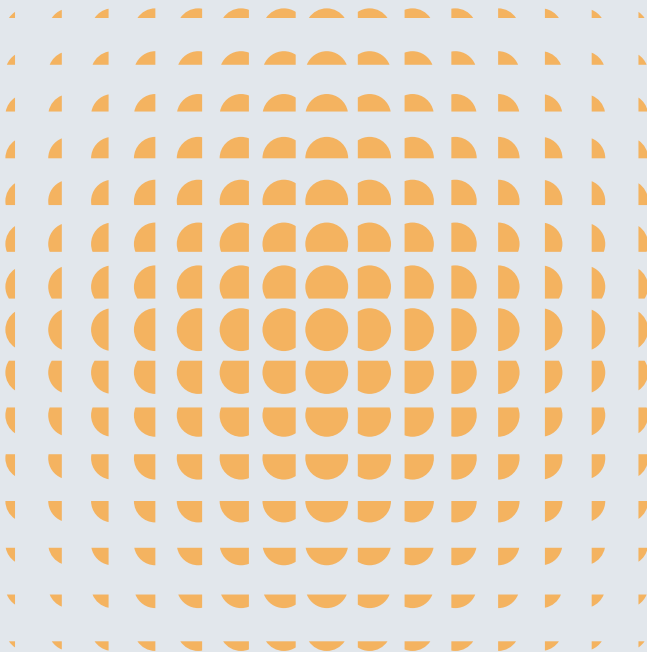


¿Interdisciplina en la intervención clínica?

Obstáculos y desafíos. Estrategias y dispositivos



3.^ª JORNADAS DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES





**Ministerio de
Salud**
Presidencia de la Nación

Subsecretaría de Gestión de Servicios Asistenciales



**Hospital Nacional en Red
Lic. Laura Bonaparte**
Especializado en salud mental y adicciones,
EX GENARESO

¿Interdisciplina en la intervención clínica?

Obstáculos y desafíos. Estrategias y dispositivos



3.ª JORNADAS DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES

DIRECTORA DE EDICIONES LICENCIADA LAURA BONAPARTE:

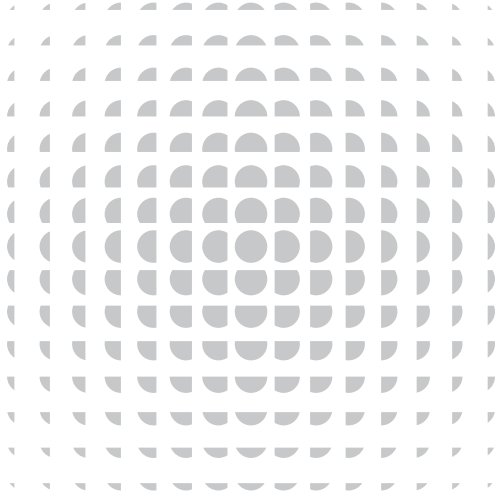
Edith Benedetti

¿Interdisciplina en la intervención clínica?

Obstáculos y desafíos. Estrategias y dispositivos



3.^{as} JORNADAS DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES



3.^{as} Jornadas de salud mental y adicciones. ¿Interdisciplina en la intervención clínica? Obstáculos y desafíos. Estrategias y 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, 2015.

Tomo I, 354 p., 21x13,5 cm.

ISBN 978-987-45365-7-0

1. Salud Mental . 2. Adicciones. I. Cantarelli, Mariana, ed.

II. Camilo de Oliveira, Mariana, ed. III. Benedetti, Edith,

prolog. IV. Título.

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

formacion@cenareso.gob.ar

3.^{as} Jornadas de salud mental y adicciones.

¿Interdisciplina en la intervención clínica?

Obstáculos y desafíos. Estrategias y dispositivos

Tomo I

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

Correctores: Alan Orlando Blinkhorn y Roberta Zucchello

© 2015 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. Daniel Gollan

SECRETARIO DE POLÍTICAS, REGULACIÓN E INSTITUTOS

Dr. Mario Rovere

SUBSECRETARIO DE GESTIÓN DE SERVICIOS ASISTENCIALES

Dr. Carlos Devani

**Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte
especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo)**

INTERVENTORA GENERAL

Lic. Edith Benedetti

INTERVENTOR DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO,
FINANCIERO Y SERVICIOS GENERALES

Cdor. Pablo Cuadros

Índice

Tomo I

- 15 Prólogo, por Edith Benedetti
- 21 I. LA CLÍNICA INTERDISCIPLINARIA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN
- 23 Las ciencias sociales como campo de intervención en el primer nivel de atención, por Yamila Abal y Paula Cabanchik
- 32 El rol del psicólogo en la clínica interdisciplinaria en el primer nivel de atención, por Miguel Casella
- 40 Locura en territorio. Deconstruyendo criterios rígidos de intervención desde una mirada interdisciplinaria de Atención Primaria de la Salud, por Denise Demarco y Silvana Ghiselli
- 50 Espacio amigable: una apuesta al sujeto, por Jesica Minond y Malena Kiss Rouan
- 58 Hacia la construcción de una clínica comunitaria, por Margarita Ussher

- 67 Abordaje clínico territorial de las adicciones. Experiencia de grupo operativo en Centro Huella, Ministerio de Salud de la provincia de Entre Ríos, por Lilia Edith García y Sandra Gulberti
- 73 II. LA CLÍNICA INTERDISCIPLINARIA EN EL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN
- 75 Grupo Interdisciplinario Terapéutico (GIT): un posible lazo, por Malena Kiss Rouan, Clara Szpindel y Alejandro Todaro Kicyla
- 83 Trabajo interdisciplinario en Atención a la Demanda Espontánea: nuevas intervenciones. Un adolescente en riesgo, por Silvana Gargiulo, Natalia Lamothe y Silvia Rodríguez
- 93 Un caso en tres tiempos. Interdisciplina, urgencia y emergencia subjetiva, por Natacha Gordó y Bibiana Schiazzano
- 102 El octavo loco: pensando la clínica entre las disciplinas y los servicios, por Nicolás Oliva y Álvaro Rafaldi
- 110 Preliminares para un tratamiento posible, por Ángeles Alonso y María Rabanal
- 117 Días de radio, por Daniel Carlos Antagli y Romina Morana
- 126 Malén aparece. Revisitando el concepto de «interdisciplina» a partir de un caso clínico. Interrogantes y desafíos en un dispositivo de Internación, por Sebastián Gutiérrez y Melisa Reynoso
- 135 Uso racional de medicamentos: desafío actual en el segundo nivel de atención, por Soledad Álvarez, Natalia Cueva, Daniel Domínguez y Leonardo Ghioldi

- 144 Pase de Sala interdisciplinario como facilitador de las internaciones de salud mental en el hospital general, por Claudia Gabriela Baffo
- 157 III. INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA Y URGENCIA
- 159 Interdisciplina y urgencia. Interrogantes y reflexiones sobre una experiencia de internación, por Oscar Chamorro, Gabriel Hagman, Ruth Leegstra, Mónica Valle y Valeria Zampini
- 169 Anudamientos actuales de lo jurídico y la práctica analítica, por Natalia A. Cejas, Marcelo Maestropiedra, Ana Alba Posse y Jéscica Riquelme
- 179 Maternidade e o uso drogas: promovendo práticas interprofissionais, por Aline Pereira Diniz, Eliana Olinda Alves e Tatiana Oliveira Moreira
- 189 Entre lo plural y lo particular. La urgencia como problema de lógica colectiva, por Clara I. Schor-Landman
- 196 Intervenciones en las fronteras de los tratamientos, por María Soledad Arrieta y Marcelo Olmedo
- 207 «Arte-sanal». Puntualizaciones sobre la primer escucha, por Claudia Cartier y Nicolás Oviedo
- 214 De alojar lo urgente se trata, por María Laura Mamani
- 221 Reflexiones acerca del trabajo interdisciplinario en urgencia, por Natalia Campos, Graciela Cragnolini de Casado, Rubén Ghía, Ruth Leegstra y Silvia Rodríguez

- 233 IV. INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA Y EXTERNACIÓN
- 235 La externación en el modelo de reducción de riesgos y daños. Reflexiones sobre el abordaje interdisciplinario, por Ruth Leegstra y Ana Said
- 245 Un puente para Juana, por Claudio Javier Cianci
- 254 Loca ella, ¿loca yo?, por Pablo Fabrykant, Andrea Pereyra y Roxana I. Piediferri
- 261 Más allá de la adversidad, la voluntad de seguir adelante, por Julieta Valderrey
- 269 Sumando acciones..., optimizando resultados, por Ruth Leegstra, Mónica Valle y Mauro Vela
- 280 Dispositivos extramuros: ¿se hace camino e interdisciplina al andar...?, por Daiana Loiacono, Diego Medolla, Mailén Romero y Sandra Tejeda
- 286 Pensar la externación desde la interdisciplina: reflexiones a partir del Programa Vuelta a Casa, por Vanina Paula Catalán
- 297 V. LA CLÍNICA INTERDISCIPLINARIA CON NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES
- 299 Condiciones de acceso a la salud mental en un dispositivo ambulatorio de niñas, niños y adolescentes, por Carolina Alcuaz, Ana Julia Caporale y Pablo Andrés Coronel
- 310 Desafíos del abordaje interdisciplinario de un caso. Intervenciones intra- e interinstitucionales, por Analía Prieto y Soledad Tamaro

ÍNDICE

- 319 ¿La interconsulta es interdisciplina? Vicisitudes de la clínica con niñas, niños y adolescentes, por María Florencia Mussari
- 326 El trabajo filosófico con niños como parte del abordaje interdisciplinario en salud mental, por Beatriz Laura Crotti y Natascha Ikonicoff
- 339 A interdisciplinaridade entre a clínica psicanalítica e a medida socioeducativa, por Andréa Máris Campos Guerra e Elisa de Santa Cecília Massa
- Acerca de los autores (véase tomo II, p. 359 y ss.)
- 349 Sobre el sello Ediciones Licenciada Laura Bonaparte, por Edith Benedetti

Prólogo

Edith Benedetti

Por tercer año consecutivo, el Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNa-ReSo) organiza las *Jornadas de salud mental y adicciones*. Mientras que en 2013 el eje de reflexión fueron los dispositivos de intervención clínica y en 2014 las intervenciones en la urgencia, la convocatoria de 2015 se organizó a partir de las siguientes preguntas: ¿interdisciplina en la intervención clínica? ¿Con qué obstáculos y desafíos nos enfrentamos hoy en el campo de la salud mental y las adicciones en materia de intervención clínica interdisciplinaria? ¿De qué hablamos cuando hablamos de estrategias y dispositivos clínicos interdisciplinarios en ese terreno? Como imaginará el lector, la elección de los ejes problemáticos no fue azarosa, pues responde a uno de los imperativos de la Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657.

Según el artículo 8º del capítulo V de la Ley Nacional de Salud Mental: «Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente». Esta definición, claro está, nos enfrenta con una serie de interrogaciones teóricas, clínicas y político-institucionales que, tanto en las comunicaciones presentadas en las jornadas de octubre de 2015 como en los dos tomos que recogen gran parte de esas ponencias, problematizan diversos aspectos del proceso de implementación de la Ley Nacional de Salud Mental desde un punto de vista interdisciplinario. A saber: clínica interdisciplinaria

en el primer y en el segundo nivel de atención, intervención interdisciplinaria y urgencia, intervención interdisciplinaria y externalización, clínica interdisciplinaria con niñas, niños y adolescentes, y obstáculos y desafíos para la construcción del equipo interdisciplinario en salud mental.

Como en las ocasiones anteriores, si bien centradas en otras preguntas e interrogantes, las 3.^{as} *Jornadas de salud mental y adicciones. ¿Interdisciplina en la intervención clínica? Obstáculos y desafíos. Estrategias y dispositivos* pretenden contribuir a la construcción de un espacio de reflexión sobre nuestra práctica clínica e institucional en el contexto del marco normativo y las políticas públicas sanitarias vigentes. En primer lugar, porque el Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo) es centro de referencia nacional en la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental y tiene una responsabilidad adicional en este terreno. Y en segundo lugar, porque implementar esta ley implica un proceso de pensamiento teórico, clínico e institucional permanente. O en otros términos, forma parte de la implementación de la ley pensar su implementación.

Ahora bien, si implementar la ley implica pensarla, ¿quién la piensa? ¿De quién es la responsabilidad? ¿Quién se hace cargo de esa tarea? En principio, se podría decir que todos aquellos que están vinculados, de alguna manera, con el sistema sanitario, ya sea a nivel asistencial como formativo. Además, como la salud es un servicio público, tanto los efectores de gestión estatal como los de gestión privada no pueden desentenderse de este proceso. Así definido, diversos actores tendrían algo que decir. Sin embargo, estas *Jornadas de salud mental y adicciones* pretenden alentar muy especialmente la reflexión de los agentes sanitarios pertenecientes al ámbito de la Administración Pública.

