlo, permitiendo dar lugar al sujeto de derecho, al ciudadano.

Desde allí se parte de un umbral mínimo de exigencia, y se considera la internación como último recurso de tratamiento, según se expresa en la Ley N.º 26.657, sólo cuando brinde cuidados y atención que no estén garantizados por fuera de la institución al momento de la evaluación.

En el plano de los nuevos aportes producidos por la ley, enunciaremos los puntos representativos en relación con el consumo de sustancias y modalidades de tratamiento, pensando al sujeto como activo y responsable sin estigmatizaciones.

La ley ha producido una impronta más que significativa, llevará tiempo desmitificar prejuicios en el imaginario social que responden al modelo abstencionista-prohibicionista.

¿Urgencia?

Lo expuesto lo enlazaremos en el siguiente relato clínico.

Se presenta por primera vez a la institución un sujeto de 23 años, acompañado en las vías por su pareja. En la entrevista refiere que hace dos días protagonizó un incidente de tren: se arrojó a los vagones, en situación de consumo, y fue auxiliado por personal policial del lugar. Esta situación motiva dar intervención a la Guardia,

porque se entiende que el caso requiere una respuesta inmediata. La Guardia realiza una evaluación interdisciplinar, a partir del relato del paciente y los síntomas que acompañan el cuadro. Indica y realiza contención verbal, farmacológica y marca la necesidad de la prevalencia del acompañamiento familiar; también se le da un turno para una entrevista en Consultorios Externos, privilegiando el pedido de tratamiento del paciente.

El relato expresado nos permite preguntarnos en relación con otras nociones como son las de *urgencia* y *emergencia* en el hacer del trabajo en una Guardia de un hospital público.

Es necesario diferenciar el concepto de *urgencia* del de *emergencia*, el cual alude a la emergencia médica, la que se relaciona más con el tiempo cronológico, el que requiere inmediato tratamiento o atención y lleva implícita la alta probabilidad de riesgo de vida.

La *emergencia* en salud mental se manifiesta en cuadros de excitación psicomotriz, crisis psicóticas agudas, con riesgo para el sujeto y para terceros, pasajes al acto, trastornos relacionados con el consumo de alcohol y otras sustancias, intentos manifiestos de suicidio, crisis de angustia, ansiedad, estados delirantes, confusionales, situaciones de abuso o maltrato.

En el marco de las prácticas de las instituciones en la época actual, aparece un fenómeno que el Dr. Belaga denomina: «Urgencia generalizada, que comprende las urgencias subjetivas (las crisis) y aspectos de la tradicional emergencia psiquiátrica», y más adelante: «[...] como una forma clínica, como nuevo síntoma, mas emparentado al malvivir del que habla J. C. Milner para diferenciarlo de la psicopatología tradicional» (Belaga, 2005, pp. 33, 39).

Desde el psicoanálisis la *urgencia* es pensada como un momento disruptivo, el encuentro con lo inesperado que ha producido la conmoción del sujeto, emerge algo de lo insoportable, una energía que lo desborda, un goce irrefrenable, un momento en que el actuar aparece en el lugar de la palabra. Se demanda una rápida respuesta a un acontecimiento que desbordó la organización del sujeto, pro-

duciéndole un sufrimiento insoportable, al decir de Lacan: «lo imposible de soportar para un sujeto al que nada divierte».

Es frecuente la presentación de consultantes bajo la irrupción de situaciones de *riesgo cierto e inminente*, definido en el artículo 20 del Decreto 603/2013, reglamentario de la Ley de Salud Mental N.º 26.657 como

aquella contingencia o proximidad de un daño que ya es conocido como verdadero, seguro e indubitable que amenace o cause perjuicio a la vida o integridad física de la persona o de terceros. Ello deberá ser verificado por medio de una evaluación actual, realizada por el equipo interdisciplinario, cuyo fundamento no deberá reducirse exclusivamente a una evaluación diagnóstica.

El hacer de la práctica en la Guardia de un hospital nos permite encontrar diferentes situaciones, que develan lo expresado anteriormente. Lo cual se puede reflejar en el siguiente relato clínico.

Es una Guardia común de un día cualquiera: vamos, venimos, entramos, salimos... Contamos las historias clínicas, miramos la sala de espera, atendemos.

En la Sala de Observación permanecen dos pacientes para su compensación en relación con su cuadro de ingreso. Uno de ellos es Aureliano, quien se encuentra semidormido o semiinconsciente con un suero colocado con perfusión hidroparenteral. Es un paciente que ha estado en tratamiento en distintas oportunidades, bajo la modalidad de internación y ambulatoria. En el último tiempo ha concurrido a la institución bajo los efectos del consumo compulsivo de sustancias, y ha quedado en la Sala de Observación para su desintoxicación y compensación de su cuadro de base. En el último episodio se presenta intoxicado, desaliñado, agresivo, querellante, pero asimismo solicitando ayuda. El equipo lo asiste, y la contención verbal comienza a alojar algo del malestar.

Durante el transcurso del día, suena el celular de la Guardia, del otro lado una voz nos dice: «Aureliano se quiere ir».

Al llegar el equipo de Guardia a la Sala de Observación, el paciente se había ido.

A las dos horas nos avisan que regresó Aureliano. Se encontraba intoxicado, agresivo y sangrando. Es otra Guardia en un día común... Otro paciente más... como muchos... pero que requiere una rápida intervención.

Ahí estaba, sentado, intoxicado, agresivo, sangrando. Con esa mirada de terror, de miedo, desesperación e ira mientras que balbuceaba algunas palabras, cerraba los ojos tratando de esconder sus lágrimas. «Llévenme al Borda...», gira su cabeza y dirige su mirada al médico de la Guardia Interdisciplinaria: «Doctor, lléveme al Borda, doctor, acá no me van a poder contener [...] me voy a ir, quiero seguir drogándome, no puedo parar, ya lastimé a alguien, voy a seguir lastimando, o en una de esas me dan a mí...».

Este pedido convocó una pausa para poder dar respuesta a la urgencia subjetiva del paciente. Ahí nos preguntamos si lo dijo todo junto, lo dijo cuántas veces, no importa; siempre nos pareció creíble su pedido y su desesperación.

Se lo contiene con los medios necesarios para la situación, el fármaco, los fármacos... la palabra... y el cuerpo haciendo tope.

Pese a ello dice sigue diciendo: «Me voy a ir, me voy a ir, quiero drogarme...». En el lugar hay varias personas asistiéndolo. Su mirada se perdió, está viendo otros lugares, su cuerpo se tensa, un intento a ciegas para regresarlo, se lo sujeta con fuerza, abrazándolo, el médico psiquiatra apoya con fuerza su cabeza contra la de él, y le dice: «... ya está, ya pasó...».

No estamos seguros de por dónde anda el demonio de esa alma, alucinado, perseguido, con *craving*, episodio psicótico con auto- y heteroagresividad.

Se lo contiene farmacológicamente, va cerrando los ojos y apoya su cabeza en la mesa. Aureliano pregunta: «¿Me puedo acostar en la camilla?», y se duerme al cabo de unos minutos, ante lo cual podríamos pensar que cede el episodio y con ello el fin de la urgencia/emergencia.

Ante lo plasmado se hace válido pensar: ¿había riesgo cierto e inminente para sí o para terceros?

¿*Vulnerabilidad? Situaciones de vulnerabilidad*

El hacer desde la clínica convoca la necesidad de una mirada integral de saber y pensar en que cada sujeto que concurre, que llega, solo o acompañado, se encuentra inmerso en una problemática subjetiva que convoca a su historia familiar y personal, determinada por un contexto social y cultural.

Al hablar de contexto social, entendemos un sujeto que se encuentra atravesando situaciones de vulnerabilidad, con lo cual demanda la invención de nuevas formas de construcción de dispositivos para dar respuesta a la nueva realidad social actual.

A partir de ello se impone la necesidad de definir el concepto de *vulnerabilidad social* como la

[...] combinación de: eventos, procesos o rasgos que entrañan adversidades potenciales para el ejercicio de los distintos tipos de derechos ciudadanos o el logro de los proyectos de las comunidades, los hogares y las personas; la incapacidad de respuesta frente a la materialización de estos riesgos; y la inhabilidad para adaptarse a las consecuencias de la materialización de estos riesgos (CEPAL, 2002, p. 21).

Es la exposición a situaciones de riesgo o peligro, y la dificultad para afrontarlas. Ya sea por una parte externa, de los riesgos y presión a la cual está sujeto él mismo o su familia; o por una parte interna, que es la indefensión, esto es, una falta de medios para afrontar la situación sin pérdidas perjudiciales.

Cuando hablamos de sujetos atravesando situaciones de vulnerabilidad social nos referimos a sujetos expuestos a situaciones de abandono: expuestos a situaciones de riesgo, pobreza, falta de proyectos, desocupación, discriminación, violencia, desamparo... Como dice Bohle (1993,

p. 17), mientras que la pobreza se puede cuantificar en términos económicos absolutos, «la vulnerabilidad es un concepto relacional y social», que depende de las contradicciones y conflictos sociales.

La Ley de Salud Mental N.º 26.657 restringe el alojamiento indiscriminado de los casos sociales. Así, el artículo 15 dice que «en ningún caso la internación puede ser indicada o prolongada para resolver problemáticas sociales o de vivienda». Pero continúa: «para lo cual el Estado debe proveer los recursos adecuados a través de los organismos públicos competentes».

Conclusión

A partir de lo expresado anteriormente, abarcando la realidad actual, frente a los movimientos y cambios de paradigma, los cuales van dejando marcas de época, nos posicionamos ante la necesidad de reflexionar sobre las prácticas cotidianas.

Esta situación nos lleva a pensar en la construcción de un marco referencial que aloje los acontecimientos y problemáticas actuales.

Podemos decir que a través de los años el debate y el trabajo sobre enfermedades mentales fue desplegándose desde la lógica manicomial al pensamiento basado en el sujeto de derecho y sus libertades, siendo interpelado y cuestionado con mayor relevancia en esta época, en la que se alcanza la necesidad de plasmarlo en diferentes escritos, que se consolidan en la actual Ley de Salud Mental N.º 26.657.

A partir de ello, al pensar en modalidades de abordaje, equipo interdisciplinario, diagnóstico diferencial, riesgo cierto e inminente, urgencia, alcanzan relevancia, complejizándose y encontrando una forma sistemática para dar respuestas, a través de la creación de nuevos dispositivos de atención.

Desde esta mirada pensar en la *urgencia* implica la convocatoria del hacer interdisciplinario, que encontrará prioridades de intervención según la situación, según la conflictiva del sujeto, para poner un freno al desborde, a lo insoportable, a lo sorpresivo.

Asimismo la complejidad de las situaciones comprendidas en el contexto social y cultural de la época deben tenerse en cuenta al abordar al sujeto para poder pensar en la modalidad de atención a seguir en cada caso, desde allí diagramar las estrategias, configurar el diagnóstico y definir situaciones posibles de riesgo cierto e inminente, para brindar al sujeto de derecho la posibilidad del mejor abordaje, presentando opciones de tratamiento.

«Caminante, no hay camino, se hace camino al andar».

Bibliografía

- Adamo, S. (31 de julio de 2012). «Vulnerabilidad social». Trabajo presentado en el *Taller Nacional sobre Desastre, Gestión de Riesgo y Vulnerabilidad: Fortalecimiento de la Integración de las Ciencias Naturales y Sociales con los Gestores de Riesgo*. Buenos Aires: Ministerio del Interior y Transporte, Presidencia de la Nación.
- Baldelli, B. y Quevedo, H. (2013). Apuntes del curso virtual «Introducción a la Ley de Salud Mental: sobre los derechos del paciente y el equipo interdisciplinario». Módulo 1: Antecedentes y aportes de la nueva Ley de Salud Mental. Buenos Aires: Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).
- Bohle, H. G. (1993). «The Geography of Vulnerable Food Systems». En Bohle, H. G.; Downing, T. E.; Field, J. O. e Ibrahim, F. N. (eds.). *Coping with Vulnerability and Criticality: Case Studies on Food-Insecure People and Places, Freiburg Studies in Development Geography*. Saarbrücken: Verlag Breitenbach Publishers, pp. 15-29.
- Carballeda, A. (2001). «Interdisciplina como diálogo. Visión desde el campo de la salud». Revista *El Margen*, N.º 23.
- CEPAL (2002). *Vulnerabilidad sociodemográfica: viejos y nuevos riesgos para comunidades, hogares y personas*. Naciones Unidas.