Una última cuestión. Aquellos que han compartido con nosotros desde el 2013 estas jornadas, están al tanto de que han crecido año a año. Además del gran aumento del número de inscriptos, abstracts y comunicaciones presentados, se han sumado colegas e instituciones de prácticamente todas las jurisdicciones del país e inclusive de

la República Federativa de Brasil. Como observarán cuando lean el libro, se encontrarán con comunicaciones en portugués que, vale decir, son una de las diversas instancias de articulación institucional y académica entre el Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo) y distintas instituciones sanitarias y universitarias del país vecino. Este crecimiento cuantitativo y cualitativo, que además incluye la publicación de dos tomos correspondientes a las jornadas de 2015, nos impulsa a seguir trabajando en esta dirección. Por eso mismo y porque todavía es necesario seguir profundizando el proceso institucional que de alguna manera inaugura la ley, las jornadas de 2015 son las terceras jornadas pero de ninguna manera serán las últimas que organice el Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo).

I. LA CLÍNICA INTERDISCIPLINARIA
EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Las comunicaciones aquí reunidas, algunas centradas en las intervenciones clínicas y otras en los dispositivos asistenciales sobre todo fuera del establecimiento hospitalario, problematizan distintos aspectos de la clínica interdisciplinaria actual en el primer nivel de atención. Ahora bien, reflexionar sobre la clínica interdisciplinaria en este nivel –lo cual constituye un aspecto relevante de la normativa vigente en salud mental y adicciones– es un desafío teórico, clínico e institucional para los equipos sanitarios.

Las ciencias sociales como campo de intervención en el primer nivel de atención

Yamila Abal y Paula Cabanchik

Introducción

La pregunta por la interdisciplina abre la posibilidad de problematizar los puntos de vista, discursos, prácticas y, fundamentalmente, los roles de los distintos profesionales que conforman los equipos de salud.

Con este trabajo buscamos plantear algunos ejes que sirvan para la reflexión sobre el lugar que ocupan los profesionales de las ciencias sociales dentro de los dispositivos de salud que se desempeñan en el primer nivel de atención.

Pretendemos esbozar y problematizar algunas de las particularidades que tiene la inserción de los profesionales de este tipo de disciplinas que no participan en los procesos de seguimientos y tratamientos clínicos individuales: su interacción con el resto del equipo de salud, no sólo en lo que respecta a sus aportes, sino también en lo que se refiere a los obstáculos y dificultades que emergen en los procesos de construcción de estrategias y delimitación de roles profesionales.

Ciencias sociales y salud mental

Edith Benedetti, interventora del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo), suele citar una frase muy conocida de Ramón Carrillo

que dice: «Frente a las enfermedades que genera la miseria, frente a la tristeza, la angustia y el infortunio social de los pueblos, los microbios, como causas de enfermedad, son unas pobres causas». Quisimos apropiarnos de aquella afirmación, reivindicarla y comenzar así este trabajo por su claridad, contundencia y el impacto que aún hoy genera.

Hoy en día hablar de determinantes sociales de la salud ha perdido parte de su carácter innovador en la medida en que desde la OMS, el más vasto campo intelectual (que involucra a las más disímiles disciplinas), e incluso parte de la legislación local, reconocen el proceso salud-enfermedad-atención como socio-históricamente construido. El ejemplo más categórico es la Ley n.º 26.657, que define 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» (art. 3).

En este sentido, comenzar esta presentación planteando la importancia que tienen las ciencias sociales para trabajar cuestiones vinculadas con la salud mental puede parecer redundante. Sin embargo, lo cierto es que en las prácticas e intervenciones concretas de los equipos de salud, se abre cierto margen en la interpretación de estos enunciados que vale la pena retomar y problematizar. ¿De qué hablamos cuando hablamos de «determinantes sociales de la salud mental»? ¿Qué estamos diciendo exactamente cuando planteamos que lo social produce y constituye a los sujetos?

Sobre esta cuestión, Eduardo Menéndez plantea:

No debe confundirse la discusión sobre lo «social» con su incorporación real al aprendizaje y la práctica médica. Si bien han existido en América Latina experiencias de incorporación de esta dimensión a los programas de estudio, dicha incorporación ha sido casi siempre marginal, yuxtapuesta y/o episódica. Inclusive experiencias que asumieron la incorporación de lo social desde

los primeros años de aprendizaje médico se discontinuaron o redujeron el tiempo de dedicación (Menéndez, 1988).

Preguntas como «¿para qué viene una socióloga en territorio?», «¿qué se supone que va a hacer?», «¿para qué le serviría una clase de teoría social contemporánea a un psiquiatra?» son preguntas realizadas por compañeros, reacciones frecuentes que pueden dar cuenta del lugar que ocupan las ciencias sociales para los profesionales de otras disciplinas.

Se podría pensar que en este tipo de preguntas lo que se cristaliza es un modo de entender al profesional de las ciencias sociales como alguien cuya mirada no está directamente vinculada con la práctica concreta que se desarrolla en el abordaje de la salud mental. Implícitamente «lo social» involucraría una esfera de problemáticas que, sin negarles importancia, quedarían en la periferia del campo de la salud, constituirían el contexto, una suerte de variables que pueden profundizar el malestar o elementos que dificultan las respuestas y complejizan las situaciones abordadas.

Por momentos se dificulta desarrollar una perspectiva que visualice realmente al sujeto en su condición sociohistórica y al sufrimiento humano como problema socialmente producido en contextos culturales y sociohistóricos definidos.

Retomando a Menéndez, pareciera que el modelo médico hegemónico (muchas veces visibilizado y problematizado por los mismos profesionales) aún sigue operando, y sus rasgos constitutivos –el biologicismo, la ahistoricidad y asociabilidad– siguen estando presentes en prácticas y modos de pensar la salud.

Desde nuestra perspectiva, lo social es mucho más que el contexto de los sujetos con los que trabajamos. En términos de Galende,

no existe una subjetividad que pueda aislarse de la cultura y de la vida social, ni tampoco existe una cultura que pueda aislarse de la subjetividad que la sostiene. Esta mutua determinación –en verdad mutua protección– debe ser nuestro punto de arranque,

ya que la subjetividad es cultura singularizada tanto como la cultura es subjetividad (objetivada en los productos de la cultura, las formas de intercambio y las relaciones sociales concretas que la sostienen, pero también en las significaciones y los sentidos que organizan la producción cultural) (Galende, 1997).

De esta manera, no es posible pensar en incidir en los procesos de subjetivación sin considerar y hacer particular hincapié en los aspectos culturales y sociales.

Ciencias sociales en el territorio

Para dar cuenta de algunas incumbencias profesionales concretas, a continuación se ejemplifican algunos tipos de intervención que se desarrollan en el primer nivel desde la estrategia de APS.

1. La lectura y análisis de las particularidades de cada territorio

Entendemos que el territorio no es simplemente el escenario o el contexto en el que intervenimos, sino que también es una construcción social, un campo, en términos de Bourdieu, constituido por relaciones de poder y atravesado por estrategias de los diversos actores, por conflictos y/o acuerdos entre ellos en función de la disponibilidad de capitales (económico, cultural, simbólico, social, etc.). En un proceso dialéctico el territorio construye subjetividades y, a su vez, es definido, delimitado y cargado de sentido desde las propias simbolizaciones, discursos, relatos de quienes lo habitan. En este sentido, si pensamos al territorio como productor de subjetividad, su conocimiento y análisis adquieren particular relevancia.

No es posible planificar estratégicamente intervenciones que sean adecuadas, eficaces y que estén ancladas sociohistóricamente sin previamente sistematizar información relevante sobre el territorio

en el que nos insertamos, considerando no sólo las características generales del barrio y las problemáticas en salud mental, sino también las potencialidades colectivas, las características de las redes de reciprocidad e intercambio, los significados de esas relaciones.

2. Coordinación de grupos

La participación en espacios colectivos tiene como objeto promover la deconstrucción de prejuicios y miradas estigmatizantes, así como la desnaturalización de distintas formas de violencias, discriminación y otras vulneraciones de derechos.

En este punto, vale la pena traer a cuenta una anécdota reciente del grupo de mujeres del Barrio de Fátima, interesante para pensar en la importancia de la participación de profesionales de las ciencias sociales en actividades de promoción y prevención. El grupo de mujeres de Fátima está constituido básicamente por mujeres de nacionalidad paraguaya y boliviana. Hace algunas semanas, a partir del partido «Argentina-Paraguay» empezamos a trabajar sobre identidades y migraciones. Durante varios encuentros estuvimos con este tema compartiendo historias y relatos sobre cuándo y por qué cada una vino a vivir a la Argentina, qué cosas extrañaban de su país, qué encontraron acá, con qué obstáculos se toparon al llegar, etc. En este marco de fluido intercambio, una de las participantes, Eriberta, de nacionalidad paraguaya, comenta: «Uno a veces va a un centro de salud o a un hospital, lo ve lleno de paraguayos, a mí me da mucha vergüenza». Se podría interpretar la frase de diferentes modos, sin embargo lo que parece evidente es que en ella se cristaliza de manera bastante contundente el modo en el que los discursos hegemónicos (en este caso los vinculados a los procesos de estigmatización y culpabilización de los inmigrantes, situados como responsables de problemáticas sociales estructurales como el desempleo, la imposibilidad de acceder a una vivienda o al sistema de salud) son interiorizados y reproducidos por los mismos sujetos que padecen aquellos prejuicios. En el caso del planteo de Eriberta, su «ver-

güenza» y la concepción sobre los derechos del inmigrante que allí se cristaliza se pueden constituir como una barrera de acceso al sistema de salud. Este y otros emergentes que se dieron en aquel encuentro, sirvieron a modo de disparador para trabajar el lunes siguiente con la Ley de Migraciones n.º 25.871, que define a la migración como un derecho humano «esencial e inalienable» y al Estado argentino como garante de él (art. n.º 4), que «asegurará las condiciones que garanticen una efectiva igualdad de trato a fin de que los extranjeros puedan gozar de sus derechos y cumplir con sus obligaciones» (art. n.º 5).

Este tipo de representaciones sociales e ideas estigmatizantes son moneda corriente en lo que se refiere a las personas con consumos problemáticos. Esta situación, fomentada y profundizada por la penalización del consumo de drogas (Ley n.º 27.737) y su criminalización, la persecución policial y represión histórica y sistemática de determinados conjuntos sociales, así como la hegemonía durante años de un paradigma abstencionista-prohibicionista basado en el tratamiento y rehabilitación compulsiva, promovieron que muchas veces la sospecha y la desconfianza condicionen los vínculos de los usuarios de drogas con el sistema de salud (Epele, 2007). Es parte de nuestro trabajo como profesionales de las ciencias sociales identificar estas representaciones y promover su problematización y deconstrucción.

3. Construcción de instrumentos e indicadores

Nos encontramos en un momento histórico particular, caracterizado por la transición a un paradigma epistemológico-político-jurídico vinculado al modelo de intervención preventivo-asistencial de reducción de riesgo y daño, que progresivamente va desplazando en su hegemonía al paradigma abstencionista-prohibicionista. En este contexto, nos parece indispensable registrar y sistematizar las prácticas e intervenciones que se llevan a cabo desde el nuevo paradigma para luego poder evaluar su impacto y capacidad de res-

puesta. Pero, fundamentalmente, consideramos inminente la necesidad de construir nuevos tipos de indicadores que sean acordes al cambio de modelo.

Como profesionales de las ciencias sociales tenemos la responsabilidad de problematizar el alcance de los enfoques de la epidemiología psiquiátrica clásica y sus sistemas de clasificación y diagnóstico de «patologías» basados en estudios individuales.

Desde el nuevo modelo, se pretende trascender la lógica dicotómica enfermo-no enfermo, y tomamos en cambio la categoría de «sufrimiento psíquico», que permite incluir situaciones que, indicando sufrimiento o malestar, no se encuadran en la categoría de «enfermedad» (Augsburger, 2002). En este sentido, también es nuestra responsabilidad realizar aportes para producir un nuevo tipo de conocimiento que incorpore la dimensión subjetiva del sufriente, avanzar en la construcción de un tipo de epidemiología que la contemple (Augsburger, 2002; Menéndez, 2008; Haro, 2010).

La articulación con las otras disciplinas

Si bien pensar en el trabajo y la función de cada uno de los profesionales en el territorio siempre reviste cierta complejidad y demanda creatividad y flexibilidad a la hora de pensar los modos de intervenir, esta situación se potencia en el caso de los profesionales de las ciencias sociales que no forman parte del equipo que lleva adelante los seguimientos y tratamientos clínicos individuales.

Si entendemos a la interdisciplina como una estrategia que se basa, por un lado, en el reconocimiento de la complejidad de las situaciones problemáticas vinculadas con la salud mental y, por el otro, en la certeza de que desde cada disciplina aislada sólo es posible construir un conocimiento parcial e incompleto, sería contradictorio pretender que el rol del profesional de las ciencias sociales en el territorio sea el de un técnico especializado que produce de manera aislada y acabada diagnósticos sociales o informes cerrados que

luego, en el mejor de los casos, el resto del equipo tome como descripción del contexto en el que se desarrolla.

Desde nuestra perspectiva, el desafío es que los profesionales de las ciencias sociales formen parte de los equipos de salud que se desempeñan en los territorios, trabajando de manera articulada con el resto de los profesionales, aportando, desde una determinada formación y un enfoque específico, elementos que sirvan para construir una mirada más integral sobre el territorio y sobre los sujetos que lo habitan, y así poder planificar estrategias de intervención pertinentes y adecuadas a sus singularidades.

Conclusiones

Lejos de intentar plantear respuestas lineales y acabadas que guíen mecánicamente nuestra labor como profesionales de las ciencias sociales, en las páginas que anteceden lo que pretendimos es compartir algunas reflexiones para seguir problematizando nuestro rol y dimensionando la complejidad que reviste cada una de nuestras intervenciones y, fundamentalmente, la apuesta por la interdisciplina.

En este contexto, caracterizado por la progresiva consolidación del modelo de reducción de riesgo y daño y la gradual puesta en discusión del modelo médico hegemónico, nuestro desafío como profesionales de la salud es contribuir en aquel proceso promoviendo el desarrollo de una perspectiva que logre visualizar integralmente al sujeto en su condición sociohistórica y al sufrimiento humano, como problema socialmente producido en contextos culturales y sociohistóricos definidos.

Bibliografía

Augsburger, A. C. (2002). «De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: el sufrimiento psíquico como ca-

- tegoría clave» (en línea). *Cuadernos Médico-Sociales*, n.º 81. Rosario, pp. 61-75. Recuperado el 8/9/2015 de <http://www.ilazarte.com.ar/cuadernos/pdf/n81a390.pdf>
- Epele, M. (2007). «La lógica de la sospecha: sobre criminalización del uso de drogas, complotos y barreras de acceso al sistema de salud». *Cuadernos de antropología social*, n.º 25, pp. 151-168.
- Galende, E. (1997). *De un horizonte incierto. Psicoanálisis y salud mental en la sociedad actual*. Buenos Aires: Paidós.
- Haro, J. A. (2010). *Epidemiología sociocultural. Un diálogo en torno a su sentido, métodos y alcances*. Buenos Aires: Lugar.
- Ley n.º 25.421. Ley de creación del Programa de Asistencia Primaria de Salud Mental (APSM). *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 3 de mayo de 2001.
- Ley n.º 25.871. Política Migratoria Argentina. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 21 de enero de 2004.
- Ley n.º 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 3 de diciembre de 2010.
- Ley n.º 27.737. Ley de Tenencia y Tráfico de Estupefacientes. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 11 de octubre de 1989.
- Menéndez, E. L. (1988). «Modelo médico hegemónico y atención primaria». *Segundas jornadas de atención primaria de la salud*, 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires, pp. 451-464.
- Menéndez, E. L. (2008). «Epidemiología sociocultural: propuestas y posibilidades». *Región y sociedad*, vol. 20, pp. 5-50.

El rol del psicólogo en la clínica interdisciplinaria en el primer nivel de atención

Miguel Casella

Introducción

Tal como nos enseñó F. Ulloa (1998), se trata de «teorizar prácticas, más que practicar teorías».

La construcción de la identidad profesional remite a formas de institucionalización, es decir, de interacción entre sujetos sociales que forman parte de colectivos sociales mayores. Y es en el marco de estas dinámicas generadas por las relaciones que se construye el objeto de intervención profesional.

La intervención en contextos complejos, en condiciones de desigualdad y pobreza, requiere no sólo de saberes y haceres propios de un campo disciplinar, sino del trabajo interdisciplinario, de la interconsulta, esto es, un espacio para el análisis, un trabajo hacia el interior del equipo de salud que posibilite inventar nuevas formas de trabajo ante las problemáticas que se plantean. Importa señalar que el trabajo interdisciplinario no se da naturalmente sino que se trata de un espacio a construir.

Así transcurre un tiempo que exige abandonar certezas para dar lugar a las preguntas, un tiempo de incertidumbres frente al cambio y los nuevos escenarios donde coexisten, hasta contradictoriamente, formas de entender los procesos de salud-enfermedad-atención. Y es en la relación con los otros donde el otro pierde el estatus universal de paciente para volverse sujeto histórico y social que también comparte saberes sobre el cuidado de la salud.

Se trata entonces de aprender a ejercitar el pensamiento crítico, de tratar al conocimiento como algo problemático, dinámico e ideo-

lógico, a fin de desentrañar la lógica tecnocrática que subyace a las prácticas cotidianas de salud, que demandan habilidades y destrezas así como también la exigencia de una revalorización social del trabajo así como de la profesionalización del campo de intervención.

Los equipos de salud comunitarios deberán trabajar con el propósito de facilitar la organización de los grupos sociales, aplicando sus competencias para develar las naturalizaciones presentes en las comunidades y para que reconozcan sus propios recursos y capacidades, busquen otros recursos que faltan y desarrollen nuevas capacidades.

El trabajo con otros, la construcción colectiva del saber, el desarrollo de estrategias desde un nuevo paradigma, el contraste con otras experiencias similares, el reflexionar sobre la propia experiencia dan lugar a pensar la profesión recuperándola como trayectoria y crecimiento.

El trabajador de salud en terreno favorece la construcción conjunta con la población del conocimiento sobre cómo se produce el proceso salud-enfermedad en los grupos sociales, qué le sucede a las personas de una población.

A partir del intercambio de conocimientos entre la comunidad y el sistema de salud se busca generar procesos de transformación en ambos, favorecer el desarrollo del autocuidado y autogestión en la comunidad, y el desarrollo de una epidemiología y un sistema de información que puedan dar cuenta de las necesidades de la población y de sus problemas de salud por parte del trabajador comunitario en salud.

Acerca del trabajo en equipo

Una de las funciones del equipo es regular la relación de sus integrantes con una realidad que se va construyendo, de manera tal que permite cierta transformación personal, donde los integrantes puedan estar con confianza, apoyarse, facilitar la aceptación de los cambios.

El trabajo en equipo es movimiento, es dinámico y va transcurriendo a lo largo de un camino en el cual se van presentando con-

flictos entrelazados que no habrán de evitarse, sino atravesar, vivir y superar. El problema no es la existencia de conflictos sino su rigidización.

Estar al tanto del contexto en el que trabaja el equipo es vital, ya que modifica los climas, las energías, las actitudes. Otro factor que incide sobre la producción de los equipos son los estados emocionales de sus integrantes.

A esta altura una pregunta pertinente sería cómo trabajar con personas que tienen lecturas diferentes sobre una misma situación.

Para poder establecer un diálogo, en un equipo hay que combinar lo singular del caso con el hecho de que cada uno está en una situación particular. Diálogo que no es de ninguna manera una comunicación plena, ya que ésta es imposible al venir cada uno de una historia diferente, con modos heterogéneos de concebir las cosas.

Es necesario trabajar con margen alto de tolerancia e incertidumbre: la frustración en la comunicación depende del grado de expectativas que tengamos.

En un equipo interdisciplinario cada participante aporta desde las propias referencias sobre la disciplina de la cual hace uso. No es posible armar una totalidad conceptual sobre un problema; a lo sumo, se pueden reunir algunas referencias de distintas miradas sobre un problema.

Lo interdisciplinario se instala como la forma más adecuada de acercar sectores tradicionalmente aislados unos de otros, dado que no es concebida como una disciplina más creada con disciplinas auxiliares, sino como una manera de sentar un saber hacer que enriquece los diferentes conocimientos que intervienen.

Acerca de lo comunitario

En el ámbito comunitario adquiere un lugar preponderante el saber popular; reconociendo el valor de los distintos aportes, el equipo debe dar lugar al aporte de la comunidad. La salud es el saber de

todos los que son expertos de la vida y las poblaciones son expertas de la vida que ellas viven.

Es en el contexto de la cotidianidad donde surgen las problemáticas, y es ahí mismo donde se van gestando las respuestas, ya que al ir alejándose de dicho contexto, las respuestas van perdiendo materialidad y se tornan ilusorias, ficticias. Por este motivo es que el trabajo intersectorial, interdisciplinario, debe incluir el componente de la participación comunitaria.

El conocimiento debería ser una producción en constante movimiento en lugar de un conjunto de teorías invariables en las que intentamos encajar los aportes de la investigación y la práctica.

La teoría no es el conocimiento, permite el conocimiento. Una teoría no es una llegada; es la posibilidad de una partida. Una teoría no es una solución; es la posibilidad de tratar un problema.

Dicho de otro modo, una teoría sólo cumple su papel cognitivo, sólo adquiere vida, con el pleno empleo de la actividad mental del sujeto (Morin, 1984).

La participación de las personas en los planes de tratamiento, en las acciones planificadas desde la salud, en los tratamientos terapéuticos y en cualquier acción que emprendemos como equipo de salud interdisciplinario nos allana el camino en tanto evita tener que realizar el ejercicio de imaginarnos soluciones que van fracasando por no ser «a la medida» de la persona.

Un tratamiento o medida terapéutica que sólo se basa en el saber del cuerpo de profesionales está a mitad de camino de lo que sería un trabajo integral, que considere a la persona con un trastorno de salud mental como un ser situado que está sufriendo pero que tiene la potencialidad de resolver la situación que lo aqueja. Si anulamos la posibilidad de participación del sujeto y de su entorno con limitaciones «burocráticas» o prejuiciosas respecto de las posibilidades de comprensión y de autonomía de la voluntad, estaremos creando un dispositivo artificial generador de recaídas.

Con respecto al concepto de «comunidad», Maritza Montero lo define como

[...] un grupo en constante transformación y evolución (su tamaño puede variar), que en su interrelación genera un sentido de pertenencia e identidad social, tomando sus integrantes conciencia de sí como grupo, y fortaleciéndose como unidad y potencialidad social [...] es, además, un grupo social histórico, que refleja una cultura preexistente al investigador; que posee una cierta organización, cuyos grados varían según el caso, con intereses y necesidades compartidos; que tiene su propia vida, en la cual concurre una pluralidad de vidas provenientes de sus miembros; que desarrolla formas de interrelación frecuentes marcadas por la acción, la afectividad, el conocimiento y la información. No debe olvidarse que, como parte dinámica, en esas relaciones internas puede también llegar a situaciones conflictivas a su división, su disgregación y a la pérdida de identidad (Montero, 2004).

Aquí cabe preguntarse si es posible asistir con la práctica comunitaria a una persona que está sufriendo.

En el marco de una práctica comunitaria tenemos que darle un rol activo a esa persona y a su contexto: familia, amigos, compañeros de trabajo, vecinos, etc.

Debemos incluir el saber de las personas sobre sí mismas y aportar los conocimientos provenientes de nuestra disciplina académica con el valor de la práctica comunitaria.

Aportes del psicoanálisis

El lugar del psicoanálisis en relación con el trabajo comunitario es de colaboración, de aporte. *Uno más*, no como ciencia instructora o catedrática, sino desde una perspectiva interdisciplinaria, a partir de sus conceptos fundamentales, que tiende a hacer entrecruzamien-

tos, promueve puntos de interrogación y reflexión, señala ciertas condiciones y límites del trabajo en territorio en tanto se considere al sujeto del inconsciente.

El psicoanálisis interroga la práctica comunitaria ya que el analista contraría la identificación y permite la operación analítica que consiste en separar la falta y el goce, al ser habitado por un deseo más fuerte que el de hacer de amo. No hay pulsión de saber; en cambio, hay pasión por desconocer, por no querer saber. En ese sentido también podría hablarse de las resistencias como una forma de no querer saber, en la misma serie de la denegación, la represión, la forclusión o la desmentida.

Es por lo tanto el manejo de la transferencia lo que permite un avance en el proceso terapéutico; al colocarse el analista en el lugar de quien no sabe, lleva al analizante a construir un discurso sobre sí, sobre su propio saber.

Se trata de brindar el aporte del método, que hará que el paciente logre deslizarse en la vía del reconocimiento de que sabe de sí. No se trata de que el analista le dé un saber al sujeto, no tiene que guiarlo hacia un saber sino hacia las vías de acceso a ese saber.

En esta línea la posición del analista es subversiva: sabe que lo definitivo es el goce y no el sentido, con el ideal y la norma es imposible alcanzar lo real.

Por eso la clínica del sujeto es competencia del analista: se trata de introducir en cada paciente el interés por la singularidad frente a la norma de adaptación que los ideales sociales y las instituciones promueven. La clínica del sujeto conduce a soluciones inéditas. De ahí que la institución que conviene al discurso analítico siempre se está por inventar: no se puede concebir la perspectiva del Uno universal desde el para todos de la ciencia sino desde el Uno de la serie, una por una, a inventar. Y el lugar del analista como más-uno. Pensar nuestras instituciones y nuestras comunidades es pensar los modos actuales de producción subjetiva, los nuevos modos de vivir y de sufrir. Una institución produce sujetos representantes de una cultura y un tiempo.