- Ley N.º 26.529. Derechos del Paciente. Historia Clínica y Consentimiento Informado (2009). Sancionada el 21 de octubre de 2009. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 19 de noviembre de 2009.
- Ley N.º 22.914. Ley Nacional de Salud Mental. *Boletín Oficial*. Buenos Aires, Argentina, 20 de septiembre de 1983.
- Ley N.º 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Decreto Reglamentario 603/2013. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 3 de diciembre de 2010.
- Ley N.º 26.742, modificación de la Ley N.º 26.529. Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 24 de mayo de 2012.
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Promoción de la salud. Conceptos, evidencia emergente, prácticas*. Ginebra: Ediciones de la OMS.
- Romaní, O. (1999). «El contexto sociocultural». En *Contextos, sujetos y drogas. Un manual sobre drogodependencia*. Barcelona: Grup IGIA y Colaboradores, pp. 23-25.
- Sotelo, I. (2005) (comp.). *Tiempos de urgencia, estrategias del sujeto, estrategias del analista*. Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Sotelo, I. (2007). *Clínica de la urgencia*. Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Stolkiner, A. (1999). «La interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas». *Revista Campo Psi*, año 3, N.º 10. Rosario.

Implicancias de la guardia de 24 h. Lecturas desde una mirada crítica¹

Josefina Cantero, Florencia Mir, Anabella Titaro
y Alejandro Todaro Kicyla

Introducción

La dimensión de las consecuencias que conlleva el fenómeno «guardia 24 horas» ha sido poco investigada en lo que a las implicancias en la salud se refiere. Visibilizar esta práctica necesariamente significa reconocer que afecta no sólo a los profesionales sino a quienes acuden al sistema de salud para recibir asistencia.

Las guardias de 24 h, con su complejidad, son una problemática de salud y como tal requieren de un abordaje que contenga a los actores, las instituciones y los recursos que las sostienen cotidianamente. Para esto será necesario deconstruir las representaciones en que se soportan, que son funcionales a una planificación política y una distribución económica determinadas.

-
1. A partir del 1ro. de enero de 2014, en el Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo), se hace efectivo el cumplimiento del artículo N.º 85 del Convenio Colectivo de Trabajo Sectorial del Personal Profesional de los Establecimientos Hospitalarios y Asistenciales e Institutos de Investigación y Producción dependientes del Ministerio de Salud (homologado por el Poder Ejecutivo en el año 2009). El artículo señalado restringe a doce horas diarias la carga permitida para los trabajadores del Servicio de Guardia. Asimismo y como parte del mismo proceso, se incorporan en el Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo) los descansos enunciados en el artículo N.º 80 del mencionado convenio y las horas restantes que deberán cumplirse «en un servicio por fuera del área de urgencias» (art. 86).

Concepciones de la salud y el trabajo en salud

La complejidad y la diversidad ocupacional de los trabajadores de la salud pueden reflejar diferentes patrones de enfermedades y problemas de salud, cuyo conocimiento es esencial para la formulación de las intervenciones respecto de la salud de los trabajadores y de la calidad de la atención para los usuarios. Dicho esto, asumimos un abordaje en sentido amplio del tema de estudio, haciendo foco en los sujetos implicados y en las prácticas, en la subjetividad de la praxis de la salud. En cuanto a la dinámica de las problemáticas de la salud y el intento de conocerlas o entenderlas, debemos reconocer que nos movemos «[...] en un mundo que está dado y que también está dándose [...]» (Granda, 2004). Está dado como estructura de recursos físicos, ecológicos, biológicos, financieros, tecnológicos, etc., por un lado, pero también por normas: leyes, reglamentos, directivas reconocidas e institucionalizadas. Está además dándose (ocurriendo), generándose desde lo individual y social y como producto del accionar de la población con sus verdades, eticidades, veracidades, prácticas y estrategias de organización del poder.

Las conceptualizaciones que evolucionan desde lo que se llamó «Medicina Social Latinoamericana», y que actualmente se encuentran abarcadas en el campo teórico y práctico de la Salud Colectiva, nos muestran que no es posible aprehender las complejas problemáticas de los procesos de salud-enfermedad-cuidado sólo centrados en modelos explicativos matemáticos o biologicistas, sino que es fundamental su simbiosis con modelos comprensivos que posibiliten la recuperación de lo humano ante su naturalización llevada a cabo por los discursos hegemónicos de la medicina y de la salud pública tradicional, o la supresión del sujeto ante la necesidad de supeditarlo a la supuesta verdad de ciertos discursos científico-sociales y políticos (Filho-Silva Paim, 1995).

El concepto de *salud*

La definición de «salud», tal como aparece en la Constitución de la OMS, es «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». El hincapié sobre la dimensión positiva de la salud no puede ocultar las consecuencias que esta definición conlleva, ya que de aquí, se supone, se parte como base para la planificación en salud en casi todo el mundo. Partiendo de esto no podemos pensar a la salud como un concepto estanco ni uniforme, y ésta es una de las grandes críticas que se le han realizado a esta definición, ya que ese supuesto «estado de completo bienestar» aparece fuera de contexto y describe a la salud como un valor muy general que dificulta una «operacionalización para su reconocimiento y promoción» (Morales Calatayud, 1999). Es necesario tener en cuenta cómo ha evolucionado históricamente el concepto de *salud* y el de *enfermedad* así como «un análisis acerca de la evolución histórica de la interpretación causal de la salud y las enfermedades y del criterio que predomina en la actualidad» (Morales Calatayud, 1999).

Desde hace ya cientos de años se pensaba que si la naturaleza del hombre es esencialmente social, no podemos atribuir a lo biológico o lo natural exclusivamente la causa de las enfermedades. Sin embargo, con el desarrollo tecnológico que se ha orientado a buscar la causa de las enfermedades en los componentes bioquímicos del organismo, mucha menos importancia se ha dado a los desarrollos de investigaciones sobre los modos de vida. De más está decir que esta visión acarrea implicaciones políticas y económicas importantísimas.

Arduo es el debate alrededor de la salud y la enfermedad, aunque algunas tendencias aún predominan y se han hegemonizado. Ejemplo de esto es la concepción de la enfermedad en la que se produce

la valoración de la enfermedad, entendida como un estado o situación en el cual la persona se encuentra limitada para la realización de sus actividades habituales a causa de las molestias que

sufre, mientras que la salud se percibe como la ausencia de enfermedad (Morales Calatayud, 1999).

Esto nos lleva a la reflexión acerca de si ésta es la única manera posible de considerar un punto de basta a la sobreadaptación que implican las «actividades habituales». No poder con la exigencia física y mental que suponen 24 horas de trabajo continuado, ¿es un índice de enfermedad o de salud?

Incluso continúa vigente la utilización de indicadores para caracterizar el estado de salud, que lo que realmente permiten es caracterizar la enfermedad:

Se trata de indicadores de morbilidad y mortalidad, así como de incidencia y prevalencia de las enfermedades en los grupos de población, mientras que no surgen paralelamente indicadores para caracterizar la salud en términos «positivos», lo que ha contribuido a que se desdibuje la noción de salud y cada vez sepamos menos de qué estamos hablando cuando nos referimos al estado de salud (Morales Calatayud, 1999).

Morales Calatayud se propone tomar a algunos autores, como Terris, San Martín –con su enfoque ecológico de la salud– e incluso Pérez Lovelle, para abordar la cuestión de pensar en la salud. Sin embargo, encuentra que aun en ellos predomina la idea de que un individuo saludable es quien logra adaptarse al medio, quien logra un equilibrio que le permite funcionar. En el caso del último autor, éste habla de «autorrealización de las potencialidades productivas de la personalidad y su autodominio» (Pérez Lovelle, 1987). En palabras del doctor cubano, «en estas definiciones están subyaciendo las ideas de lo “normal” o lo “normativo” y la de “adaptación”, términos estos que también pueden merecer una definición precisa, y que de hecho pueden resultar polémicos» (Morales Calatayud, 1999). Y a esto podemos notarlo en la cotidianidad de los trabajadores de la salud que realizan guardias de 24 h, quienes en su extensa jornada, que

trae aparejada exigencias, presiones y cumplimientos de tareas específicas en determinado tiempo, así como la exposición a situaciones estresoras, pueden «soportar» largos años esta modalidad, pudiendo «adaptarse» a esta manera de trabajo. Entonces, ¿es saludable poder adaptarse a estas condiciones, a estas normas? Ajustarse a este entorno, ¿es salud? ¿Cuál es el costo de lograr esta «adaptabilidad»?

¿Dónde nos posicionamos cuando pensamos el trabajo en salud?

Consideramos fundamental plantear cómo pensamos la salud y cómo, un problema de salud dentro de lo que, entendemos, forma parte de la práctica de las guardias de 24 h. Esto nos lleva a pensar el trabajo en salud, el desarrollo mismo de las prácticas en este ámbito, en tanto presentan particularidades que deben ser tenidas en cuenta.

La relación del trabajador de la salud con el usuario nos exige pensar en nociones específicas de las utilizadas para el trabajo fabril típico, donde trabajador y consumidor se relacionan indirectamente por intermedio del objeto producido en tiempos distintos y secuenciales.² Al prestar servicio el trabajador de la salud, el acto de producción, el de generación del producto y el de su consumo ocurren al mismo tiempo. Emerson Merhy denomina al primer tipo de relación (trabajo fabril) «objetal», y al segundo tipo (trabajo de prestación de servicios), «intercesora» (Merhy, 2006). El trabajo en salud tiene como característica central y distintiva a las «relaciones intercesoras», las relaciones entre sujetos, en el espacio de sus «intersecciones»:

2. Merhy (2006) llama a esto «trabajo vivo en acto», y denomina «trabajo muerto» a aquel que es más parecido a una producción de tipo fabril, donde existen materias primas y herramientas preestablecidas siempre iguales y que no son producidas por el trabajador ni dependen de éste en ese momento, pero que influyen casi tanto como éste en el producto final.

Es un producto que existe para los dos en «acto» y no tiene existencia sin el momento de la relación, en la cual se colocan como instituyentes en la búsqueda de nuevos procesos, tal cual uno en relación al otro en una de sus dimensiones claves que es su encuentro.

Durante este encuentro, en el proceso de trabajo en salud, el trabajador de salud como agente productor y sus bagajes (conocimiento, equipos, tecnologías en general), interacciona «[...] con el agente consumidor (usuario), tornándolo, en parte, objeto de la acción del productor pero sin dejar de ser también un agente que en acto [...]» también aporta sus bagajes de intenciones, conocimientos y representaciones, expresadas como necesidades de salud (Merhy, 2006).

Salud de los trabajadores de la salud y las consecuencias de las horas de trabajo continuas

La relación entre el trabajo y las condiciones de vida y salud de los trabajadores se ha explorado e investigado previamente en varias áreas, como la agricultura y las actividades comerciales e industriales.³ En cuanto a la cuestión específica del sector de la salud, existen estudios, investigaciones y evaluaciones sobre el síndrome de *burnout*⁴ y sobre estilos de vida de los trabajadores de la salud.⁵ Es relativamente reciente el interés por evaluar la salud de los trabajadores de la salud, debido a su importancia como fuerza de trabajo en todo el mundo.⁶ En Argentina, para el año 2001, se estimaba que la

3. Cf. Facchini, 1986; Buschinelli y Novaes, 1993; Faria, Facchini, Fassa y Tomasi, 1999, y Palácios, Duarte y Câmara, 2002.

4. Cf. Pareda-Torales et ál., 2009; Gil-Monte y Marucco, 2008; Marucco, 2008, y Bustos Villar et ál., 2007.

5. Cf. León Román, 2007.

6. Cf. Araujo et ál., 2003; Nascimento Sobrinho et ál., 2006; Aranda Beltrán y Pando Moreno, 2007; García y Blank, 2008, y Tomasi et ál., 2008.

participación de la fuerza de trabajo en salud en la población económicamente activa⁷ rondaría el 3% en el sector salud,⁸ y no abundan trabajos sobre la salud de los trabajadores de la salud.⁹ Por otro lado, los trabajos o investigaciones realizadas y publicadas desde los propios trabajadores de la salud sobre esta temática es escasa.¹⁰

Sin embargo, está ampliamente aceptado que las condiciones de trabajo precarias, las lesiones y el malestar cotidiano en el ámbito laboral comprometen la calidad de vida y pueden afectar la calidad en la atención que se brinda a la población.¹¹

A lo señalado debemos agregar las particularidades del mercado de trabajo en el ámbito de la salud, las formas precarias de inserción y contratación, el multiempleo de la mayoría de los trabajadores.¹² Por otro lado y según las actividades que desempeñen los trabajadores de la salud, están expuestos a distintas cargas de trabajo que pueden promover o potenciar la ocurrencia de variados problemas de salud.¹³ Ejemplo de esto es que en estudios realizados, la prevalencia de trastornos mentales menores en trabajadores de la salud de instituciones hospitalarias fue más elevada que en trabajadores de instituciones de atención primaria. También se observó diferencia según las profesiones, el género¹⁴ y otras variables relacionadas con las condiciones de trabajo, perfil del estilo de vida y variables socioeconómicas de los trabajadores. Flinn y Armstrong (2011) estudiaron la relación existente entre largas horas de trabajo de médicos en formación y su desempeño con una serie de pruebas cogni-

7. Para ese año el total de personas consideradas económicamente activas fue de 15.500.000.

8. Organización Panamericana de la Salud, 2001.

9. Cf. Salud Ocupacional Argentina, Ministerio de Salud y Acción Social, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, 1985.