La pérdida del contrato social fue compensada en la década de 1990 por la promesa de felicidad de las leyes del mercado. Por lo tanto, quien no puede acceder al mercado, tampoco se siente ligado por nada a la sociedad.

Gilles Lipovetsky (2002) señala el estallido de las certezas y los espacios de la modernidad. Plantea que «si hay una revolución en la pos-modernidad, es la revolución del narcisismo».

El discurso Amo es el del mercado, que pide consumir y gozar y que habla con imágenes a través de cualquier pantalla.

Siguiendo a Freud, que nos plantea los imposibles «gobernar, educar, y curar», los ingobernables, maleducados y locos han de caer del sistema como restos, y han de ser marginados en cárceles, orfanatos, hospicios, o el campo santo.

Un sujeto vulnerable es un individuo sin posibilidades de representación en su cultura, caído de las mallas institucionales y del lazo social que otorgan identidad referencial y representatividad ante el otro. Sólo existo si un sistema me reconoce y me nombra.

Un joven de la calle o en la calle es justamente un joven sin nombre, y es exactamente ahí donde reside su mayor vulnerabilidad: en la pérdida histórica y sistemática del ejercicio de sus derechos humanos, es un niño o un joven que ha sido avasallado histórica y sistemáticamente en sus derechos.

Pensamos entonces en una clínica institucional que tome a las instituciones como objeto, y conciba su transformación como una dirección de la cura. Hablamos de un accionar concreto sobre los modos resolutivos que nuestras comunidades tienen sobre el problema supuesto.

Para finalizar, unas palabras del escritor Italo Calvino en su libro *Las ciudades invisibles*, cuando le hace decir a Marco Polo:

El infierno de los vivos no es algo por venir; hay uno, el que ya existe aquí, el infierno que habitamos todos los días, que formamos estando juntos. Hay dos maneras de no sufrirlo. La primera es fácil para muchos: aceptar el infierno y volverse parte de él

hasta el punto de dejar de verlo. La segunda es riesgosa y exige atención y aprendizaje continuos: buscar y saber quién y qué, en medio del infierno, no es infierno, y hacer que dure, y dejarle espacio (Calvino, 2015).

Bibliografía

- Bauman, Z. (2008). *Modernidad líquida*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Calvino, I. (2015). *Las ciudades invisibles*. Buenos Aires: Siruela.
- Casella, M. (2011). *¿La droga es el tóxico?* Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Freud, S. (1993). *Análisis terminable e interminable*. En *Obras Completas*, tomo XXIII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Galende, E. (1994). *Psicoanálisis y salud mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica*. Buenos Aires: Paidós.
- Galende, E. (1997). *De un horizonte incierto*. Buenos Aires: Paidós.
- Käes, R. et al. (1989). *La institución y las instituciones. Estudios psicoanalíticos*. Buenos Aires: Paidós.
- Laurent, E. (2002). *Psicoanálisis y salud mental*. Buenos Aires: Tres Haches.
- Lipovetsky, G. (2002). *La era del vacío. Ensayos sobre el individualismo contemporáneo*. París: Anagrama.
- López, H. (2003). *Las adicciones. Sus fundamentos clínicos*. Buenos Aires: Lazos.
- Montero, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos*. Buenos Aires: Paidós.
- Morin, E. (1984). *Ciencia con consciencia*. Barcelona: Anthropos.
- Romani, O. et al. (1992). *Marginación e inserción. Los nuevos retos de las políticas sociales*. Madrid: Endymión.
- Ulloa, F. (1998). *Novela clínica psicoanalítica. Historial de una práctica*. Buenos Aires: Paidós.

Locura en territorio. Deconstruyendo criterios rígidos de intervención desde una mirada interdisciplinaria de Atención Primaria de la Salud

Denise Demarco y Silvana Ghiselli

«Son cosas chiquitas. No acaban con la pobreza, no nos sacan del subdesarrollo, no socializan los medios de producción y de cambio, no expropián las cuevas de Alí Babá. Pero quizá desencadenen la alegría de hacer, y la traduzcan en actos. Y al fin y al cabo, actuar sobre la realidad y cambiarla, aunque sea un poquito, es la única manera de probar que la realidad es transformable».

EDUARDO GALEANO, *Memorias del Fuego*

Introducción

V. G. M. (32 años) mujer, madre de 7 hijos, uno en gestación, abuela de dos nietos, habitante de la villa 21-24 (Barracas-CABA), situación de extrema vulnerabilidad social y violencia familiar. Padece un cuadro de esquizofrenia paranoide, con sintomatología psicótica productiva. Sin red familiar que la contenga ni ayude a iniciar tratamiento ambulatorio que permitirá aplacar sus síntomas.

Hemos escuchado en varias oportunidades de compañeros de equipos de salud: «Si esta mujer viene a la Guardia, la interno inmediatamente». Pero, a diferencia de la «foto estática» del análisis situacional que podría elaborar un equipo intramuros, corte transversal en esa historia de vida, como equipo de Atención Primaria de la Salud tenemos la oportunidad de conocer un panorama mucho

más amplio: de su accionar cotidiano. V. G. M. puede organizar una rutina mínima, con dificultades reales, pero donde se ocupa efectivamente de sus hijos (y en ocasiones de sus nietos también), de su vivienda, precaria estructura ubicada en el pasillo del tren de carga, que roza con su puerta de entrada, de lo precario también de su único vínculo firme, que es su marido, con el que se niega a dejar a cargo del cuidado de sus hijos.

El presente trabajo pretende dar cuenta de las estrategias de intervención interdisciplinarias llevadas a cabo a lo largo de más de dos años de seguimiento de este caso que, por su complejidad, se presenta como paradigmático en cuanto al abordaje en territorio. En este sentido, el barrio nos interpela todo el tiempo, interpela el criterio clínico de los profesionales de la salud, obliga así a problematizar y reflexionar sobre la práctica en toda su complejidad, siendo las supervisiones interdisciplinarias espacios clave para lograr la articulación entre disciplinas, para pensar nuevas formas eficientes de abordaje en un dispositivo necesariamente dinámico y flexible.

«Bienvenidos al tren»

Derivación, antecedentes y estado de situación

El presente equipo interdisciplinario compuesto por las profesiones de trabajo social, psicología y psiquiatría (en el período comprendido hasta la fecha, esta última disciplina fue encarnada por tres profesionales distintos) toma el caso de V. G. M. a comienzos de 2014, derivado por otro equipo completo del dispositivo de APS del Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo), que lo venía siguiendo desde finales de 2013. Este último, a su vez, recibió la derivación del equipo de APS de la Dirección Nacional de Salud Mental, quienes habían diagnosticado a la mujer con esquizofrenia paranoide, y no pudieron propiciar tratamiento ambulatorio acorde por carecer de profesional psiquiatra.

El estado de situación de la mujer en 2013 era de un complejo panorama que no varió demasiado al momento de ser abordado por

el presente equipo. Los síntomas propios de su diagnóstico de salud mental que comprenden la desorganización y aceleración en su discurso de contenido paranoide, se suman a la existencia de una red familiar acotada, conformada por su marido y los seis hijos concebidos con él (entre 1 y 19 años), un embarazo en curso de 3 meses, una pequeña y precaria vivienda que los contiene a todos en una construcción ubicada en «el pasillo de los *transas*» (apodado así por los habitantes del barrio) por el que transita el tren de carga. De nacionalidad paraguaya, sin documento nacional de identidad argentino, sin cobrar ayuda social de ningún tipo a raíz de esto último, el sustento económico depende mayormente de las *changas* que esta mujer realiza, o su pareja, en ocasiones. Como antecedente relevante del vínculo familiar, V. G. M. realizó una denuncia en 2010 por violencia doméstica y gestionó la exclusión del hogar de su pareja, quien finalmente regresa luego de unos meses de distanciamiento por voluntad de ella.

Este primer equipo territorial comienza a realizar el seguimiento a través de entrevistas domiciliarias que le permiten discernir con mayor profundidad la configuración del complejo panorama. A pesar de las dificultades consecuentes de su cuadro psicopatológico, V. G. M. es quien ocupa el rol en su familia de la organización general del hogar: retira del comedor diariamente el alimento para todos, se encarga de la crianza, asistencia de salud y escolarización de sus hijos. En este sentido, las líneas de abordaje estuvieron dirigidas a un intento frustrado por lograr que la mujer tomara la medicación que permitiera aplacar las alteraciones en el pensamiento que evitan que ella pueda organizarse y estar tranquila. Desafortunadamente, la única persona que podría ayudar con la administración de la medicación es su marido, quien la acompaña en ocasiones a las entrevistas a pedido del equipo, pero finalmente se muestra reticente y no colabora para tal fin.

Es así como llega a nuestro equipo el caso, continuando con las entrevistas domiciliarias y seguimiento de la tramitación del DNI de la mujer y sus hijos con el Centro de Acceso a la Justicia.

Al conformarse el equipo actual, se continuó la línea de intervención. Se pudo lograr un pase de transferencia de un equipo a otro de forma cuidada, progresivamente, se trató de ubicar a un profesional como referente –teniendo en cuenta el diagnóstico–.

«Con todas las de la ley»

Marco normativo de intervención

Para poder detallar las intervenciones realizadas, es necesario hacer mención del marco legal en el cual éstas se encuadran y la concepción de sujeto que de éste se desprende.

La Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657 parte de reconocer siempre a las personas con padecimiento mental como sujetos de derecho a los cuales debe garantizarse un proceso de atención integral desde un equipo interdisciplinario que piense un tratamiento personalizado, privilegiando las intervenciones en el lugar donde vive, en el marco de un abordaje intersectorial basado en los principios de la Atención Primaria de la Salud, que prioriza la modalidad ambulatoria.

Desde esta base es que se pensó la singularidad del caso de V. G. M. para abordarlo: su rol en la familia, sus intereses, sus miedos, las posibilidades y las dificultades reales que presenta con su cuadro diagnóstico. Esto dista mucho de haber procedido *a priori* a partir de la realización de un diagnóstico diferencial que, por el hecho de tratarse de una psicosis productiva, habría concluido seguramente en una internación involuntaria para estabilizar el cuadro. Y es que el diagnóstico interdisciplinario en territorio, la presencia como equipo parte de los actores sociales diarios, en el lugar donde esa persona se maneja y circula, permite comprender la configuración de sus lazos sociales, conocer las vicisitudes cotidianas que atraviesa con su familia, sus vínculos con organizaciones e instituciones educativas, de salud y culturales, sus atravesamientos como sujeto, además de su estructura diagnóstica. En esta línea entendemos que es

el marco legal el que regula el diálogo entre las disciplinas para realizar un abordaje integral que permita garantizar estos derechos.

«Muchas manos en un plato...»

Los desafíos de la práctica interdisciplinaria en territorio

El equipo profesional transita la cotidianeidad de V. G. M. y su contexto comunitario. Las estrategias de intervención fueron mutando, siendo el espacio de supervisión interdisciplinario el tiempo necesario para repensar cada acción, intentando obtener un fuerte fundamento que avale y respalde el proceder profesional. Se osciló entre la internación conjunta madre-niño como medida más extrema e involuntaria, hasta el alojamiento en una casa para madres del Hogar de Cristo, Arzobispado de Buenos Aires; el abanico de posibilidades trató de abarcar las opciones más diversas, acorde a las necesidades de V. G. M. y su familia.

Se planteó un acompañamiento intersectorial e interdisciplinario debido a que un solo equipo no puede pretender abordar en su totalidad la complejidad de este caso. Para ello se convoca a reuniones mensuales con todos los equipos intervinientes:

- Escuela n.º 10.
- CeSAC 8.
- CeSAC 30.
- Defensoría Zonal n.º 4.
- Ministerio de Salud de la Nación, Cuidarse en Salud.
- Asesoría General Tutelar.
- Centro de Acceso a la Justicia.
- ONG Zavaleteros Programa de Apoyo Pedagógico.
- Hospital Rivadavia, Consultorio de Obstetricia y de Salud Mental.
- Centro de Noche Costanera.
- Ministerio Público Fiscal, Atajo.
- Ministerio de Seguridad.

- Ministerio de Desarrollo Social.
- Defensoría del Pueblo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (APS).
- Comedor «Evita Zavaleta».
- Comedor «Gracia y Gloria».
- Parroquia Nuestra Señora de Caacupé.

Estas reuniones tenían el objetivo de aunar líneas de acción y criterios poniendo en común lo realizado por cada institución según su competencia. El presente equipo de salud mental debía acordar criterios sólidos hacia su interior, avalados por todas las profesiones para luego poder defender esa postura ante las otras instituciones, que en reiteradas oportunidades demandaron la internación involuntaria como acción más pertinente.

Durante el transcurso del tiempo, la intervención profesional fue cambiando. En 2013 las entrevistas domiciliarias eran más espaciadas en el tiempo y sostenidas por una de las profesiones debido a la transferencia con V. G. M. En 2014, cuando V. G. M. transitaba el embarazo de Fabián (1 año), las entrevistas domiciliarias tomaron frecuencia semanal y eran realizadas interdisciplinariamente. Se trabajaba sobre el encuadre, demandas y orden de prioridad de sus necesidades. Asimismo, se establece contacto con el Hospital Rivadavia (efector de salud de referencia de la mujer, donde realizó algún control y planeaba tener a su hijo), pretendiendo alertar a los profesionales de la institución para que al momento del parto se realice una interconsulta con el servicio de salud mental, ginecología y obstetricia. La estrategia de intervención pensada no logró su objetivo, la interconsulta con salud mental nunca fue realizada, sumándole que se retira de la institución con el niño sin partida de nacimiento, ni habiéndose acordado con V. G. M. un método anticonceptivo.

Ante esta situación se retoma la estrategia de medicación en territorio, para lo cual se articula con distintos efectores barriales en la obtención de leche maternizada por la imposibilidad de amaman-

tar al bebé durante la toma. Se trabaja también en la planificación familiar. Cabe destacar la dificultad de conseguir un acompañante terapéutico, promotor de salud, que pueda asistirle.

En 2015 V. G. M. se encuentra cursando su séptimo embarazo, el equipo vuelve a desplegar similar estrategia que la anterior, pero realizando contacto personal con la obstetra que atiende a la mujer así como también con el equipo de salud mental del Hospital Rivadavia. Vale resaltar que dicho hospital fue marcado por V. G. M. como institución de referencia pese a la lejanía geográfica.

**«¿Alguien, por favor, quiere pensar en los niños?»
Los distintos sujetos sociales que conforman la situación
problemática**

Si bien este equipo profesional recortó como sujeto de intervención a V. G. M. a los fines prácticos de una estrategia eficiente, y ante la obvia imposibilidad de abordar la situación en su totalidad, nunca se dejó de problematizar la situación de los menores.

La mujer es quien garantizaba efectivamente las necesidades básicas de los niños, pero por momentos la ideación paranoide no dejaba de traer complicaciones en su vida cotidiana. Había días en que el estado afectivo de angustia y nervios la desbordaba, en ocasiones impedía que saliera de su casa para llevarlos a la escuela o retirar la comida, situaciones que los afectaban indefectiblemente. A ello debe sumarse que V. G. M. manifestó en reiteradas oportunidades el agudo temor de dejarlos al cuidado del padre, quien, según ella, empleaba métodos poco pedagógicos para su crianza. Esta cuestión fue observada y corroborada por los distintos equipos intervinientes.

La opinión expresada por los profesionales de la Defensoría de Niños interviniente se inclinaba por la internación involuntaria de la mujer y aplicar la medida excepcional para los hijos, lo cual traería como consecuencia el distanciamiento respecto de la madre y

entre los hermanos. Por nuestra parte se debe resaltar que nunca desestimamos la opción de una internación involuntaria en el caso de que las condiciones de su cuadro cambiaran, y la evaluación del riesgo de V. G. M. que realizábamos en cada encuentro indicara signos de alarma; pero hasta entonces la inexistencia de una red familiar alternativa que pudiera contener a los menores condicionaba definitivamente nuestro criterio. Por esto siempre se apostó a la intervención en el territorio que fortaleciera la red social y familiar.

Conclusiones

Estar en la casa y sentir el temblor del tren pasando por la puerta quizás pueda resumir la sensación de la experiencia con este caso que, por momentos, parece una ficción. Para lograr comprender la dimensión de la complejidad es imprescindible el trabajo a nivel interdisciplinario y aunar criterios. Esto será posible sólo si desde el saber específico de cada profesional se habla el lenguaje común que da el marco legal en pos de garantizar los derechos de la persona, propiciando un abordaje integral y de calidad, acorde a sus necesidades y contexto. En este sentido es que consideramos que «atención primaria y en territorio no es igual a tratamiento para pobres».¹

Para poder llevar a cabo cada intervención, resultó fundamental el acompañamiento del equipo de supervisión interdisciplinario y así volver sobre nuestros pasos para desplegar estrategias creativas y flexibles que implican un desafío tanto para el equipo como para el sujeto. La implementación de un nuevo paradigma despierta resistencias con las cuales hay que convivir y articular constantemente.

Todo lo hasta aquí mencionado ha podido ser posible debido al marco normativo que respalda la intervención profesional. La agenda pública acompaña este cambio y lo avala exigiendo la integralidad

1. Palabras directrices de la coordinadora del dispositivo de Atención Primaria de la Salud del Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo).

en el abordaje de la salud de los sujetos, así como también instalar como modalidad de abordaje la interdisciplina e intersectorialidad, de modo que se concreta la aplicación de la Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657.

Coincide en simultáneo la voluntad política de que haya un equipo en el lugar donde hay necesidad, de salir a buscar a los que no llegan al hospital, y el compromiso y la voluntad del equipo profesional de perseverar en lograr garantizar los derechos. La imposibilidad de concretar «algo» de lo planificado genera una frustración inevitable y estructural de los agujeros abismales del sistema de salud, del vacío legal, de la situación de vulneración extrema de las condiciones de vida, en fin, de lo que nos dejó la herencia del neoliberalismo.

Bibliografía

- Benedetti, E. (2013). *Plan estratégico 2013-2015*. Buenos Aires: Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).
- 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.
- Cavalcanti, L. (s/f). *Intervenciones comunitarias en el campo de las toxicomanías*. Ficha.
- Cazzaniga, S. (2001). «Metodología: el abordaje desde la singularidad». Cuadernillo temático *Desde el Fondo*, n.º 22.
- Ley n.º 153. Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires. Consentimiento Informado-Historias Clínicas-VIH-HIV-SIDA. *Boletín Oficial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires*, Buenos Aires, 25 de febrero de 1999.
- Ley n.º 25.421. Ley de Creación del Programa de Asistencia Primaria de Salud Mental (APSM). *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 3 de mayo de 2001.

- Ley n.º 26.061. Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, 28 de septiembre de 2005.
- Ley n.º 26.529. Ley de Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, 21 de octubre 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.
- Quevedo, S. y Rossi, M. (2001, noviembre). «Programa Al Sur. Acerca de las prácticas sociales en reducción de riesgos y daño». Trabajo presentado en la 1ª *Conferencia Latina de Reducción de Riesgos*, Barcelona, España.

Espacio amigable: una apuesta al sujeto

Jesica Minond y Malena Kiss Rouan

Introducción

En el presente trabajo reflexionamos acerca de un dispositivo de abordaje extramuros que se desarrolla en el marco del Servicio de Atención Primaria de la Salud del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex Ce-NaReSo). Este dispositivo, que lleva por nombre Casa Amigable, trabaja desde una mirada interdisciplinaria de reducción de riesgos y daños con intervenciones de umbral mínimo de exigencia.

Consideramos que la construcción de una subjetividad no puede ser pensada por fuera de sus condiciones epocales, por lo que se hace imprescindible dilucidar aquellos discursos presentes en el imaginario social que habilitan tal escenario. Es por esto que nos interesa indagar el modo en que la Casa Amigable, inmersa en este contexto social, pone en tensión aquellas condiciones de época a través de intervenciones que apuestan a un cambio en la posición subjetiva.

Sobre el dispositivo

La Casa Amigable se encuentra en el barrio de Zavaleta, ubicado en la Ciudad de Buenos Aires, más precisamente en el barrio de Barracas. El dispositivo es coordinado por un equipo interdisciplinario (psiquiatra, trabajador social y psicólogo) y funciona de lunes a viernes de 9 a 15 h.

Éste forma parte del área de Atención Primaria de la Salud del hospital, el cual se viene desarrollando con gran intensidad apoyado y sustentado en el marco de la nueva Ley de Salud Mental n.º 26.657. Ésta promueve el abordaje interdisciplinario orientado al reforzamiento, restitución y promoción de los lazos sociales. Consideramos que la complejidad con la que se presentan los sujetos excede un único campo disciplinar; en palabras de Stolkiner diríamos que «la interdisciplina nace [...] de la incontrolable indisciplina de los problemas que se nos presentan actualmente» (Stolkiner, 1987). Podríamos pensar que si los sujetos se presentan al modo de un ovillo desordenado, el equipo profesional, partiendo del diálogo entre diferentes disciplinas, podrá entrever el hilo más conveniente para dar inicio a una intervención integral.

Creemos que es necesario pensar la Casa Amigable en clave hospitalaria, como un dispositivo más con el que cuenta el hospital, donde cada acción es pensada como una intervención clínica. Se trabaja desde el paradigma de reducción de riesgos y daños con intervenciones de umbral mínimo de exigencia, con la población que concurre al dispositivo, la cual abarca una amplia franja etaria. Esto implica que la abstinencia no es ni el fin buscado ni un requisito para comenzar a transitar por el dispositivo. La única norma que da forma al espacio es no consumir dentro de él, con lo cual se genera una interrupción en donde se puede desplegar algo del orden de lo saludable.

La casa dispone de un consultorio, camas, cocina, ducha, comedor y jardín, además de actividades que se desarrollan bajo el formato de talleres a lo largo de la semana. Durante el día hay quienes desayunan, duermen, se duchan, juegan o miran la televisión. Hay quienes asisten cotidianamente, y otros concurren irregularmente.

Sobre las condiciones epocales

El trabajo en territorio nos confronta cotidianamente con historias que muchas veces resultan insoportables e incómodas y nos convocan

a pensar e interpelar las dinámicas que atraviesan el dispositivo así como también nuestra presencia como agentes del sistema sanitario estatal. ¿Cómo comenzar a producir salud cuando lo que prima es la urgencia por la supervivencia? Urgencias que afectan toda la vida de los sujetos y que son producto de políticas crónicas de vaciamiento estatal, de instituciones públicas que han des-tratado y mal-tratado, y así han dejado como resto estas subjetividades con las que nos encontramos hoy en día. Es justamente porque la subjetividad no es en su época que debemos detenernos a reflexionar sobre ella.

La noción de «subjetividad» es compleja y tiene múltiples acepciones. Desde una perspectiva psicoanalítica cabría preguntarse cómo es el espacio en el que estos sujetos podrán advenir, o en otras palabras, cuáles son las características del tejido social a las que estarán sujetos estos sujetos. Según Duschatzky y Corea (2002), se hace visible en la actualidad un entramado social fracturado caracterizado por la disolución del trabajo como pilar de estructuración social, la incertidumbre respecto al futuro, la pérdida de las protecciones sociales, el borramiento de las fronteras generacionales, la devaluación de la experiencia y el pasaje de la figura del ciudadano a la del consumidor.

Las personas que participan de la Casa Amigable parecieran estar atravesadas por una experiencia de constante pérdida: de trabajo, de redes familiares y amistosas, de vivienda y de intereses. Junto a esto, la muerte, la violencia, las drogas y la calle arman un texto social que acompaña el armado subjetivo de dichos sujetos. Desde allí cada quien se construye una estrategia de supervivencia que le posibilita circular por la calle y sostener estas cotidianidades.

Para pensar sobre estos puntos tomamos la teorizaciones de Castel (1991), quien propone ubicar las situaciones marginales en un doble proceso de desenganche en relación con el trabajo y con la inserción relacional. El autor explica que este proceso produce cuatro zonas dinámicas y cambiantes. Nos interesa reflexionar principalmente sobre la zona de marginalidad o desafiliación que implica tanto una precariedad económica como una fragilidad relacional.

Esto es lo que observamos en la mayor parte de la población que acude a la casa: son personas en situación de calle y «de pasillo». El término mismo «desafiliación» nos ayuda a visualizar la ruptura del lazo social como amenaza siempre presente de la fractura social.

A su vez las teorizaciones de Miller y Laurent (2005) abordan esta caracterización del tejido social a partir del concepto de «la época del Otro que no existe». Éste hace referencia a una transformación del Otro social que incide directamente en el modo en que un sujeto se constituye como tal. Lo que plantean los autores es que mientras que la modernidad producía faros garantes, consistentes, e ideales tales como la familia, las instituciones, lo prohibido, el deber y la culpabilidad, la sociedad contemporánea daría cuenta de una caída de dichos relatos, con una concomitante caída de los ideales que daban sustento –imaginario y simbólico– a los sujetos. Si pensamos en términos de sujetos sujetados a su época, ¿qué resulta del suelo contemporáneo sin garantías ni consistencias? Se evidencia una gran incidencia de la lógica neoliberal –«sálvese quien pueda»– y del discurso capitalista –un mercado que le ofrece al sujeto los objetos que le faltan– que se imprimen en los sujetos a través de un superyó feroz que empuja a gozar. Frente a la caída de los ideales y el imperativo superyoico a gozar, las referencias simbólicas que anclan a los sujetos se presentan difusas e inciertas.

Sobre las intervenciones

El lazo social leído desde teorizaciones psicoanalíticas se podría entender como aquellos vínculos libidinales con otros semejantes que se sustentan en la creencia en un Otro garante de la cultura que brinda anclajes simbólicos. En la casa, el vínculo se produce en la interacción cara a cara, en la rutina de la vida cotidiana, entre algunos integrantes que desayunan, otros que se preparan para bañarse y otros que descansan. Como expresa Fernández (2006), el poder habitar un espacio físico compartido ya es una intervención que invita a ser

parte del encuentro con otros. Implica inventar otro modo de habitar la vida cotidiana, otro modo de existencia junto a otros.