10. Cf. Salazar et ál., 2012.

11. Cf. Maynat, 1999; López Mores et ál., 2006; León Román, 2007, y Mamani Encalada et ál., 2007.

12. Cf. Troncoso et ál., 1986.

13. Cf. Da Silva, 2011.

14. Cf. Soto, 1988.

tivas y clínicas que evaluaban sus implicancias en la disminución del rendimiento para la práctica asistencial. Para ello, evaluaron dos veces a los participantes, una luego de haber sido convocados para asistir pacientes y la segunda, luego de haber descansado. Obtuvieron como resultados cambios negativos significativos en el funcionamiento cognitivo de los médicos y en el rendimiento para la toma de decisiones clínicas, atribuibles a las largas horas de trabajo. Por lo tanto, se plantea la cuestión de si trabajar muchas horas disminuye la calidad asistencial y pone en peligro la seguridad del paciente. Olson y colaboradores (2009) demuestran que las alteraciones en el ritmo circadiano afectan la arquitectura del sueño y la consolidación. Cada vez existe evidencia más sólida que demuestra que la pérdida de sueño disminuye el rendimiento en el trabajo y el bienestar del trabajador. Turnos de trabajo prolongados se asocian con más errores médicos, mayor fracaso en la atención y una mayor frecuencia de accidentes automovilísticos y lesiones ocupacionales postguardia. El ACGME¹⁵ ha respondido a la creciente preocupación por la privación del sueño en los médicos al limitar las horas de trabajo para los médicos en formación, pero esto ha sido muy discutido. Los opositores argumentan que los límites de horas de trabajo amenazan la profesionalidad del residente, la educación y la prestación de la atención al paciente.

Hamui-Sutton y colaboradores (2013) realizaron un estudio longitudinal en el que evaluaron la asociación entre la privación de sueño y las habilidades cognitivas y psicomotoras de una muestra de residentes de diferentes especialidades médicas con mediciones pre- y postguardia. Se midieron las variables de habilidades cognitivas y psicomotoras, datos sociodemográficos y de condiciones de guardia, calidad de sueño y psicopatología, y se obtuvo como resultado que el 81% de los residentes tuvo detrimento en, al menos, una de las pruebas realizadas, en las cuales disminuyeron tanto las habilidades cognitivas como las psicomotoras.

15. Accreditation Council for Graduate Medical Education.

Un estudio para Argentina sobre personal de la salud refiere el correlato entre nivel de estrés y nivel de *burnout*, y las consecuencias en el desarrollo de hábitos y costumbres asociados. También concluye que la mitad de la población encuestada presenta síntomas de estrés psicosociolaboral y su consecuente *burnout*, en un nivel medio con tendencia a alto.

Discusión y conclusiones

Las guardias de 24 h implican una exigencia laboral extrema. Aunque las condiciones precarias de trabajo, el multiempleo y las condiciones deficitarias de las instituciones en que dichas prácticas tienen lugar empeoran los efectos y el deterioro que éstas producen sobre los trabajadores, su modalidad, aun llevada a cabo en las mejores condiciones externas, constituye un problema para la salud. Es un problema de salud porque afecta la salud del trabajador, y porque al hacerlo, afecta potencialmente la salud del usuario que solicita atención, dado que la extensión de la jornada laboral deteriora las habilidades cognitivas y motoras y la capacidad de aprendizaje. Ante la evidencia que los estudios demuestran, y que quienes hemos transitado estas prácticas conocemos aun sin la necesidad de evidencia científica al respecto, cabe cuestionar acerca del porqué de la subsistencia de tales prácticas, y si ellas responden sólo a los dictámenes del sistema, violencias institucionales, o si, además, son sostenidas por representaciones muy fuertemente arraigadas en la subjetividad de los trabajadores de la salud.

Bibliografía

Aranda Beltran, C. y Pando Moreno, M. (2007). «Factores psicosociales asociados a patologías laborales en médicos de nivel primario de atención en Guadalajara, México». *Revista Médica del Uruguay*, N.º 23, pp. 369-77.

- Araújo T.; Aquino, E.; Menezes, G.; Santos, C. y Aguiar, L. (2003). «Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem». *Revista Saúde Pública*, vol. 37, N.º 4, pp. 424-33.
- Buschinelli, J. y Novaes, T. (1993). «“Idiopático?” Respirando benzeno». En Buschinelli, J.; Rocha, L. y Rigotto, R. (orgs.). *Isto é trabalho de gente? Vida doença e trabalho no Brasil*. São Paulo: Editora Vozes, pp. 436-60.
- Bustos Villar, E.; Varela, O.; Martello, S.; Hausvirth, L.; Lankinen, A.; Heredia, P. et ál. (2007). «Estrés psicosociolaboral en las unidades de atención integral de la Administración Nacional de Seguridad Social. Estudio de prevalencia. Promoviendo una nueva forma de gestión de los riesgos laborales». *Revista de Investigación en psicología*, vol. 12, N.º 3, pp. 25-41.
- Da Silva, N. (2011). «Decisive factors relating to workload in a primary healthcare unit». *Revista Ciencia & Saúde Coletiva*, vol. 16, N.º 8, pp. 3393-402.
- Facchini, L. (1986). *Proceso de trabajo, cambio tecnológico y desgaste obrero: el caso del ingenio de azúcar “Adolfo Lopez Mateos”* (dissertación de Maestría). Universidad Autónoma Metropolitana, México DF.
- Faria, N.; Facchini, L.; Fassa, A. y Tomasi, E. (1999). «Estudo transversal sobre saúde mental de agricultores da Serra Gaúcha (Brasil)». *Revista Saúde Pública*, vol. 33, pp. 391-400.
- Flinn, F. (2011). «Junior doctors’ extended work hours and the effects on their performance: the Irish case». *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 23, N.º 2, pp. 210-17.
- García, L. y Blank, V. (2008). «Conduitas pós-exposição ocupacional a material biológico na odontologia». *Revista Saúde Pública*, vol. 42, N.º 2, pp. 279-86.
- Gil-Monte, P. y Marucco, M. (2008). «Prevalencia del “síndrome de quemarse por el trabajo” (burnout) en pediatras de hospitales generales». *Revista Saúde Pública*, vol. 42, N.º 3, pp. 450-456.

- Granda, E. (2004). «A qué llamamos salud colectiva hoy». *Revista Cubana de Salud Pública*, vol. 30, N.º 2. Sociedad Americana de Administracion de Salud, La Habana.
- León R. y Carlos A. (2007). «Cuidarse para no morir cuidando». *Revista Cubana de Enfermería*, vol. 23, N.º 1.
- Liz Hamui-Sutton, V.; Barragán-Pérez, R.; Fuentes-García, E.; Cristina Monsalvo-Obregón, C. y Fouilloux-Morales (2013). «Efectos de la privación de sueño en las habilidades cognitivas, psicomotoras y su relación con las características personales de los médicos residentes». *Revista Cirugía y Cirujanos*, vol. 81, N.º 4, pp. 317-327.
- López Moris, E.; Bellocq, F.; Schmidt, G.; Carrozo, E. y Zain El Din, P. A. (2006). «Exceso de horas de trabajo en la residencia de cirugía general: resultados de una encuesta nacional». *Revista Argentina de Residentes de Cirugía*, vol. 11, N.º 1, pp. 15-17.
- Mamani Encalada, A.; Obando Zegarra, R.; Uribe Malca, A. M. y Vivanco Tello, M. (2007). «Factores que desencadenan el estrés y sus consecuencias en el desempeño laboral en emergencia» (artículo de revisión). *Revista Peruana de Obstetricia y Enfermería*, vol. 3, N.º 1, pp. 50-57.
- Marucco, M. (2008). «Síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en odontólogos residentes en seis hospitales de la provincia de Buenos Aires». *Revista Asociación Odontológica Argentina*, vol. 96, N.º 1, pp. 49-52.
- Maynat, M. R. (1999). «Salud y trabajo: las tramas del malestar en el hospital público» (en línea). Buenos Aires. Recuperado el 15-8-2014 de <http://www.monografias.com/trabajos15/salud-trabajo/salud-trabajo.shtml>.
- Merhy, E. (2006). *Salud: cartografía del trabajo vivo* (1ra. ed.). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Morales Calatayud, F. (1999). *Psicología de la Salud. Conceptos básicos y proyecciones de trabajo*. La Habana: Editorial Científico-Técnica.
- Nascimento Sobrinho, C.; Carvalho, F.; Bonfim, T.; Cirino, C. y Ferreira, I. (2006). «Condições de trabalho e saúde dos médicos

- em Salvador, Brasil». *Revista Associação Médica Brasileira*, vol. 52, N.º 2, pp. 97-102.
- Olson, E. J. (2009). «Sleep deprivation, physician performance, and patient safety». *Revista Chest*, vol. 136, N.º 5, pp. 1389-96.
- Organización Panamericana de la Salud (2001). *Recursos Humanos en Salud en Argentina/2001. Observatorio de Recursos Humanos en Salud. Representación OPS/OMS en Argentina* (en línea). Recuperado el 19-8-2014 de http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/pubOPS_ARG/pub53.pdf.
- Palácios, M.; Duarte, F. y Câmara, V. (2002). «Trabalho e sofrimento psíquico de caixas de agências bancárias na Cidade do Rio de Janeiro». *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 18, pp. 843-51.
- Pereda-Torales, L.; Márquez Celedonio, F.; Hoyos Vásquez, M. y Yánez Zamora, M. (2009). «Síndrome de burnout en médicos y personal paramédico». *Revista Salud Ment*, vol. 32, N.º 5. México DF, pp. 399-404.
- Salazar, A.; Boissonnet, C.; Galli, M.; Caceres Monié, C.; Álvarez, E.; Boscaro, M. et ál. (2012). «Trabajar mejor para trabajar mejor. ¿Se discute la problemática profesional en el Congreso Argentino de Cardiología? ¿Se ocupa el médico de esta problemática?». *Revista Argentina de Cardiología*, vol. 80, N.º 1, pp. 47-52.
- Salud Ocupacional Argentina, Ministerio de Salud y Acción Social, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud (1985). *Argentina: descripción de su situación de salud*. s. l., Argentina.
- Soto, E. (1988). «Women, work conditions and occupational health». Buenos Aires, Ministerio de Salud y Acción Social.
- Tomasi, E.; Facchini, L.; Piccini, R.; Thumé, E.; Silveira, D.; Siqueira, F. et ál. (2008). «Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil». *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 24, suppl. 1, pp. 193-201.
- Troncoso, M. C.; Belmartino, S.; Bloch, C. y Luppi, I. (1986). «El mercado de trabajo médico y la producción de servicios de salud en la Argentina». *Revista Educación Médica y Salud*, vol. 20, N.º 4, pp. 535-58.

Maldita espera

Soledad Bordalecou, Martín Bruni, Carolina Campion,
Patricia Fridman, Gabriela Galland y Alejandro Todaro Kicyla

La Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657 imprime una nueva dirección en la praxis del campo de la salud mental. Partiendo del enfoque de derechos, implícitamente promueve un enfoque no clásico del campo de la salud, la gestión y las prácticas de los servicios y dispositivos de atención en salud mental y adicciones.

Esto promueve el desafío de la planificación creativa de nuevos abordajes y nuevos servicios. El Servicio de Atención de la Demanda Espontánea (ADE) se propone como superador de los naturalizados dispositivos de «admisión» tan comunes en el ámbito de la salud mental, y toma en sentido crítico tales dispositivos, que reproduciendo exclusiones previas, promueven la espera, disminuyen el acceso a los servicios y provocan retrasos y derivaciones iatrogénicas, sumando oportunidades perdidas.