Pensamos que el dispositivo viene a generar una especie de red que intenta reconstruir algo del lazo social, creando otro tipo de soportes. Las teorizaciones de Recalcati sobre la rectificación del Otro nos dan herramientas para trabajar sobre esta reconstrucción. Rectificar al Otro consiste en poder devenir como profesionales en un Otro diferente a aquel Otro que un sujeto ha encontrado en su historia: «[...] encarnar un Otro que sabe no excluir, no cancelar, no rechazar, no callarse, no obturar, no sofocar, no atormentar» (Recalcati, 2004), es decir, un Otro que deje una marca distinta que habilite la posibilidad de implicarse como sujeto en un lazo social.

El autor se pregunta acerca de qué Otro estamos en capacidad de ofertar al sujeto. Nosotras nos preguntamos acerca de qué Otro ofertamos en la Casa Amigable. Allí encontramos un equipo profesional interdisciplinario que, sustentado en la Ley de Salud Mental n.º 26.657, intenta ofertar una mirada y una escucha integral del sujeto. Consideramos que esta oferta propicia un terreno en donde las intervenciones podrían ser leídas como la construcción de un espacio de confianza que afirme al sujeto alojándolo. Ahora bien, la ley rige para todos los sujetos por igual, sin hacer distinciones singulares. Pensar este «para todos» plantea el siguiente interrogante: ¿cómo lograr que el trabajo desde la concepción de «sujetos de derechos» sea un modo de rectificar al Otro y no una respuesta asistencialista obturada? Para no convertir la técnica en un estándar creemos que la brújula orientativa debería encontrarse en el caso por caso. Será éste el que posibilite responder qué efectos singulares traerá para cada quien ofertar un lugar de hospitalidad en donde, por ejemplo, descansar e higienizarse.

Pensando en aquello que oferta la casa para alojar el sujeto, introducimos la noción winnicottiana de «espacio transicional», para reflexionar sobre cómo la Casa Amigable habilitaría un lugar para ensayar posibilidades en el marco de un *holding* que dé lugar a la rectificación de un eje simbólico y ordenador, tanto de la cultura

como del vínculo con otros semejantes. En este sentido resaltamos el valor del término «amigo», que implica un vínculo entre dos personas en donde se deviene «alguien» para otro. Lo que queremos señalar es que la amistad es un tipo de vínculo social que presupone cierta reciprocidad. Un doble movimiento en el que reconocer a un otro implica, al mismo tiempo, el registro de la propia subjetividad. Según Castel: «Todo dispositivo de intervención social puede ser visto como una máquina inyectora de un suplemento de vínculo social» (Castel, 1991). El dispositivo Casa Amigable busca poder rectificar algo de ese lazo social, para que dentro de esa reconstrucción se pueda dar un movimiento emancipador que, en un segundo tiempo, posibilite abrir una pregunta sobre la posición subjetiva.

Creemos que los efectos clínicos pueden ser leídos y escuchados en los pequeños y sutiles detalles de las acciones cotidianas que se desarrollan en el marco de este dispositivo. La apuesta de rectificar al Otro tiene en su horizonte la implicación subjetiva. Esto es así ya que trabajamos con la hipótesis de que preguntarse por la posición subjetiva posibilita que la existencia devenga más deseante y menos sobreviviente. Es por eso que las intervenciones apuntan a poner en circulación los significantes que nombran a los sujetos. Por ejemplo, las personas que concurren a la casa suelen ubicar como causa de su padecer al tóxico y de este modo se nominan a ellos mismos como «adictos». Las intervenciones, entonces, intentan interpelar las identificaciones ancladas bajo el rasgo de «ser de la calle» o «ser adicto», ya que estos significantes los anclan a ciertos estigmas y prejuicios sociales que cristalizan una posición subjetiva padeciente. A su vez, en la casa se generan encuentros que actúan y ponen en palabras otros aspectos que también los nombran. Es justamente allí a donde apuntan los movimientos clínicos del dispositivo: a dar lugar a la singularidad. Al poner entre paréntesis las identificaciones cristalizadoras, se abren a la manera de un caleidoscopio las diferentes facetas que construyen a un sujeto. Éste se ve interpelado en su lugar de sujeto responsable, donde las elecciones pueden ser problematizadas y el deseo puede advenir con un estatuto diferente.

Conclusiones

«Hay acciones minúsculas destinadas a un incalculable porvenir».

MARÍA ZAMBRANO

El dispositivo Casa Amigable convoca a interrogarse por los nuevos escenarios de intervención en el marco del trabajo en territorio. Invita a problematizar el lugar del entramado social en la construcción de la subjetividad, así como también las subjetividades que de allí resultan. Pone en tensión de esta manera el entrecruzamiento entre las condiciones epocales y las condiciones subjetivas de quienes se presentan. La complejidad enmarañada de los sujetos no puede ser leída sino a partir de su desorden. Frente a eso, el trabajo interdisciplinario posibilita abordar ese ovillo enmarañado instalando una pausa para leer la singularidad que allí se despliega, y delimitando los diferentes hilos por los cuales intervenir.

El trabajo desde la perspectiva de sujetos de derechos imprime una base sobre la cual el psicoanálisis puede desplegar sus intervenciones orientadas a la singularidad de cada sujeto. Las intervenciones dentro de la Casa Amigable parten del trabajo artesanal del equipo interdisciplinario, que habilita un espacio amigable que intenta decir «sí» al sujeto. Leemos en las acciones desplegadas dentro de la Casa Amigable la operación de rectificación del Otro en el punto en que observamos que se abre un espacio en el que el sujeto puede advenir, y así puede recortarse algo del deseo singular de cada quien.

Bibliografía

Benedetti, E. (2013). *Plan estratégico 2013-2015*. Buenos Aires: Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

- 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 AA. VV. *1° Jornada de salud mental y adicciones. Dispositivos de intervención clínica*. Buenos Aires: Ediciones Licenciada Laura Bonaparte.
- Boron, A. (2008). *Teoría y Filosofía Política, la tradición clásica y las nuevas fronteras*. La Habana: Ed. de Ciencias Sociales.
- Castel R. (1991). «Los desafiados: la nueva cuestión social». *Revista Topía*, n.º 3. Buenos Aires.
- Duschatzky, S. y Corea, C. (2002). *Chicos en banda. Los caminos de la subjetividad en el declive de las instituciones*. UEPC, FLACSO, UNICEF.
- Fernández, A. M. (2006). *Política y subjetividad*. Buenos Aires: Tinta limón.
- Ley n.º 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 3 de diciembre de 2010.
- Lipovetsky, G. (1986). *La era del vacío*. Barcelona: Anagrama.
- Miller, J.-A. y Laurent, E. (2005). *El Otro que no existe y sus comités de ética*. Buenos Aires: Paidós.
- Recalcati, M. (2004). «La cuestión preliminar en la época del Otro que no existe». *Virtualia Revista digital de la Escuela de Orientación Lacaniana*, año III, n.º 10.
- Rengel Morales, D. (2005). «La construcción social del “otro”. Estigmas, prejuicio e identidad en drogadependientes y enfermos de sida». *Gazeta de Antropología*, n.º 21.
- Rossi, G. (2009). «Avatares de la cronicidad: políticas, instituciones, dispositivos y terapeutas». *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, vol. XX.
- Stolkiner, A. (1987). *De la interdisciplina e indisciplinas*. En Elichiry, N. (comp.). *El niño y la escuela: reflexiones sobre lo obvio*. Buenos Aires: Nueva Visión, pp. 313-315.
- Winnicott, D. (1997). «Objetos transicionales y fenómenos transicionales». En *Realidad y juego*. Buenos Aires: Gedisa.

Hacia la construcción de una clínica comunitaria

Margarita Ussher

Introducción

Las demandas complejas que reciben los equipos de atención primaria de la salud nos desafían; generan retos que requieren de abordajes creativos, nos sitúan más allá de los encuadres tradicionales en asistencia y promoción de la salud.

Construir dispositivos interdisciplinarios no es armar un rompecabezas, sumar partes fragmentadas o sólo intentar coordinar acciones entre prácticas dispersas. El desafío es *desdisciplinar* nuestras propias subjetividades profesionales, construir puentes institucionales y culturales, abrir nuestros saberes a otros tipos de conocimientos, desnaturalizar los poderes presentes en las prácticas profesionales, comprometernos en pasar de un conocimiento regulador a un conocimiento emancipador donde el saber sea concebido como solidaridad.

Boaventura de Sousa Santos plantea la necesidad de trabajar en una nueva ecología de saberes que motive la formación de grupos heterogéneos con prácticas convergentes, que acepte que todas las ciencias son incompletas, que todas las prácticas que de ellas surgen también lo son y, además, que todas las formas de relación de las personas implican conocimientos y ponen en juego tensiones de poder.

La perspectiva clínica también se ve afectada en este encuentro de saberes y abre a la posibilidad de integrarla a dispositivos comunitarios que la enriquecen e interrogan.

Este trabajo parte del análisis de prácticas situadas en Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), en el conurbano bonaerense, a partir del trabajo realizado en el programa Médicos Comunitarios.

Las situaciones como punto de partida del dispositivo

El nuevo paradigma de salud mental y el trabajo en Atención Primaria de la Salud (APS) nos desafían a pensar nuestras acciones profesionales desde el territorio, es decir, desde la vida cotidiana de quienes nos consultan, sean tanto personas preocupadas por una situación que les genera malestar como desde organizaciones o comunidades que plantean problemáticas que trascienden su área de trabajo.

Analizaremos a continuación una de estas situaciones que, a modo de ejemplo, va a permitirnos reflexionar acerca de lo que denominamos «clínica comunitaria».

La mamá de Thiago (16 años), Morena, se acerca al centro de salud de su barrio muy angustiada, le informa a Estela (promotora de salud), con mucha vergüenza, que su hijo había sido detenido el mes anterior y luego de pasar dos días en la comisaría se entera que se había abierto una causa penal por haber participado de un «robo en banda». El abogado defensor sugiere un procedimiento abreviado a partir del cual el adolescente se debe comprometer a realizar tareas comunitarias y tratamiento psicológico. Morena no sabe cómo hacer para que su hijo acepte y cumpla estas condiciones. Estela le recomienda acudir a un centro cultural que se encuentra a una cuadra del CAPS donde se realizan actividades con adolescentes para conversar con Ana y Gladys (las coordinadoras) sobre las tareas comunitarias, y se comunica con nuestra sala para el tratamiento psicológico solicitado. Estela evalúa que Thiago podría hacer mejor vínculo conmigo que con el psicólogo de su propio centro de salud, que trabaja muy bien con adultos, pero al que le cuesta el diálogo con adolescentes en conflicto con la ley.

Comienzo a trabajar con Thiago y su mamá, que me narran una historia de violencia familiar, abandono del padre y expulsión de la escuela. Los encuentros al comienzo son espaciados, le solicito a la defensora que me mantenga al tanto del desarrollo de la causa y voy generando un espacio de escucha e interrogación con Thiago.

Trabajamos durante un año, la relación con su padre, el consumo de sustancias, su angustia frente al fallecimiento de dos amigos por un enfrentamiento con la policía, la posibilidad de regresar a la escuela, su inclusión laboral y los temas cotidianos que iba abriendo con dificultad.

Los contactos periódicos con la trabajadora social del cuerpo técnico que trabaja con el defensor y el Juzgado de Responsabilidad Penal Juvenil, con la mamá y las coordinadoras del centro cultural, nos permitieron acompañar a Thiago en este momento de su vida. La mirada atenta de la promotora de salud estuvo también presente. La causa ya fue cerrada, él no regresó a la escuela, puede visitar a su papá de vez en cuando y trabaja regularmente con un tío en gastronomía, actividad que comienza a entusiasmarlo. Quedó abierto el espacio para nuevos encuentros cuando él perciba que es posible generar nuevas preguntas en su vida: la pareja, su trabajo, la inclusión en otras actividades barriales.

La clínica comunitaria como dispositivo

La clínica comunitaria forma parte de un dispositivo complejo, en el marco de una concepción de la salud entendida como conflicto y lucha, individual y social, para afrontar los desafíos que limitan la vida (Ferrara, Carrillo); dejamos de situarnos en estructuras o encuadres rígidos para pasar a integrarnos a procesos y estrategias compartidos.

¿Por qué un adolescente con derechos vulnerados debe, desde la perspectiva de un juez, acudir a un tratamiento psicológico? ¿La justicia busca que *lo adaptemos* a la vida social? ¿A qué sociedad?

Las concepciones de salud tradicionales justamente la definían como equilibrio biopsicosocial; pensadores como Ramón Carrillo

o Floreal Ferrara la definen en el marco de los conflictos sociohistóricos de un pueblo por construir condiciones de existencia más justas y equitativas. Una clínica comunitaria no busca acallar un conflicto y los padecimientos que lo acompañan, sino encontrar alternativas para afrontarlo, comprenderlo y generar estrategias colectivas para superarlo.