En este contexto y como trabajadores implicados de salud mental, plantaremos los desafíos, contradicciones, dificultades y novedades de participar de un dispositivo novedoso interdisciplinario, que intenta prácticas distintas y que se desarrolla en «un mundo que está dado y que también está dándose».

Te apagás, me apagué o me apagás

El Sistema de Servicios de Salud en Argentina funciona mediante un conjunto de políticas públicas, en tanto representa el esfuerzo organizado de la sociedad a través del Estado, con la intención de

asegurar el acceso a los servicios de salud de toda la población, independientemente de su capacidad individual de pago, dado que constituye un derecho propio de la condición de todo habitante del territorio nacional (Vilosio, 2008). El Estado es el principal organizador y administrador de los servicios de salud. Interviene más o menos directamente, a través de distintos niveles jurisdiccionales, en las funciones de aseguramiento, prestación y compra de servicios.

Por supuesto que la organización de los sistemas de salud mental no escapa a las lógicas de organización de los sistemas de salud, teniendo en cuenta que el principal dispositivo de atención de los padecimientos mentales en el sistema de atención argentino es el hospital monovalente, con su lógica hegemónica centrada en el encierro. Es decir, una lógica de exclusión social y sanitaria, de abordaje centrado en lo médico-biológico y en mucha menor medida en lo psicosocial. Esta afirmación no pretende ocultar experiencias claramente diferenciadas y exitosas, sino que se refiere a la preponderancia en el sistema. En la complejidad de este contexto se ha sancionado una nueva Ley de Salud Mental, que puede ser entendida como herramienta estratégica de definición de políticas, de prácticas, y que genera una nueva disputa de poder al interior del campo específico.

Consecuente con la lógica imperante en el sistema de salud, el campo de prácticas en salud mental en nuestro país ha sido tradicionalmente reglado desde una visión asistencialista, individual, tardía, paliativa y de encierro.

Es en este contexto que se desarrolla la intervención del CeNaReSo, ahora Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo), inscripto en el paradigma de construcción de ciudadanía y derechos humanos.

Una procesión de ciegos que trafican luces sin brillo

La modalidad de presentación de los pacientes en la clínica de los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas está caracterizada

por el *acting out* y el pasaje al acto más que por las formaciones del orden de lo sintomático. Aparecen actuaciones, impulsiones, agresiones que están dirigidas hacia el cuerpo propio o del otro. El propio cuerpo es escenario de distintas marcas, maltratos, cortes, accidentes, anorexias, bulimias, intentos de auto- o heteroagresividad. Son acciones que el paciente no vincula con su padecer, y lo atribuye al efecto de la sustancia, o a la relación con la «junta». Incluso la propia historicidad queda desdibujada. Las coordenadas subjetivas quedan borradas frente a una vivencia de repetición de lo mismo –la recaída–, en la que es la sustancia, la droga, la protagonista. El paciente se presenta frente a su consumo en un lugar de ajenidad y demandando que se le extraiga la sustancia mediante la internación, la exclusión.

El sujeto excluido de la época posmoderna queda identificado al nombre que se le otorga en el discurso social, sin derecho a decir su verdad e identificándose a ese rasgo. Actualmente la exclusión se edifica sobre una lógica discursiva ligada al contexto social. Diferentes rótulos nominan al sujeto que las encarna: indigente, discapacitado, adicto, delincuente. El sentirse perjudicado conlleva a una posición subjetiva que organiza el habla y acción del sujeto, su estar en el mundo y su relación con los demás, que exige a un Otro social una reparación por el mal injustificado que el Estado generó en ellos («vengo para que me saquen las ganas de consumir», «el Estado es el que ingresa la droga, entonces ustedes tienen la obligación de internarme para que deje de consumir»). La lógica de la exclusión puede tomar diferentes formas, como la privación económica, de salud, de educación, vincular, que devienen en procesos identificatorios de revictimización y desresponsabilidad subjetiva manifiestos en la presentación clínica de los pacientes. Plantear una lógica desde el discurso y la acción que conmueva la subjetividad del perjuicio en vías de la emergencia de un sujeto que pueda interrogarse es una de las líneas de trabajo.

A la luz de un sistema de salud que excluye o interna, y de los obstáculos que fueron apareciendo en la clínica, se impulsa la transformación de dispositivos y de prácticas profesionales de atención en este hospital para garantizar la equidad y la accesibilidad a los servicios de salud.

La demanda de tratamiento, caracterizada por cierta urgencia imperiosa, presenta dificultades para poder ser sostenida, y en muchos de los casos se desiste de ella; enuncia dificultades para establecer una transferencia de saber, de confianza hacia el Otro, producto de una historia de múltiples desamparos.

La demanda de los sujetos con patologías de consumo se caracteriza por su inmediatez, por la urgencia subjetiva: son pacientes que justamente no soportan la espera, por lo que se hace necesario aportar alguna primera respuesta, prácticamente en el mismo momento, debido a la marcada dificultad para sostener una espera. Y también porque en la mayoría de los casos, su situación está marcada por la precariedad, la exclusión y la vulnerabilidad social, que se manifiestan tanto en su psiquismo como en su presentación corporal.

¿Qué paso?

La modalidad de «admisión» resultaba segregativa y excluyente, y reproduce la vulneración de los derechos. En aquel largo proceso el paciente se «perdía». Por esto surge la necesidad de crear un dispositivo que aloje y que dé respuesta desde que el paciente llega al hospital. La propuesta implica construir estrategias terapéuticas para cada caso, que tomen en cuenta las coordenadas específicas, tanto subjetivas como de recursos disponibles.

ADE es un dispositivo de umbral mínimo de exigencia caracterizado por su flexibilidad, que figura en la reformulación contenida en el *Plan Estratégico 2013-2015*. Es la puerta de entrada al Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo), que permite la accesibilidad al hospital a todos aquellos que se «perdían» en la espera de aquella «admisión» excluyente y segregativa.

Nuestro objetivo es que en una primera escucha el paciente pueda ser evaluado por un equipo interdisciplinario, con el fin de abordar una posible estrategia de tratamiento, con un plan terapéutico dis-

cutido y consensuado, que parta de la singularidad de la situación en que se encuentra el paciente.

El tóxico y la urgencia se entranan y exigen la extracción del objeto droga. El consumo considerado como una enfermedad desresponsabiliza a los sujetos, quienes muchas veces se presentan como víctimas de una enfermedad que se padece. El desafío en la primera escucha será que en este sujeto que se presenta en la urgencia, se produzca algún movimiento gracias al cual eso de lo que nada sabe deje de ser algo ajeno y extraño para pasar a ser algo propio, que tiene que ver con su vida, que se resignifica con su historia y sus actos. El desafío será ofrecer un espacio donde la escucha apunte a alojar la palabra del sujeto, introduciendo un intervalo-espera de regulación de eso que lo excede y lo trae a la consulta.

El proceso de evaluación de los consultantes se realiza mediante la herramienta metodológica de entrevista interdisciplinaria en sede. No es menor plantear tal descripción, ya que la variable interdisciplinaria y en sede enmarca las potencialidades de trabajo con el paciente.

La interdisciplinarietà denota la urgencia de leer y comprender la complejidad de los problemas sociales individualizados en la consulta, desde el diálogo entre los discursos profesionales. Tal especificidad se construye constantemente, ya que hemos sido formados desde una lógica cartesiana y positivista, tendiendo al reduccionismo de los fenómenos a abordar.

Por otro lado, planteamos la entrevista en sede como una variable dadora de sentido para los pacientes, quienes concurren al lugar que produce «cura y saber». En éste imaginariamente, el consultante puede reproducir en su pensamiento y acción (ligada al abstencionismo y a una subjetividad del perjuicio) un tipo de demanda que el equipo evaluador deconstruirá y resignificará en reciprocidad con el paciente.

A los pacientes se les da una respuesta:¹ no hay pacientes que no sean «admitidos» a tratamiento. De este modo se favorece la inclu-

1. El dispositivo es acompañado por los Grupos de Espera –en caso de que haya alguna demora con los turnos–, que luego de la evaluación de la modalidad

sión de aquellos pacientes con consumo problemático, que acuden a nuestra institución en situación de desamparo social y subjetivo.

En esta línea es que se inscribe la tarea cotidiana del Servicio de ADE, que apuesta permanentemente a restituir subjetividad, desde la perspectiva clínica ya desde la primera escucha, como así también desde una política estatal que apunta al reconocimiento de los derechos de las personas. De hecho, el mismo dispositivo de atención resulta novedoso, ya que intenta desandar lo instituido: la espera como modalidad de subordinación política, la docilidad con la que los pobres deben estar dispuestos a invertir su tiempo, a pagar con él para demostrar buena voluntad y ganarse la atención en los organismos públicos, no como derecho sino como acto caritativo (Auyero, 2013).

Es entonces que ADE se plantea como un primer acercamiento, una primera escucha de aquello que plantea el consultante y que intentará alojarlo. Esta tarea implica un posicionamiento diferente respecto de un proceso tradicional de admisión pero también un choque con otras lógicas tanto dentro como fuera de la institución.

De hecho, la nueva ley aboga por la construcción de dispositivos y formas de hacer y pensar diferentes, en pos de achicar la brecha entre los discursos grandilocuentes de la salud pública y las prácticas anquilosadas del sector. Es aquí donde radica el desafío de poder realizar otra oferta.

Es el mejor tiempo perdido

Con el objetivo de minimizar los efectos físicos, psíquicos y sociales negativos asociados con el consumo de drogas, se presentan

terapéutica, funcionan como espacio para continuar alojando al sujeto hasta su ingreso al tratamiento. Se trata de un dispositivo de modalidad grupal, una oferta de contención, y además es un espacio de espera *en* el hospital. Inclusive si se deriva por fuera del hospital por una cuestión de lejanía, se intenta una derivación protegida para que el paciente no se «pierda».

estrategias que pueden definirse globalmente como de reducción del daño (Minno, 1993). La abstinencia no puede ser, entonces, el único objetivo que se persigue. Por cierto, cuando se trata de cuidar de las vidas humanas, tenemos que tratar necesariamente con las singularidades, con diferentes posibilidades y opciones que se toman.

Las prácticas de salud, a cualquier nivel de ocurrencia, deberían tener en cuenta esta diversidad. Aceptar con cada usuario, en cada situación, lo que se necesita, lo que está siendo demandado, lo que se puede ofrecer, lo que debe hacerse, siempre favoreciendo su participación y su compromiso. Aquí el enfoque de reducción de daños nos proporciona una vía prometedora. ¿Y por qué? Debido a que reconoce en cada usuario sus singularidades, acordando con él estrategias que se orientan no a la abstinencia como una meta a alcanzar. Vemos aquí que la reducción de daños se ofrece como un método de inclusión y cuyo eje consiste en el respeto por la diversidad.

El proceso de trabajo dentro del servicio sigue una lógica ético-política transversal a las dimensiones anteriormente planteadas; es decir, pensamos la intervención profesional desde el modelo de reducción de riesgo y daño, Derechos Humanos, no exclusión y no revictimización del paciente. Apelamos a la subjetividad emancipatoria, a la deconstrucción de representaciones sociales ligadas al modelo abstencionista y sobre todo a alojar al paciente en su totalidad, eludiendo quedar atrapados en el lenguaje de la adicción: «Me drogo porque me gusta, me gusta porque me drogo. El cuerpo me pide».

Desde nuestra intervención apuntamos a producir una subjetividad inclusiva y emancipatoria que tienda a la visibilización de la problemática, a partir de una perspectiva no asistencialista, haciendo hincapié en que se promueva al sujeto de derechos como protagonista de su vida en el marco de la protección de un Estado presente.