Siguiendo a Foucault, podemos afirmar que un dispositivo es una red de relaciones que se pueden establecer entre elementos heterogéneos, que forman parte de una estrategia, en un marco institucional; funciona como una máquina de ver y hacer hablar, de construir subjetividad, en la que intervienen dimensiones científicas, políticas, estéticas, que generan novedad y creatividad que abre a nuevas líneas de subjetivación. «Lo actual no es lo que somos sino más bien lo que vamos siendo, lo que vamos a ser [...]» (Deleuze, 1990, p. 159).

En el CAPS nos resistimos a cristalizar a Thiago en una categoría, abrimos, con otros, nuevas modalidades de relación con sus pares, con su barrio, con su familia, con el Estado.

La clínica comunitaria se asienta en varios pilares. Entre ellos podemos analizar:

1. Territorialidad. Intersectorialidad.
2. Trabajo en equipo. Interdisciplinariedad. Ecología de saberes.
3. Concepción de la subjetividad como proceso histórico-social.

1. Territorialidad. Intersectorialidad

El territorio es el espacio social compartido por una comunidad, al que se le asignan significados, valores. En él se despliegan conflictos, solidaridades, saberes y sentidos comunes, experiencias de vida, racionalidades, discursos, capacidades, intereses, proyectos. En el territorio se disputa poder. Thiago, como otros adolescentes, sólo era reconocido como parte de *la esquina*, único lugar que le había dejado el proceso de expulsión social.

La clínica comunitaria se ancla en el territorio como el espacio que condensa los problemas y también las alternativas para superarlo.

Desde allí surgen las acciones intersectoriales en las que, frente a situaciones complejas, se pueden generar acciones multidimensionales que se desarrollan en los espacios sociales cercanos a los destinatarios. Diferentes actores sociales, de diferentes áreas, «trabajan juntos para resolver un problema que definen y asumen como común» (Cunill-Grau, 2014, p. 19).

La perspectiva de red permite organizar intervenciones georreferenciadas, que son sostenidas por actores de diferentes áreas, a partir de acciones compartidas y coordinadas. En la experiencia que relatamos, el trabajo con un sector del poder judicial y, sobre todo, con organizaciones comunitarias permitió sostener el trabajo con el adolescente.

2. Trabajo en equipo. Interdisciplinariedad. Ecología de saberes

La interdisciplina requiere de la conformación de equipos que se integren en busca de un objetivo compartido, articulando saberes y prácticas. Construir dispositivos interdisciplinarios no es reunir partes fragmentadas; desde la complejidad hay que construir problemas que puedan ser abordados desde prácticas profesionales diferentes, problematizando las tensiones de poder que entran en juego, focalizando al sujeto y al proceso sociohistórico en que habita.

La clínica comunitaria, en la búsqueda de una nueva relación entre los conocimientos, articula los saberes científicos con los saberes populares. Boaventura de Sousa Santos propone una ecología de saberes donde «los conocimientos interactúan, se entrecruzan y, por lo tanto, también lo hacen las ignorancias» (Sousa Santos, 2009, p. 185). En la situación que analizamos se trabajó con profesionales del trabajo social y el derecho, pero fundamentalmente con la promotora de salud y las voluntarias de la organización comunitaria, que fueron quienes, enmarcando a Thiago en actividades solidarias y culturales, lograron sostener sus miedos y contribuir a modificar la representación que los vecinos tenían del adolescente.

3. *Concepción de la subjetividad como proceso histórico-social*

La subjetividad no es un concepto homogéneo, da cuenta de un ser en tensión entre distintos niveles de organización, que vive en un contexto social que lo determina y al que modifica, que cambia a lo largo de su ciclo vital. La construcción de subjetividad se da simultáneamente en dos planos: la historia individual del sujeto y la historia social. Como configuración compleja intercepta distintos procesos y organizaciones, es un sistema abierto, histórico, flexible, en cambio permanente. No hay subjetividad sin sujeto, no hay subjetividad sin la instancia histórico-social y cultural en que tiene lugar la vida, anidada en complejas redes de lazos sociales (Ussher, 2015).

Su historia personal y la vida comunitaria en un barrio postergado del segundo cordón del conurbano, moduló a Thiago como un adolescente en conflicto con la ley, señalado por la policía como culpable por vivir en una zona marcada y ser pobre. Otros lazos sociales permiten percibirlo como un niño que sufre, que ha sido maltratado, que es capaz de solidaridades y reflexiones profundas sobre sí mismo y su comunidad, que puede aprender, trabajar, amar.

Clínica comunitaria: complejidad de saberes y prácticas

«La medicina imagina la existencia de una clínica única, de una clínica totalizadora: la clínica científica y ética. Sin embargo, se trata de una pura declaración ideológica, tal vez asentada sobre la preocupación de vender la imagen de una institución racional y humana».

DE SOUSA CAMPOS (2009, p. 77).

Sin embargo, podríamos describir múltiples clínicas, tratar de expandir relaciones, ampliar, considerar el padecimiento en el marco del contexto en el que emerge.

Fernando Ulloa creía que el campo clínico responde más a un arte que a una profesión, ya que debe trabajar con la singularidad, apoyada en una concepción alejada de la medicina y la patología, propone «leer y procesar un campo definido como clínico por el modo de conducción y por sostener una producción crítica comunitaria» (Ulloa, 2011, p. 85) que pueda desnaturalizar las mortificaciones cotidianas.

La clínica aborda siempre lo singular, pero esto no es sinónimo de lo individual. Parte de una situación que es única e irrepetible, que debe ser comprendida en la particularidad de sus características propias, la clínica parte del «análisis concreto de situaciones concretas» (Karsz, 2007, p. 161) en las cuales se focalizan el sujeto y la comunidad en la que vive, la clínica interdisciplinaria trasciende lo concreto, busca comprenderlo en el marco de procesos psicosociales complejos.

La articulación de saberes en el trabajo comunitario (Ussher, 2014a) permite encontrar zonas de encuentro entre las conceptualizaciones y las prácticas de la psicología clínica y la psicología social, así como enlazarla con otros conocimientos científicos y populares.

El campo de la clínica comunitaria busca abrir espacios de encuentro orientados en una perspectiva de respeto a los derechos, con encuadres multidimensionales, flexibles, que focalicen simultáneamente al sujeto y los procesos de producción de subjetividad. El dispositivo clínico comunitario es colectivo, interdisciplinario, intersectorial, se planifica, admite la novedad. Requiere de espacios de co-visión que lo sostengan y retroalimenten (Ussher, 2014b).

Cierre y nuevas aperturas

Maritza Montero (2010), al reflexionar sobre la clínica comunitaria, afirma la necesidad de problematizar el modelo médico, orientado en el déficit, que considera a las personas como clientes en una relación de prestación de servicios. Invita, además, a revisar el dualismo entre las personas y las comunidades.

La clínica comunitaria deberá incluir una mirada crítica sobre la vida cotidiana que mortifica e incorporar herramientas que aborden el nexo fundante entre salud y cultura.

Recuperamos, para terminar, el concepto de «encerrona trágica» de Ulloa, que la describe como «un factor epidemiológico habitual en cualquier ámbito social, donde juega lo establecido (instituido) y lo cambiante (instituyente), sobre todo cuando lo primero asume la rigidez cultural propia de la mortificación y coarta (encierra) a los sujetos» (Ulloa, 2011, p. 167).

La tarea es, pues, trabajar en estas encerronas.

Bibliografía

- Cunill-Grau, N. (2014). «La intersectorialidad en las nuevas políticas sociales: un acercamiento analítico-conceptual» (en línea). *Gestión y Política Pública*, vol. 23, n.º 1, pp. 5-46. Recuperado el 4 de abril de 2015 de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-10792014000100001&lng=es&tlng=es.
- De Sousa Campos, G.W. (2009). *Gestión en salud. En defensa de la vida*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- De Sousa Santos, B. (2009). *Una epistemología del sur*. Buenos Aires: CLACSO-Siglo XXI.
- Deleuze, G. (1990). «¿Qué es un dispositivo?». En AA. VV. *Michel Foucault. Filósofo*. Barcelona: Gedisa.
- Karsz, S. (2007). *Problematizar el trabajo social. Definición, figuras, clínica*. Barcelona: Ed. Gedisa.
- Montero, M. (2010). «Para una psicología clínica comunitaria: antecedentes, objeto de estudio y acción». En Hincapié Gómez, A. (comp.). *Sujetos políticos y acción comunitaria*. Colombia: Editorial Universidad Pontificia Bolivariana.
- Svampa, M. (2010). *Certezas, incertezas y desmesuras de un pensamiento político: conversaciones con Floreal Ferrara*. Buenos Aires: Biblioteca Nacional.

- Ulloa, F. (2011). *Novela clínica psicoanalítica*. Buenos Aires: Libros del Zorzal.
- Ussher, M. (2012). «Articulaciones entre la psicología social comunitaria y la psicología clínica». *IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XIX Jornadas de Investigación, VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Buenos Aires: Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Ussher, M. (2013). «Reinventando prácticas profesionales: del consultorio al territorio, del paciente a la situación». En Timpanaro, D. (comp.). *Construyendo un nuevo paradigma. Salud mental y Derechos Humanos*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Ussher, M. (2014a). «Articulación de saberes en el trabajo comunitario». *VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XXI Jornadas de Investigación, X Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Buenos Aires: Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Ussher, M. (2014b). «El equipo de trabajo en Psicología Social Comunitaria». En AA. VV. *La supervisión, un lugar en el Colegio de Psicólogos*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Ussher, M. (2015). «Políticas sociales y salud mental: atravesamientos y tensiones». *Revista de Políticas Sociales*, año 2, n.º 2. Universidad Nacional de Moreno (en prensa).

Abordaje clínico territorial de las adicciones. Experiencia de grupo operativo en Centro Huella, Ministerio de Salud de la provincia de Entre Ríos

Lilia E. García y Sandra Gulberti

Introducción

La nueva Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657 reconoce la problemática de las adicciones dentro del campo de la salud mental, integrando desde una perspectiva de inclusión a los sujetos, familia, actores sociales e institucionales desde una mirada emergente de la salud pública como derecho inalienable del ser humano.

Desde este marco desarrollamos el trabajo en la provincia de Entre Ríos, diferenciándonos de los antiguos paradigmas de modelos hegemónicos que rigidizaban e imposibilitaban pensar a la persona en relación con su vida cotidiana y con los problemas que en ella aparecen. Pensar en prácticas de inclusión y no de reclusión es fundamental para abordar las temáticas de salud mental en general y de adicciones en particular.

Desde la experiencia de abordaje clínico territorial que vamos construyendo en el Centro Provincial de Referencia en Abordaje Integral de las Adicciones de la provincia de Entre Ríos, Centro Huella, presentaremos el trabajo de uno de los grupos operativos con usuarios que asisten a la institución.

En este espacio institucional abordamos la problemática de las adicciones, pero fundamentalmente trabajamos con sujetos atravesados por diferentes problemáticas de salud mental, que se entretienen en el escenario de la vida cotidiana.

El abordaje desde el grupo operativo

Comprendemos al grupo como un espacio para pensarse con otros, para hablar de lo que nos pasa, repensar lo que hemos podido hacer en términos de proceso, diferenciando obstáculos y posibilidades, reconociendo emociones, situaciones y acciones, desde una perspectiva de salud integral e integradora. Los grupos operativos fueron creados por Enrique Pichon-Rivière, desde la psicología social, y son un instrumento muy interesante para el trabajo en diferentes temáticas. Consideramos la modalidad de grupo operativo como una herramienta efectiva y afectiva, que nos permite un abordaje sobre lo emergente en el campo grupal, donde converge la verticalidad subjetiva con la horizontalidad de compartir con otros, observando los procesos de comunicación y aprendizaje que circulan en el grupo y en la vida cotidiana de sus integrantes.

En el grupo operativo trabajamos con un equipo coordinador, planificando los encuentros a través de técnicas participativas y diálogos grupales que permitan hacer circular la palabra y los aprendizajes que todos tenemos en nuestras trayectorias de vida. El sujeto emergente no es un sujeto enfermo sino una persona que puede pensarse a sí misma y con otros, pasando de lo individual a lo colectivo, del *yo* a un *nosotros* que se construye permanentemente.

Se trabaja sobre ejes emergentes que traen los participantes o que sugiere el mismo equipo según las necesidades que aparecen, registrando lo que acontece en una crónica grupal, que es un instrumento fundamental para el trabajo en este tipo de dispositivos.

El grupo operativo trabajó en términos de proceso, recuperando las trayectorias de vida y los significados que los participantes van encontrando al relato, a las experiencias individuales y grupales.

En el Centro Huella trabajamos tanto en espacios de grupo como en instancias individuales y en talleres, articulando un abordaje integral e integrador, que posibilita al sujeto una instrumentación para la vida cotidiana, para pensarse como sujeto singular, familiar y social.