Bibliografía

- Auyero, J. (2013). *Pacientes del Estado*. Buenos Aires: Eudeba.
- Cesilini, G.; Guerrini, M. y Novoa, P. (2007). «La nueva pobreza en el ámbito hospitalario». Buenos Aires: Editorial Espacio.
- González García, G. y Tobar, F. (2004). *Salud para los Argentinos* (en línea). Argentina: Ediciones Isalud. Recuperado de <http://www.msal.gov.ar/medicoscomunitarios/images/stories/Equipos/posgrado-salud-social-comunitaria/5-modulo-pssyc.pdf>.
- Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo) (2013). *Plan Estratégico 2013-2015*. Buenos Aires.
- Ley N.º 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Decreto Reglamentario 603/2013. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 3 de diciembre de 2010.
- Quevedo, S. (2014). Apuntes del curso virtual «Clínica de los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas: dispositivo de atención a la demanda espontánea». Buenos Aires: Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).
- Rovere, M. (9 y 10 de noviembre de 2011). «El área metropolitana evidencia las fallas de nuestro sistema de salud» (en línea). Trabajo presentado en el *VIII Foro Metropolitano*, Universidad Nacional de La Matanza. Recuperado de <http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/rovere.pdf>.
- Soinelli, H. y Testa, M. (2005). *Del Diagrama de Venn al Nudo Borromeo: recorrido de la planificación en América Latina* (en línea). Revista *Salud colectiva*, vol. 1, N.º 3. Lanús. Recuperado el 17-12-2013 de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652005000300005&lng=es&nrm=iso.
- Tobar, F., Olaviaga, S. y Solano, R. (2012). «Complejidad y fragmentación: las mayores enfermedades del sistema sanitario argentino» (en línea). Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento. Recuperado de <http://>

www.fmed.uba.ar/depto/saludpublica/108%20DPP%20Salud,%20Complejidad%20y%20fragmentacion,%20Tobar,%20Olaviaga%20y%20Solano,%202012%5B1%5D.pdf.

Vilosio, J. (2008). «Las promesas incumplidas de la salud en Argentina». Revista *Evidencia Actualización en la Práctica Ambulatoria*, vol. 11, N.º 4, pp. 98-100.

Caminando el proceso de reforma: caracterización de una Guardia Interdisciplinaria basada en derechos

Pablo Daniel Catalán y Leonardo Fernández Camacho

«¡Llamen a la Guardia que es urgente!». «¿Hola, Guardia? Vengan que hay una urgencia». «No, no, mejor véanlo ustedes porque creemos que es una urgencia». Estas y otras expresiones circulan, con mayor o menor grado de gesticulación y dramatismo, a lo largo de la docena de horas que transitamos los trabajadores del servicio. Quizás el abanico de situaciones que surgen en un hospital general permite detectar a simple vista el grado de prisa que requiere una intervención, y que generalmente será resuelta por alguna de las especialidades médicas que forman parte del servicio, es decir, las «emergencias» que demandan inmediata atención pues existe una alta probabilidad de riesgo de vida. Pero ¿qué es una «urgencia»? Y más precisamente: ¿qué se define como «urgencia» en el campo de la salud mental? La etimología de la palabra nos remite al latín *urgentia*: «que apremia, que provoca apresuramiento». Según el *Diccionario de la Real Academia Española*, entre sus distintas acepciones se encuentran: caso urgente / inmediata obligación de cumplir una ley o un precepto / sección de los hospitales en que se atiende a los enfermos y heridos graves que necesitan cuidados médicos inmediatos. Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS), la define como «la aparición fortuita (imprevista o inesperada) en cualquier lugar o actividad, de un problema de salud de causa diversa y gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia».

Ahora bien, si nos centramos específicamente en el campo de la salud mental, podemos identificar la urgencia como «toda situación transitoria que irrumpe y altera las funciones psíquicas, el desempeño habitual y que supone un alto nivel de padecimiento [...]». Implica una crisis que puede tener causas orgánicas, psíquicas y/o sociales y constituye una ruptura del equilibrio vital». ¹ Es decir, el teléfono rojo de nuestro servicio repiqueteará en cuanto se presenten en la institución algunos de los siguientes escenarios, ya sea en pacientes internados, bajo tratamiento ambulatorio o en su primer ingreso:

- Intoxicación: alcohol, cocaína, PBC, psicofármacos, etc.
- Intento de suicidio
- Excitación o inhibición psicomotriz
- Cuadros confusionales
- Estados delirantes/alucinatorios
- Vivencia traumática
- Crisis de angustia/ansiedad

A fin de identificar un marco introductorio, y para definir el recorte donde el equipo interdisciplinario de Guardia actúa, es menester tener presente la diferencia planteada: emergencia-urgencia. La primera remite a situaciones de salud donde corre peligro la vida del sujeto padeciente, mientras que una urgencia requiere una rápida contención para evitar la agudización del cuadro, aunque su resolución puede dilatarse, ya que no existe, de por sí, peligro vital. Los cuadros detallados, y por los que se acudirá a la Guardia del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo), no remiten a cuadros donde conste una amenaza inminente, aunque sí es imprescindible abordar la situación velozmente para evitar una escalada mayor y así mitigar, por ejemplo, las consecuencias de una excitación psicomotriz o una intoxicación

1. Dirección Nacional de Salud Mental (2013). *Lineamientos para la atención de la urgencia en salud mental*.

aguda, que pueden generar un riesgo significativo tanto para quien la atraviesa como para el entorno.

Por último, cabe mencionar la imperiosa necesidad de aprehender el contraste entre los conceptos *emergencia* y *urgencia* por parte de los trabajadores de la salud, pues permitirá en primera instancia la drástica reducción en el grado de mímica y dramatismo que abundan en el ámbito hospitalario, y que su único aporte es a la intensificación de la escena y posibles desventuras.

Guardia: de la médica a la interdisciplinaria

En armonía con la Ley de Salud Mental N.º 26.657 sancionada en 2010 y a menos de un año de su reglamentación, el Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo) incorpora en enero de 2013 el Servicio de Guardia Interdisciplinaria (GID), con atención los 365 días del año, las 24 h del día. Profesionales de Psicología, Trabajo Social, Psiquiatría y enfermeros especializados conforman equipos de trabajo que abordan de forma integral la complejidad de las situaciones que acuden al servicio. Así se superan las intervenciones médicas en soledad, que lejos de reconocer al sujeto-paciente en su complejidad biopsicosocial, éste queda a merced de la internación o en el malestar entre la omnipotencia y la incertidumbre. Afirmar mediante la ampliación de los equipos que la persona precisa desplegarse saludablemente en diferentes dimensiones es un cambio radical versus los abordajes hospitalocéntricos.

Hasta la fecha indicada el Servicio de Guardia contaba con la presencia diaria de un médico psiquiatra en turnos de 24 h. Las intervenciones sesgadas le imprimían una exagerada responsabilidad al profesional de turno, lo que se evidenciaba en la calidad de las prestaciones brindadas. La conformación de equipos interdisciplinarios permite, en primer lugar, brindar el tiempo correspondiente y adecuado a cada presentación, para luego proyectarse en intervenciones integradas a la red de servicios.

Un año más tarde, y en sintonía con el Decreto N.º 1133/2009,² se instauran las doce horas laborales para los trabajadores que presen funciones en servicios de urgencias, lo que implicó un cambio sustancial en la calidad de las prestaciones como así también en la salud de los trabajadores del servicio.

Asimismo, a partir de la puesta en marcha de la RISaM (Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental) se incorporan al Servicio de Guardia residentes (Psicología, Trabajo Social y Medicina) de primer año que rotarán un año por el servicio, observando y acompañando al equipo de planta en todas sus intervenciones.

Todas las incorporaciones mencionadas evidencian la colosal transformación que anidó el servicio en el último año y medio, y que no sólo suma cuantitativamente sino que modificó cualitativamente la calidad de la atención, propiciándole un precioso *cross* de izquierda en la mandíbula del modelo médico hegemónico.

Marco general para la asistencia externa

Se define a la luz de la normativa nacional vigente (Ley N.º 26.657) y el *Plan Estratégico 2013-2015* de nuestro hospital, precisando así su singular identidad. Ambos se esgrimen como el encuadre para la aplicación de los protocolos indicados para el abordaje de los diferentes cuadros o situaciones atendidos por el equipo interdisciplinario del Servicio de Guardia.

La dinámica de cualquier transformación les brinda carácter situacional a los flujogramas, por lo que la concreción de la normativa es constantemente interpelada por la realidad del sistema de salud

2. Decreto N.º 1133/2009. Convenio Colectivo de Trabajo Sectorial del Personal Profesional de los Establecimientos Hospitalarios y Asistenciales e Institutos de Investigación y Producción dependientes del Ministerio de Salud, artículo 85: «Guardias. Duración. Las guardias serán en todos los casos de doce (12) horas».

mental nacional, realidad que irá marcando las modificaciones que asimilará la propuesta del servicio de nuestro hospital.

Funcionamiento de la GID

¿Cómo se acude al servicio?

El ingreso de los pacientes al servicio puede darse ya sea a partir del *triage* efectuado en la sala de espera, o bien derivado por cualquiera de los servicios que cuente con el tránsito de un paciente por alguno de los cuadros detallados en el apartado anterior.

De lunes a viernes a partir de las 20 h, fines de semana y feriados, la atención se extiende a toda aquella persona que ingrese al nosocomio. Es decir, una vez finalizado el horario laboral de los equipos de cada dispositivo con los que cuenta el hospital (Atención a la Demanda Espontánea, Consultorios Externos, Atención Primaria de la Salud, Hospital de Día e Internación), la Guardia será la encargada de alojar las demandas de los pacientes ya en tratamiento o bien entrevistas de orientación a familiares o futuros pacientes.

Asimismo, a partir de convenios institucionales, el servicio realiza evaluaciones en diversos institutos de menores de la Ciudad de Buenos Aires a fin de formalizar la primera escucha, evaluación y posterior sugerencia de tratamiento para el momento de su egreso del sistema penal.

Abordaje

Cualquier persona que ingrese por Guardia deberá ser atendida íntegramente: indicación clínica para superar la urgencia, monitorear su evolución hasta su resolución y posterior derivación asistida. Para ello es menester realizar un minucioso diagnóstico diferencial de la escena, que incluya factores de riesgo y de protección, históricos y actuales. El abordaje de la urgencia hasta su resolución y/o deriva-

ción incluye: descanso, nutrición, contención y orientación a sus vínculos referenciales. Se estima un tiempo de labor que no debiera superar las 72 horas. En este período se concretará un relevamiento y contacto institucional asistencial de origen (CAPS, CeSaM, hospital general, organización social), y, en caso de que el paciente se encontrase solo, rastrear situación vincular nuclear –ampliado– y referentes socioafectivos.

Contamos con una Sala de Observación de Guardia, con supervisión permanente las 24 h, los 365 días del año. La sala se encuentra preparada para realizar sujeciones mecánicas, atención clínica de leve hasta moderada. Resulta un espacio altamente beneficioso para actuar sin premuras innecesarias, monitorear al paciente y evaluar su evolución.

Una vez resuelta la urgencia, el paciente regresa a su lugar de residencia con la indicación de tratamiento –lo que puede incluir regresar al día siguiente para ser atendido por el Servicio de Atención a la Demanda Espontánea–, o bien se efectuará una derivación asistida al centro asistencial del primer nivel más cercano a su domicilio. En caso de que el paciente ya se encontrase en tratamiento en el hospital, deberá volver al dispositivo al que fue asignado para una reactualización diagnóstica con su equipo interdisciplinario tratante.

En caso de que exista criterio de internación, se derivará al Servicio de Internación Breve por cuadros agudos que precisen un tiempo para su remisión: descompensaciones psicóticas, estados delirantes, excitaciones o inhibiciones psicomotrices, entre otros.

Participa como condición de los abordajes, el área clínica médica del hospital. Si por la gravedad evaluada se requerirá de intervenciones mayores, se realiza una derivación asistida con ambulancia propia o con el Sistema de Atención Médica de Emergencia (SAME). Una vez dada el alta clínica, requerimos que se nos derive nuevamente al paciente para continuar su tratamiento. Vamos comprendiendo que la derivación asistida resulta parte fundamental del abordaje de urgencias. Hablamos de ponernos en relación con la red asistencial y poner en relación a ésta con nosotros. Hemos

concretado tal derivación, acercándonos directamente a la institución, conociéndonos en reuniones, acordando turnos telefónicamente; de esta manera el paciente es derivado con mayor seguridad y acompañamiento.

Casi como un neologismo, proponemos la protocolarización al sistema, en términos de interpelar a la red de servicios, antes y durante la urgencia. Observamos que es posible cuando ya asumimos que la intervención no se completa si no se trabaja con las organizaciones e instituciones del primer nivel, cuando articulamos la continuidad de la atención con la red de servicios. Entendemos que trabajar con la red vincular o institucional modifica el cuadro y las posibilidades de tratamiento a largo plazo.

Estadística

Por último, cabe agregar que por primera vez el Servicio de Guardia cuenta con un instrumento de medición de las intervenciones brindadas diariamente. Allí se encuentran categorizados los diagnósticos y tipos de intervenciones más frecuentes. Son relevamientos cualitativos y cuantitativos, que permiten optimizar la gestión del servicio.

El instrumento fue diseñado junto al área de estadística y administración de nuestro hospital: un block tipo recetario, que el personal de guardia puede cargar en su ropa de trabajo, haciendo las veces de anotador.

El análisis de lo relevado no sólo son aportes a largo o mediano plazo, sino que existe la posibilidad de tener señales de alarma de pacientes que reiteradas veces son abordados por los diferentes equipos de Guardia. Tal evento sería de importancia para incrementar las intervenciones adecuadas y de calidad en urgencias.

Observamos en lo cotidiano cómo las intervenciones de urgencia bien comunicadas, bien resueltas, redundan en beneficios para los tratamientos posteriores, así como la existencia de acceso a tratamientos continuos disminuye la intensidad de las urgencias. Comprendemos que la relación con los servicios no es de cordialidad,

sino de unicidad. La red asistencial demuestra todavía disgregación al comprenderse como compartimentos estancos que velan ensimismadamente por su exitoso funcionamiento. Es cierto que la gestión de los servicios institucionales de la red pública no es tarea fácil, pero está demostrado que el retraimiento y autocuidado tampoco facilitan la labor, menos en detrimento de algún otro de la red.

Bibliografía

- Calatayud Morales, F. (2009). *Introducción a la psicología de la salud*. Buenos Aires: Koyatun.
- Decreto N.º 1133/2009. Convenio Colectivo de Trabajo Sectorial del Personal Profesional de los Establecimientos Hospitalarios y Asistenciales e Institutos de Investigación y Producción dependientes del Ministerio de Salud. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 27 de agosto de 2009.
- Dirección Nacional de Salud Mental (2013). *Lineamientos para la atención de urgencias en salud mental*. Buenos Aires, Ministerio de Salud de la Nación.
- Ley N.º 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Decreto Reglamentario 603/2013. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 3 de diciembre de 2010.
- Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo) (2013). *Plan Estratégico 2013-2015*. Buenos Aires.
- Organización Mundial de la Salud (2011): *Guía de Intervención MbGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada*. Ginebra: Ediciones de la OMS.

EPÍLOGO

Elogio de la institución. Nuevas subjetividades, nuevos dispositivos¹

Mariana Camilo de Oliveira y Mariana Cantarelli

I. Introducción

No hay dudas de que somos contemporáneos de una serie de transformaciones en la subjetividad. Siguiendo el canon contemporáneo, deberíamos decir «subjetividades». Más allá del uso del singular o del plural, la evidencia se nos impone. Hay nuevas subjetividades. Ahora bien, «nuevas subjetividades» designa un campo de problemas teóricos abordado por las disciplinas humanas y sociales. Actualmente existe una variedad de debates y polémicas acerca de este asunto. Sin embargo, «nuevas subjetividades» también designa un tipo de malestar en las instituciones actuales, vinculado con la siguiente interrogación: qué hacer ante y con esos nuevos sujetos. En el hospital, pero también en la escuela, aunque la lista podría incluir casi al conjunto de las instituciones, nos topamos con nuevas subjetividades. Cada vez con más frecuencia, algo (o alguien) se presenta de un modo inesperado y nos interpela. Se podrá decir que inevita-

-
1. El fondo de ideas sobre el Estado y las instituciones del epílogo retoma integralmente los planteos de Sebastián Abad y Mariana Cantarelli (2010) en *Habitar el Estado. Pensamiento estatal en tiempos a-estatales*, y se desarrolla en el marco de Hydra, grupo de trabajo y discusión conformado por Sebastián Abad, Esteban Amador, Mariana Cantarelli, Rosario González Sola y Ana Kuschnir. Ahora bien, ese fondo de ideas se puso en diálogo con el proceso institucional que se lleva adelante en el Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo) a partir de la intervención del hospital en noviembre de 2012 bajo la dirección de la Lic. Edith Benedetti y el Ctdor. Pablo Cuadros. Este modesto epílogo es un registro de ese encuentro.

blemente es así. Cierta distancia entre lo que una institución espera y lo que efectivamente se presenta es inevitable. Para bien y para mal, lo inesperado forma parte de la vida. Sin embargo, las nuevas subjetividades que estamos considerando no parecen formar parte de ese tipo de variación. Podríamos decir que estamos ante un conjunto de alteraciones lo suficientemente intensas que nos exige preguntarnos sobre aquello que se presenta pero también, y en términos político-instituciones, qué hacer con esas subjetividades que ponen en cuestión nuestras operaciones y procedimientos habituales en el ámbito clínico e institucional, si pensamos desde el hospital. En otros términos, qué hacer con los pacientes y/o familias que no se «adecuen lo suficientemente bien» a lo que esperamos de ellos. Y tampoco a los dispositivos clínicos e institucionales diseñados en el marco de otra época.²

Así pensado, «nuevas subjetividades» puede ser el nombre de un malestar institucional que requiere pensamiento. Por un lado, es necesario indagar en qué consisten esas variaciones en la subjetividad y en el padecimiento, cuál es su estatuto, qué cambia y qué permanece. Los análisis de las ciencias humanas y sociales son un insumo en esta dirección. Sobre todo, aquellos que no *desprecian* pero tampoco *celebran* las nuevas subjetividades sino que, por el contrario, buscan deconstruir las operaciones subjetivas puestas en juego en cada caso. Por otro lado, saber qué hacer con nuestro malestar institucional (nuestro pequeño malestar en la cultura, siguiendo al *Unbehagen* del Dr. Freud) requiere dar un paso más. Sobre todo, en tanto agentes de instituciones públicas de gestión estatal, somos parte de políticas públicas que buscan intervenir so-

-
2. Este malestar no es exclusivo del ámbito sanitario, como señalamos. La escuela en particular y el sistema educativo en general, cambiando lo que haya que cambiar, se enfrenta con el mismo tipo de desafíos. Los alumnos y los estudiantes, también sus familias, no suelen acercarse a las representaciones promedio que los agentes educativos tienen de lo que deberían ser alumnos, estudiantes y familias. Entonces, dichos agentes esperan lo que sabemos nunca llegará, como los personajes de la extraordinaria *Esperando a Godot*, de Samuel Beckett.

bre el destino de esos sujetos. En nuestro caso, en materia de salud pública y salud mental.

Ahora bien, pensar la dimensión político-institucional de este problema requiere pensar la tensión entre las subjetividades contemporáneas que se presentan y los dispositivos clínico-institucionales hospitalarios (que no se limita a la construcción del paciente, como históricamente lo conceptualizó la Psicología en general y el Psicoanálisis en particular). Esta tensión es efectivamente una tensión. Y en este sentido, pensarla no implica suprimirla. Tampoco tomar partido por la subjetividad o el dispositivo, es decir, negar la subjetividad en nombre del dispositivo (el problema es del sujeto que no se adecua o no le encuentra la vuelta al dispositivo X o Y del hospital) o el dispositivo en nombre de la subjetividad (el problema es adecuar los dispositivos X o Y a imagen y semejanza del sujeto). Más bien, problematizar esa tensión exige elaborar una operación compleja y creativa, de naturaleza político-institucional, que demanda deconstruir las subjetividades que se presentan y construir dispositivos que reconozcan esa subjetividad, sin renunciar a intervenir sobre ella.

II. Acerca de *nuevas subjetividades*

Cuando decimos «nuevas subjetividades» designamos un campo lo suficientemente amplio y variado que resulta prácticamente inabordable. Por eso mismo, en estas notas finales, nos interesa rodear apenas un costadito del asunto. Como se trata de una mirada político-institucional, no nos detendremos aquí en nosologías o tipologías diagnósticas o clínicas en materia de salud mental. Más bien, nos interesa pensar la tensión entre subjetividad y dispositivo a la luz de las condiciones contemporáneas.

La tensión entre subjetividad y dispositivo fue entendida, por gran parte de las ciencias humanas y sociales, como tensión entre sujeto moderno e instituciones disciplinarias. Michel Foucault, en

tanto representante paradigmático de esa posición, dedicó gran parte de su obra al análisis de lo que definía como los efectos reactivos de las instituciones disciplinarias en los sujetos modernos. Por ejemplo, la *subjetividad institucionalizada* por la prisión. Pero también por la escuela y/o el hospital. En un abordaje de estas características, las instituciones y sus dispositivos fueron leídos (casi) exclusivamente como máquinas de control social empecinadas en disciplinar con *la pluma, la espada y la palabra*, como versa el himno al gran maestro argentino.

No hay que perder de vista que este tipo de teorizaciones fue formulado en un contexto muy distinto al nuestro. En el caso de Foucault, en el marco de un Estado hipercentralizado y omnipresente como el francés de los años 60 y 70, y de una sociedad intencionalmente integrada. Nuestra situación, claro está, resulta distinta tanto por la distancia geográfica y temporal como por la diferencia epocal. Pero también por el tipo de instituciones que ocupamos; las que, para ser ocupadas, demandan pensar el vínculo entre subjetividad y dispositivo desde otra perspectiva político-institucional.

Ahora bien, si el Estado es comprendido solamente como una máquina de control social, la tensión entre subjetividad y dispositivo queda asimilada a disciplinamiento liso y llano. Y nosotros a carceros. Asimismo, pensarla –no solamente como control social– nos permitiría captar la complejidad de nuestra época que, por un lado, está marcada por la pérdida de poder y de prestigio de las instituciones estatales (incluido el hospital); tendencias además impensables para la teoría foucaultiana. Por otro lado, y en el caso de las instituciones sanitarias de salud mental, por un contexto post-manicomial y post-tutelar enmarcado en la legislación nacional en la materia. Si reflexionamos desde acá, surgen un conjunto de interrogaciones acerca de la relación entre subjetividad y dispositivo que no pretendemos responder sino apenas formular: ¿de qué tipo de subjetividades estamos hablando? ¿Son nuevas? ¿En qué consiste esa novedad? A la luz de esas variaciones, ¿es posible considerar nuevas formas de padecimiento subjetivo y social? Respecto del contexto

epocal, ¿qué efectos subjetivos produce el desamparo social?³ Por otra parte, ¿qué implica pensar un dispositivo clínico/institucional de un hospital teniendo en cuenta esas marcas subjetivas y epocales? ¿Cómo se construye demanda a la luz de estos sujetos y condiciones?

Cuando hoy revisamos el vínculo entre subjetividad y dispositivo desde un hospital no podemos dejar de pensar en la tensión entre dispositivo disciplinar y sujeto institucionalizado, como señalamos antes. El encierro, como operación del complejo manicomial y tutelar e inclusive en condiciones post-manicomiales y tutelares, es un ejemplo en esa dirección. Sin embargo, pensar las nuevas subjetividades, con qué se topa el hospital, también implica pensar (además de los efectos reactivos de ese tipo de institucionalización) el vínculo intermitente, desconfiado, reducido que determinados sujetos tienen con las instituciones formales. Pensemos, a modo de ejemplo y sin ir muy lejos, en niños, jóvenes o adultos en condiciones de desamparo social que residen fundamentalmente en la calle y cuya inserción institucional, ya sea con la escuela, el hospital o el mercado de trabajo, ha sido y en general es poco feliz.

Como señalamos antes, parte de nuestro malestar anida en que esos sujetos (pacientes y familias) no se parecen a lo que muchas veces esperamos de ellos. La otra parte del malestar reside en que otras tantas veces nuestros dispositivos, sanitarios y educativos, no fueron pensados (por nosotros) para trabajar con esos sujetos. Entonces, no los interpelan. De esta manera, el malestar no es sólo nuestro.

III. Sobre los *nuevos dispositivos*

Retornemos sobre el interrogante que organiza estas notas: ¿qué hace una institución pública como el hospital (en nuestro caso, de

3. Sobre el concepto de «desamparo social», véase Edith Benedetti (2014). «¿Qué puede el hospital? Las Casas Amigables como estrategia de anudamiento en nivel primario ante las urgencias y el desamparo», en la presente edición, pp. 123-144.

gestión estatal) cuando se le presentan nuevas subjetividades? Partamos de una premisa: cuando la institución (en este caso, el hospital) piensa en términos político-institucionales este problema, piensa nuevas subjetividades y nuevos dispositivos. Sin embargo, hay diversas formas de considerarlo.

Una de ellas, que de alguna manera todavía vive entre nosotros, nació en el marco de las discusiones sobre lo que vendrían a ser las reformas psiquiátricas de los años 60 y 70. Entonces comenzó a circular una noción que se ofrecía como concepto para pensar esta situación, a saber: *desinstitucionalización*.⁴ Más allá de sus orígenes, este término designaba el fin de las internaciones de por vida. O más precisamente, el pasaje de un modelo asilar o manicomial⁵ a otro centrado en otras estrategias, en especial basadas en la atención primaria de la salud. Sin perder de vista los diversos usos de la categoría, la noción de *desinstitucionalización* permaneció asociada, al menos para cierta perspectiva, a otras dos definiciones que terminaron por imprimirle –aunque suene como el obvio ululante– una impronta anti-institucional. Por un lado, la apresurada equiparación de «institución» a «manicomio»; por otro lado, la concepción de que la estrategia por venir estaría basada en *menos presencia institucional*.

-
4. Sin pretender saldar la polémica acerca de los orígenes del término «desinstitucionalización», no hay dudas sobre su vinculación con el campo de las luchas anti-manicomiales. Y en este sentido, dos libros resultan paradigmáticos sobre su uso en esa dirección. Por un lado, el libro del sociólogo Erving Goffman, en inglés titulado *Asylums* y traducido al español por *Internados*. En su obra, Goffman hace referencia a lo que llama «institución total», expresión que designa, por ejemplo, cárceles y hospitales psiquiátricos. Por otro lado, el destacado título de Franco Basaglia, ideador y ejecutor de importantes cambios, del año 1968: *L'istituzione negata*, (traducido al español como *La institución negada*). El libro consiste en un relato de una experiencia concreta en un hospital psiquiátrico.
 5. Vale recordar la minuciosa genealogía foucaultiana emprendida en la *Historia de la locura* y la descripción del «gran encierro». El encierro en asilos de personas en ese entonces consideradas dementes, así como de personas pobres, sin ocupación o deficientes físicos fue la respuesta ofrecida por el siglo XVII a la desorganización social y crisis provocada en Europa, en virtud de cambios en los modos de producción (Desviat, 1999, p. 15).

Se suponía que la apertura de las instituciones de encierro era el tiro de gracia al manicomio y se presentaba como la solución al problema. Sobre el después de la apertura, poco. Sin embargo, la vida es más compleja. ¿Cómo se podría pensar hoy una política pública en salud mental sin pensar sobre todo el segundo tiempo de ese partido? Si no alcanzó con *abrir*, ¿cómo podría alcanzar con *cerrar*?

En perspectiva político-institucional, la lectura de la desmanicomialización como desinstitucionalización nos impide pensar un conjunto de situaciones paradigmáticas que requieren más institución y no menos. Más dispositivos ambulatorios, por ejemplo. Más dispositivos territoriales, vale también recordar. Pensemos, por un lado, en pacientes con muchos años de internación en salud mental. La externación de este tipo de pacientes, antes considerados crónicos, es sin lugar a dudas una operación de suma complejidad clínica e institucional. Un proceso político-institucional que, además, es una suerte de navegación «entre Escila y Caribdis» porque corre diversos riesgos: desde convertirse en un mero abandono hasta devenir dispositivos sustitutivos que poco difieren de la lógica manicomial; en ambos extremos, una apertura subpensada. Por otro lado, pacientes que no «demandan» institución y no podrían demandarla porque no tienen experiencia de tal cosa. Este tipo de sujetos nunca llegaría a un hospital por las vías convencionales. Como se dijo en este volumen, quienes padecieron y padecen desamparo subjetivo y desamparo social. En otras palabras, y más enfáticamente para nuestros fines, con escasa *marcación institucional*. Las dos operaciones evocadas, que a su vez son parte de lo que conforma la agenda asistencial de una institución sanitaria actual, son de elevada sofisticación y requieren, reiteramos, más pensamiento y presencia institucional.

IV. A modo de cierre

La consigna de la desinstitucionalización en un horizonte manicomial y tutelar puede comprenderse como una operación que buscaba

demoler las paredes del manicomio. Hoy esa asociación que, seguramente fue una estrategia de subjetivación político-institucional en esas condiciones tan distintas a las nuestras, tal vez nos impida pensar nuestra tarea clínica y político-institucional. Pensar hoy la desmanicomialización, en el marco de la legislación actual en salud mental en nuestro país y desde un hospital nacional de gestión estatal, implica pensar nuevas formas institucionales, nuevos dispositivos clínicos y asistenciales, nuevas formas de *hospitalidad*. Así pensada, concebir el proceso de desmanicomialización no es sinónimo de desinstitucionalización, sino de *institución*. Y en este sentido, estas notas son un elogio de la institución.

Bibliografía

- Abad, S. y Cantarelli, M. (2010). *Habitar el Estado. Pensamiento estatal en tiempos a-estatales*. Buenos Aires: Hydra Editorial.
- Basaglia, F. (1970 [1968]). *La institución negada*. Barcelona: Barral.
- Desviat, M. (1999 [1994]). *A reforma psiquiátrica*. Río de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Foucault, M. (1967 [1964]). *Historia de la locura en la época clásica*. México D. F.: FCE.
- Goffman, E. (1970 [1961]). *Internados*. Buenos Aires: Amorrortu.

Acerca de los autores

Yamila ABAL. Licenciada en Sociología. Integrante del Servicio de Atención Primaria de la Salud del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Carolina ALCUAZ. Licenciada en Psicología. Coordinadora del Dispositivo Ambulatorio de Niñas, Niños y Adolescentes del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo) y docente de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental de dicha institución. Docente en las facultades de Medicina y Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Se desempeña además como supervisora clínica de las Residencias de Psicología del Hospital General de Agudos Dr. Teodoro Álvarez y del Hospital General de Agudos P. Piñero.

Ángeles ALONSO. Licenciada en Psicología. Integrante del Servicio de Hospital de Día del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Matías AMBROSIO. Licenciado en Psicología y maestrando en Teoría Psicoanalítica Lacaniana en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Córdoba. Becario de la Dirección de Salud de la Secretaría de Asuntos Estudiantiles de la Universidad Nacional de Córdoba.

Marina ANIDO. Médica Psiquiatra. Integrante del Servicio de Atención Primaria de la Salud del Hospital Nacional en Red especializado

en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo). Se desempeña además como médica de Guardia del Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich.

María Celeste BALUT. Licenciada en Psicología. Integrante del Servicio de Internación Breve del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

María Lorena BATTÁN CARABAJAL. Licenciada en Psicología con orientación clínica y jurídica. Residente de segundo año de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo) y becaria de dicha institución con la Beca de Investigación «Lic. Ernesto Cotelo» (período 2014-2015).

Edith BENEDETTI. Licenciada en Psicología. Interventora general del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo) y directora de Ediciones Licenciada Laura Bonaparte, sello editorial de dicha institución.

Romina Eliana BENÍTEZ. Licenciada en Trabajo Social. Miembro del equipo de Guardia Interdisciplinaria del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Mariana BERMEJO. Licenciada en Trabajo Social. Residente de segundo año de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Paola Luján BOCCALARI. Licenciada en Psicología. Instructora de la Residencia Postbásica en Adicciones y personal de planta del Hospital Zonal Especializado en Drogadependencia y Alcoholismo «Reencuentro» de la ciudad de La Plata.

Soledad BORDALECOU. Licenciada en Trabajo Social. Miembro del equipo interdisciplinario del Servicio de Atención a la Demanda Espontánea del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Martín BRUNI. Licenciado en Trabajo Social. Miembro del equipo interdisciplinario del Servicio de Atención a la Demanda Espontánea del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo). Se desempeña además como titular de la Guardia Interdisciplinaria de salud mental del Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich.

Ricardo Omar BUSTÍOS LOJEWSKI. Médico especialista en Psiquiatría. Miembro del equipo de Guardia Interdisciplinaria del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Paula Gabriela CABANCHIK. Técnica superior en Pedagogía y Educación Social. Coordinadora del Servicio de Atención Primaria de la Salud del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Ana Clara CÁMARA. Licenciada en Psicología. Integrante del equipo de admisión de Casa de Día del Hospital Zonal Especializado en Drogadependencia y Alcoholismo «Reencuentro» de la ciudad de La Plata.

Mariana CAMILO DE OLIVEIRA. Licenciada en Psicología, licenciada en Letras, magíster en Letras. En la actualidad es doctoranda de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Integra el Área de Formación del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo) y es coordinadora académica del sello Ediciones Licenciada Laura Bonaparte del mismo hospital. Se desempeña además como docente-capacitadora en los trayectos formativos de Hydra Capacitación.

Carolina CAMPION. Licenciada en Psicología. Se desempeña en el Servicio de Atención a la Demanda Espontánea del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Milagros CANOSA. Licenciada en Psicología. Integrante del equipo de admisión de Casa de Día del Hospital Zonal Especializado en Drogadependencia y Alcoholismo «Reencuentro» de la ciudad de La Plata.

Mariana CANTARELLI. Profesora de enseñanza media y superior en Historia y licenciada en Historia. Coordinadora del Área de Formación del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo) y coordinadora académica de Ediciones Licenciada Laura Bonaparte, sello editorial de dicha institución. Es además directora de Hydra Capacitación e integrante del comité editorial de Hydra Editorial.

Josefina CANTERO. Residente de tercer año de Psicología del Hospital Interzonal General de Agudos Eva Perón (ex Castex) de San Martín.

Claudia CARTIER. Licenciada en Psicología. Se desempeña en el Servicio de Atención a la Demanda Espontánea del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Miguel Ángel CASELLA. Doctor en Psicología. Jefe del Departamento de Prevención del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo). Además es profesor titular de la Facultad de Psicología de la Universidad del Salvador.

Laura Beatriz CASTRO. Licenciada en Trabajo Social. Residente de segundo año de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Pablo Daniel CATALÁN. Licenciado en Psicología y maestrando en Ciencias Políticas del Instituto de Altos Estudios Sociales de la UNSAM. Coordinador de la Guardia Interdisciplinaria del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo). Además es docente en la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires y miembro de la Dirección Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud de la Nación.

Florencia COHEN ARAZI. Licenciada en Trabajo Social. Trabajadora social del Servicio de Auditoría Interna del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo) y miembro del equipo docente de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental de dicha institución. Se desempeña además como perito en Cámara Civil con competencia en familia.

Pablo Andrés CORONEL. Médico especialista en Psiquiatría infanto-juvenil y médico legista. Coordinador del Dispositivo Ambulatorio de Niñas, Niños y Adolescentes del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo). Se desempeña además como miembro del equipo interdisciplinario de la Guardia de Salud Mental del Hospital General de Niños Dr. Pedro de Elizalde.

Analía DEL VALLE MORENO. Médica. Residente de segundo año de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Denise DEMARCO. Licenciada en Psicología. Integrante del Servicio de Atención Primaria de la Salud del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Elisa DE SANTA CECÍLIA MASSA. Licenciada en Psicología y psicoanalista y magíster en Estudios Psicoanalíticos. Directora de la Orien-

tação Socioeducativa en la Subsecretaria de Atendimento às Medidas Socioeducativas del Estado de Minas Gerais, Brasil.

Cecilia DIONISIO. Licenciada en Psicología y estudiante en la Especialidad en Psicología Clínica de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Córdoba. Becaria de la Dirección de Salud de la Secretaría de Asuntos Estudiantiles de la Universidad Nacional de Córdoba.

Alejandra DOALLO. Licenciada en Psicología. Integrante del Servicio de Hospital de Día del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Felipe Martín DRUT. Licenciado en Psicología. Residente de segundo año de la Especialidad Postbásica en Adicciones en el Hospital Zonal Especializado en Drogadependencia y Alcoholismo «Reencuentro» de la ciudad de La Plata.

María Cecilia ELIA. Licenciada en Trabajo Social y especialista en Abordaje Integral de las Problemáticas Sociales en el Ámbito Comunitario. Miembro del equipo interdisciplinario del Servicio de Atención a la Demanda Espontánea del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo). Se desempeña además como trabajadora social en el Centro Provincial de Atención Avellaneda, dependiente de la Subsecretaría de Salud Mental y Adicciones de la provincia de Buenos Aires.

Meital FELDER. Licenciada en Psicología. Residente de segundo año de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Leonardo FERNÁNDEZ CAMACHO. Licenciado en Trabajo Social. Co-coordinador de la Guardia Interdisciplinaria del Hospital

Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Martina FERNÁNDEZ RAONE. Licenciada en Psicología. Becaria de investigación de la Universidad Nacional de La Plata.

Patricia FRIDMAN. Licenciada en Psicología y licenciada en Sociología. Miembro del equipo interdisciplinario del Servicio de Atención a la Demanda Espontánea del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo). Se desempeña además como docente en la Universidad Nacional de Quilmes y es suplente de la Guardia Externa Interdisciplinaria del Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich.

Gabriela GALLAND. Licenciada en Psicología. Integrante del Servicio de Atención a la Demanda Espontánea del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

María Eugenia GARCÍA. Licenciada en Psicología. Residente de segundo año de la Especialidad Postbásica en Adicciones en el Hospital Zonal Especializado en Drogadependencia y Alcoholismo «Reencuentro» de la ciudad de La Plata.

Rubén Bernardo GHÍA. Licenciado en Psicología, magíster en Prevención y Asistencia de las Drogodependencias y doctorando en Psicología. Jefe del Departamento de Asistencia Integral del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Silvana GHISELLI. Licenciada en Trabajo Social. Integrante del Servicio de Atención Primaria de la Salud del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo), se desempeña en los barrios Villa 31 (Retiro), Villa 21-24 (Barracas) y Zavaleta. Es además referente en las prácticas pre-profesionales de Nivel II de Trabajo Social de la Universidad de Buenos Aires.

Nicolás GIL. Licenciado en Psicología. Integrante del Servicio de Hospital de Día del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Genaro GRECCO. Licenciado en Psicología. Integrante del equipo de admisión de Casa de Día del Hospital Zonal Especializado en Drogadependencia y Alcoholismo «Reencuentro» de la ciudad de La Plata.

Gabriel Hernán HAGMAN. Médico especialista en Psiquiatría. Exjefe de residentes e instructor de Psiquiatría de la Residencia de Salud Mental del Hospital General de Agudos J. M. Ramos Mejía. Coordinador de articulación de los Servicios de Atención a la Demanda Espontánea, Internación Breve y Guardia Interdisciplinaria del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Mario IRIBARREN. Licenciado en Psicología. Coordinador del Servicio Hospital de Día del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo). Es además miembro del equipo interdisciplinario del Instituto de Tisioneumonología «Raúl F. Vaccarezza» de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.

Natalia LAMOTHE. Médica especialista en Psiquiatría. Exjefa de residentes de Psiquiatría de la Residencia de Salud Mental del Hospital General de Agudos Dr. E. Tornú. Coordinadora del Servicio de Atención a la Demanda Espontánea del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo). Se desempeña además como titular de la Guardia Interdisciplinaria de Salud Mental del Hospital General de Agudos Dr. E. Tornú.

Diana LORENZO. Abogada con postgrado en Derecho Público y Administrativo. Asesora Jurídica del Hospital Nacional en Red es-

pecializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo). Es además asesora jurídica y jefa del Departamento de Asuntos Contecioso Administrativos del Ministerio de Salud.

Mónica Cristina MACHÍN. Licenciada en Psicología con postgrado en Psicoanálisis. Miembro del equipo de Guardia Interdisciplinaria del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Gabriela Inés MASTELLONE. Licenciada en Psicología. Se desempeña en el Servicio de Atención Primaria de la Salud del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo) en el barrio de Zavaleta. Es además docente en la Universidad de Buenos Aires.

Adriana Haydeé MERCADO. Licenciada en Psicología, especialista en Psicología Vincular con Familias de Niños y Adolescentes. Miembro del equipo de Guardia Interdisciplinaria del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Florencia MIR. Residente de cuarto año de Psicología del Hospital Interzonal General de Agudos Eva Perón (ex Castex) de San Martín.

Alejandro Daniel MOGLIATTI. Médico especialista en Psiquiatría. Integrante del Servicio de Internación Breve del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo). Es además profesor en la Unidad Docente Hospitalaria del Hospital General de Agudos P. Piñero de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires e instructor de Psiquiatría de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Carlos Ariel MORALES. Licenciado en Psicología con orientación clínica y jurídica. Residente de segundo año de la Residencia Inter-

disciplinaria de Salud Mental del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo) y becario de dicha institución con la Beca de Investigación «Lic. Ernesto Coteló» (período 2014-2015).

Eliana OLINDA ALVES. Doctora en Psicología y Especialista en Psicología Forense. Psicóloga de las áreas de Familia, Infancia y Juventud del Tribunal de Justicia del Estado de Río de Janeiro, Brasil. Es además presidente de la Comisión de Psicología y Justicia del Consejo Regional de Psicología de Río de Janeiro.

Tatiana OLIVEIRA MOREIRA. Licenciada en Psicología y Especialista en Adolescencia. Psicóloga del área de Infancia, Familia y Penas alternativas del Tribunal de Justicia del Estado de Río de Janeiro, Brasil.

Nicolás OVIEDO. Médico Psiquiatra. Integrante del Servicio de Atención a la Demanda Espontánea del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Aline PEREIRA DINIZ. Licenciada en Psicología, especialista en Psicología Clínica y magíster en Salud Pública. Psicóloga del área de Infancia, Familia y Penas alternativas del Tribunal de Justicia del Estado de Río de Janeiro, Brasil, y miembro afiliado de la Sociedad Brasileña de Psicoanálisis.

Ignacio PELERETEGUI. Licenciado en Psicología y especialista en Psicología Clínica y Terapia Cognitiva. Psicólogo del Servicio de Hospital de Día del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo) y docente de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental de dicha institución.

Roxana PIEDIFERRI. Licenciada en Trabajo Social. Integrante del equipo profesional del Servicio de Internación Breve del Hospital

Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo). Es además docente de la Universidad John F. Kennedy y del Centro Universitario de Chivilcoy.

Paula PiÑERO. Médica. Residente de segundo año de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Alejandra POZZER. Licenciada en Psicología. Residente de segundo año de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Marisa PRESTÍA. Médica especialista en Psiquiatría. Miembro del equipo Interdisciplinario del Servicio de Hospital de Día del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo). Es además miembro del equipo Interdisciplinario del Instituto Municipal de Prevención de Adicciones de Avellaneda.

María Verónica RABANAL. Licenciada en Psicología. Integrante del Servicio Hospital de Día del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Mariano Gustavo REY. Licenciado en Psicología. Coordinador del Departamento de Asistencia Integral del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo) e instructor de residentes de Psicología de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental de dicha institución.

Juan RODRÍGUEZ. Licenciado en Psicología. Integrante del equipo de admisión de Casa de Día del Hospital Zonal Especializado en Drogadependencia y Alcoholismo «Reencuentro» de la ciudad de La Plata.

Silvia Inés RODRÍGUEZ. Abogada y mediadora, combina el ejercicio privado de la profesión con el trabajo en administración pública. Actualmente coordina el Servicio Jurídico Asistencial del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Sofía RODRÍGUEZ ARDAYA. Estudiante de Ciencias Antropológicas. Miembro del equipo de salud del Centro de Innovación y Desarrollo para la Acción Comunitaria que depende de la Secretaría de Extensión y Bienestar Estudiantil de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires.

Andrés RODRÍGUEZ EVANS. Licenciado en Psicología. Integrante del Servicio de Internación Breve del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Eugenia ROUILLE. Estudiante de Ciencias Antropológicas. Miembro del equipo de salud del Centro de Innovación y Desarrollo para la Acción Comunitaria que depende de la Secretaría de Extensión y Bienestar Estudiantil de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires.

Daniela SIERRA. Licenciada en Psicología. Jefa de Residentes de la Especialidad Postbásica en Adicciones del Hospital Zonal Especializado en Drogadependencia y Alcoholismo «Reencuentro» de la ciudad de La Plata.

Vânia SIMÕES FADIGAS. Licenciada en Psicología con Especialización en Terapia de Familia. Psicóloga de las áreas de Juventud, Adultos Mayores y Familia del Tribunal de Justicia del Estado de Río de Janeiro, Brasil.

Clara SZPINDEL. Licenciada en Psicología, especialista en Sistemas de Salud y Seguridad Social. Coordinadora de Grupos de Espera en

el Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo). Es además consultora del Ministerio de Salud de la Nación con respecto a la asistencia técnica a provincias en el Programa para el desarrollo del Proyecto de Fortalecimiento de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud).

Anabella TITARO. Residente de tercer año de Psicología del Hospital Interzonal General de Agudos Eva Perón (ex Castex) de San Martín y psiquiatra del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Alejandro TODARO KICYLA. Psiquiatra. Integrante del Servicio de Atención a la Demanda Espontánea del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Sobre el sello Ediciones Licenciada Laura Bonaparte

Cuando un sello editorial publica sus primeros volúmenes se presenta una ocasión propicia para dar a conocer su razón de ser. Tratándose de la editorial del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo), podría apelarse a la tradición de los hospitales escuela. Ahora bien, en una época como la nuestra no alcanza con la tradición. Vale entonces preguntarse: ¿por qué un sello editorial para el hospital? Y también, ¿por qué esta editorial se llama Ediciones Licenciada Laura Bonaparte?

La necesidad de un sello editorial surge del *Plan Estratégico (2013-2015)* de este hospital. El Plan, en el marco de la intervención del Centro Nacional de Reeducación Social (CeNaReSo), que comienza en noviembre de 2012, tiene como objetivo la implementación y el fortalecimiento de un modelo de abordaje del paciente con patologías de consumo y de su grupo familiar desde una perspectiva integral, interdisciplinaria e intersectorial basada en los principios de Atención Primaria de la Salud en el marco de la legislación (Ley de Derechos del Paciente, Ley de Salud Mental y Ley de Atención Primaria de la Salud) y de las políticas sanitarias nacionales en salud mental y adicciones. Como acontece ante legislaciones y políticas públicas innovadoras, nos encontramos en presencia de un desafío que requiere problematizar las prácticas institucionales y asistenciales. Como parte de este proceso, la editorial quiere ser una herramienta al servicio de esa revisión, tanto hacia dentro de la institución como en diálogo con otros profesionales, instituciones y la comunidad en general.

Ahora bien, esta editorial se llama Ediciones Licenciada Laura Bonaparte, y este nombre tiene sus razones e historia. Laura Bonaparte fue una de las fundadoras de la organización Madres de Plaza de Mayo. Durante la última dictadura militar en nuestro país, su esposo y tres de sus hijos fueron desaparecidos. Además de psicóloga, fue una militante incansable de los Derechos Humanos. Como resulta evidente, no se trata de una elección al azar sino de una nominación que pretende «recuperar» un modo de comprender las prácticas institucionales, políticas y epistémicas de las que nos sentimos herederos y continuadores.

Lic. Edith Benedetti
Interventora general y directora de la editorial

Ediciones Licenciada Laura Bonaparte

TÍTULOS PUBLICADOS

Serie Manuales de procedimiento

Gabriela Bes, Fernando Calvo, Natalia Lamothe y Mariano Rey (Comisión de Administración de Insumos Médicos), *Vademécum 2013-2015*.

Gabriela Bes, *Manual del Servicio de Farmacia*.

Serie Jornadas y congresos

AA. VV., *1.º Jornada de salud mental y adicciones. Dispositivos de intervención clínica*.

AA. VV., *2.ªs Jornadas de salud mental y adicciones. ¿Cómo intervenir en las urgencias? Nuevas subjetividades, nuevos dispositivos*.

DE PRÓXIMA APARICIÓN

Serie Papeles de trabajo

Cantidad de ejemplares: 1000

Este libro se terminó de imprimir en Altuna Impresores,
Doblas 1968, Ciudad Autónoma de Buenos Aires,
en el mes de octubre de 2014.

Este volumen reúne una selección de trabajos presentados para las 2.^{as} *Jornadas de salud mental y adicciones. ¿Cómo intervenir en las urgencias? Nuevas subjetividades, nuevos dispositivos*, organizadas por el Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo).

Los textos que integran este volumen reflexionan sobre el complejo y variado terreno de las urgencias en salud mental. Entre otras interrogaciones, consideramos las siguientes: ¿con qué nuevas modalidades de presentación de urgencias nos enfrentamos en la actualidad? ¿Cómo considerar hoy el entrecruce entre urgencia subjetiva, desamparo social y consumo problemático? Asimismo, ¿qué implica pensar condiciones y criterios de internación en situaciones de urgencia? Por otro lado, ¿de qué hablamos cuando hablamos de intervención en este campo desde una perspectiva interdisciplinaria?

Con este volumen buscamos difundir el conocimiento construido por los profesionales de la salud del Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo) y de otras organizaciones sobre sus prácticas asistenciales e institucionales.



**Ministerio de
Salud**
Presidencia de la Nación

Subsecretaría de Gestión de Servicios Asistenciales



Hospital Nacional en Red
Especializado en salud mental y adicciones
EX. CENARESO