Concepción de «salud» como proceso dinámico

Entendemos a la salud como un proceso dinámico y multideterminado, con atravesamientos políticos, sociales, económicos, culturales que configuran a la subjetividad en situación, en tiempos y espacios concretos de existencia, no es un estado rígido y acabado. Las adicciones son abordadas como una problemática de salud emergente de un contexto de complejo entrecruzamiento individual, familiar y sociocultural, que exige un abordaje interdisciplinario, interinstitucional e intersectorial.

El proceso salud-enfermedad posibilita pensar en movimiento cómo promover, mantener y fortalecer la salud integralmente, eliminando etiquetamientos que excluyen, que estigmatizan y parcelan la posibilidad de pensar no sólo en términos de salud del sujeto sino también en la salud comunitaria.

Como trabajadores de la salud pública estamos comprometidos con abordajes creativos como propuesta a la complejidad de las problemáticas de salud mental en el contexto sociocultural actual, desde una perspectiva de igualdad de derechos en el acceso al servicio de salud, siendo el Estado garante de éstos.

Conclusiones: algunos cierres para nueva aperturas

La herramienta del grupo operativo nos permite abordar la problemática de las adicciones en el entramado de otros problemas y/o situaciones, y así generar un espacio dinámico de aprendizaje mutuo, donde la internalización del otro y la construcción de un *nosotros* operan como factores protectores en el proceso de recuperación. Pensamos el término «recuperar» en sentido amplio, porque se van recuperando vínculos, relaciones, autoestima, proyectos y sueños. Es en ese *interjuego* de lo que emerge y lo que se construye, donde el proceso se enriquece.

Como parte del equipo coordinador del grupo operativo de Centro Huella sostenemos la importancia del compromiso como trabajadores de la salud pública en promover y hacer posible que las personas accedan al servicio de salud como derecho.

Como todo proceso, seguiremos en búsqueda, en aprendizaje permanente y dinámico para seguir ofreciendo espacios de salud popular donde el Estado se haga presente a la comunidad desde herramientas concretas, como lo es el grupo operativo, articuladas con políticas clínico-territoriales que promuevan el abordaje de la salud de manera integral e integradora.

Bibliografía

- Ley n.º 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 3 de diciembre de 2010.
- Pampliega, A. y Pichon-Rivière, E. (1985). *Psicología de la vida cotidiana*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Pichon-Rivière, E. (1981). *El proceso grupal: del psicoanálisis a la psicología social*. Buenos Aires: Nueva Visión.

II. LA CLÍNICA INTERDISCIPLINARIA EN EL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

La modalidad de abordaje interdisciplinario es un asunto central para la Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657 de la República Argentina, pero también en otros contextos normativos e institucionales similares que se registran en la región. Si bien en todos los niveles que componen la asistencia en salud mental y adicciones el modelo de abordaje tiende a ser interdisciplinario, la interrogación por la clínica en este nivel interpela muy especialmente la comprensión de las intervenciones y los dispositivos asistenciales, muchas veces de corte disciplinario. A través de la revisión de diversas estrategias e intervenciones asistenciales, las comunicaciones que componen esta sección reflexionan sobre la complejidad de la clínica interdisciplinaria actual en el segundo nivel de atención.

Grupo Interdisciplinario Terapéutico (GIT): un posible lazo

Malena Kiss Rouan, Clara Szpindel y Alejandro Todaro Kicyla

«Estamos buscando el motivo de vivir, sobrevivir es el comienzo».

Paciente que asiste al Grupo
Interdisciplinario Terapéutico

Introducción

El siguiente trabajo tiene como objetivo reflexionar sobre el dispositivo GIT: Grupo Interdisciplinario Terapéutico, que se lleva a cabo en el Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo). Nos interesa poder pensar las intervenciones clínicas que se despliegan en el dispositivo, ubicar qué lugar toma la interdisciplina y de qué modo se presenta la especificidad de lo grupal.

Sobre el dispositivo

Este dispositivo grupal surgió como respuesta frente a la alta demanda de consultas que saturaron los dispositivos ambulatorios existentes. La necesidad institucional de poder alojar a quienes se acercan a la institución propicia el nacimiento de este nuevo dispositivo, pues entendemos que quien consulta lo hace en un momento determinado, leemos la singularidad que se despliega y ofertamos un lugar de escucha. El GIT recibe a los pacientes derivados por

ADE (Atención a la Demanda Espontánea), cuyo tratamiento incluye la toma de medicación.

El dispositivo grupal comenzó a funcionar en el mes de octubre de 2014. En la actualidad existen dos grupos por semana, de alrededor de diez pacientes cada uno, con encuentros de una duración aproximada de dos horas. Se intenta mantener la permanencia de los miembros en cada uno de los grupos, pero leyendo con flexibilidad el momento singular en que se presenta cada sujeto. En ocasiones y frente a situaciones en las que algún participante del grupo se encuentre en una situación de vulnerabilidad psíquica o de riesgo, se lo convoca a asistir esa misma semana a ambos grupos. Ubicando la singularidad de cada paciente dentro del grupo, también se evalúa la posibilidad de mantener alguna entrevista individual, o con algún referente familiar si fuese necesario.

El grupo como espera y como lazo

El trabajo en grupo propicia una salida del aislamiento en el que se encuentran los sujetos, posición narcisista de soledad y reclamo, donde el consumo desmedido viene a llenar el vacío con excesos. El grupo los «agrupa», y así posibilita la creación de un lazo, a diferencia de los grupos en las esquinas, en las plazas, que reúnen soledades desde una lógica más ligada a relaciones de intercambio centradas en conveniencias individuales en conexión con el consumo.

Este grupo propone un espacio terapéutico de palabra que no sólo sea catártico sino una posibilidad de pensar con otros. La interacción grupal promueve la lógica de la espera, tan difícil en la problemática del consumo, donde todo es ahora y ya. En este sentido, también funciona como límite al despliegue de palabras sin interlocutor. Cada uno está personalizado a través de su historia, a lo largo del espacio se conmueven, se identifican, se diferencian y se ayudan.

El objetivo del grupo no es problematizar el «consumo» sino al sujeto. El decir con otros interpela al sujeto a desarticular su posición

de ubicarse como «adicto» para poder preguntarse por lo más singular de su deseo. Ubicarse desde el paradigma de reducción de riesgos y daños, operar a partir de un umbral mínimo de exigencia implica a partir de una escucha atenta ir situando las coordenadas de cada sujeto.

Entendemos el lazo con otros como modo de vínculo que diluye la esencia de soledad propia del consumo desmedido. Un elemento en común los trae al hospital, las diferencias van señalando el camino de cada uno.

Aun cuando el grupo pueda promover una identificación y por lo tanto una fijación en la temática del consumo, intentamos poco a poco desanudar este camino. Como señala la Lic. Jasiner, «el otro no es reductible al semejante en su dimensión imaginaria. Justamente la falla en la estructura de cada quien puede resultar para el sujeto una oportunidad. Nadie puede remediarla solo» (Jasiner, 2007).

Tomando aportes de Derrida (1997), pensamos al grupo como espacio de hospitalidad. El huésped recibe al otro desde su singularidad, no trata de que éste encaje en normas y conceptos previamente inscriptos, toma al otro en su marca más singular y radical. No instalar el parámetro de la abstinencia –que supone que es lo que puede llegar a «hacerle bien»– y desarmar la identificación con el «soy adicto» –con la que se presentan muchos de los participantes– implica apostar al otro en su singularidad, apuntando a un espacio «hospitalario». El lugar de la hospitalidad que se despliega en el grupo invita a subvertir las propias ideas, es lo que se va generando en el compartir con otros. Cada uno tiene su lugar, no hay jerarquías, es así que se construye un diálogo con otros, y se producen modos distintos de hacer lazo.

El transcurrir de las reuniones; implicar al sujeto

En las primeras reuniones, los pacientes interactúan poco entre sí. Se dirigen a los coordinadores, no al grupo. Relatan sus recorridos

por los circuitos de compra de sustancias y/o alcohol..., sus «giras», sus excesos... Demandan medicación para paliar la angustia y la frustración por lo «no» encontrado. No encuentran felicidad y piden que el psiquiatra se las dé a través de la mágica pastillita. La ilusión se ve frustrada nuevamente.

En estos primeros tiempos se despliega con mayor fuerza el eje transferencial con los coordinadores. Se les supone un saber sobre su padecer, se espera que realicen tales o cuales acciones para que el sujeto «deje de consumir», ya sea por la medicación, o alguna indicación sobre cómo actuar.

Entre los participantes del grupo se generaba cierto fenómeno de masificación alrededor del consumo. Algunos de los dichos que circulaban eran: «los drogadictos somos personajes», «nosotros somos difíciles», «el adicto es así». Stevens (2002) plantea que existen dos fórmulas de la identificación: la identificación comunitarizante, es decir, la que a partir de un rasgo inscribe al sujeto en un campo social, en un conjunto, lo cual reduce su subjetividad. La otra fórmula es al rasgo personal, que permite al sujeto a partir del deseo construir su manera de ser, su modo de vida, en relación con un orden de realidad. En estos primeros momentos operaba algo de una identificación comunitarizante, a modo de masa. Se desplegaba entre ellos un lazo imaginario, que construía una ilusión: «todos somos iguales», sostenida en el significante «somos adictos».

A medida que fue pasando el tiempo, fueron cediendo las quejas, los reclamos, las demandas de medicación. El hablar comenzó a remitir a su vida cotidiana, sus dificultades, sus vivencias, sus vínculos y sus miedos. Este pasaje se produce a partir de la invitación a poner en palabras. A que cada uno tome su propia palabra y marca diferencial de su deseo.

En el transcurso del grupo se comenzó a generar cierta organización libidinal. Se empezó a desplegar una red de identificaciones que construyeron lazos desde otra posición. Ya no era necesario pensar al semejante como un otro igual a mí, sino reconocer al otro a partir de su singularidad, desde una lógica más hospitalaria. Se sale

así de la masificación de una identificación comunitarizante para apuntar al recorte del sujeto en lo singular de su deseo y modalidad de goce. Como postula Liliana Lamovsky: «Se trata de un colectivo con la intención de producción simbólica, lo que evita hacer masa» (Lamovsky, 2005). El grupo busca dar un espacio a cada sujeto desde su propia implicación, pero participando en conjunto con otros, interrogándose por lo que no anda, por lo que genera malestar, creando un campo de lectura y producción colectiva, por vía de lo simbólico.

La invitación a poner en palabras, interrogar los dichos abre un espacio de reflexión donde conversar con otros. Implica poner un paréntesis a las respuestas rápidas que muchos buscan, donde en general la droga pareciera jugar un rol protagónico, ya que obtura aunque sea efímeramente algo del orden de la pregunta sobre la posición subjetiva.

Más allá de la medicación y la figura del adicto: el sujeto

La medicación tiene un lugar en la lógica grupal, ya que muchos de sus miembros con estructura psicótica o neurótica grave (y variados diagnósticos psiquiátricos) padecen de un alto grado de sufrimiento, pero el modo de tramitar la interacción entre el remedio y el síntoma ha cambiado de lugar.

Esta lógica pone en cuestión la función del psiquiatra, de la psiquiatría y de la medicación. Esa demanda de medicación podrá estar o no sostenida por un requerimiento clínico psicopatológico; mayormente tiene que ver con las expectativas que sobre la medicación, al igual que sobre las sustancias de consumo, tienen los miembros del grupo.

La certeza de que la medicación o los dispositivos de atención son los que van a lograr el fin del consumo está arraigada no sólo en los usuarios sino en el sistema de salud y en el entramado social (Ferrazza, 2010). Esta lectura social simplifica la problemática de consumo cir-

cunscribiéndola sólo a lo individual. Como si se tratase de un padecimiento físico-orgánico, lo mitiga con un «remedio» o, si fuera más grave, con una internación. El lugar del usuario sería aportar la voluntad de aceptar tomar el «remedio» o, en todo caso, internarse.

Las expectativas sobre la «efectividad» de la medicación no son distintas de las que portan quienes no presentan un consumo problemático. Lo particular de quienes sí presentan un consumo problemático es que son sujetos para quienes las «sustancias» adquieren un valor aliviador-mitigador-distractor de lo cotidiano. Este valor de la sustancia se observa tanto en relación con experiencias traumáticas pasadas y padecimientos actuales, como con experiencias placenteras. Es así que se ubica a la medicación en el lugar del objeto de la cura. Una operación similar ocurre con la internación como dispositivo capaz de lograr que se abandone el consumo.

Suele darse en el grupo y en los sujetos que lo conforman una primera percepción de que si están sin consumir, es porque están tomando el fármaco y están viniendo al grupo. Es nuestro rol en el grupo deconstruir esa idea, poner en el sujeto lo que le es propio y no en la sustancia, o en la medicación o en el dispositivo mismo.

El trabajo es poner al sujeto por encima de la sustancia de consumo y también por encima del fármaco. Esto exige un trabajo interdisciplinario, ya que la mayoría de las veces la demanda de medicación es denegada.

Esto se realiza en el grupo mismo y como trabajo terapéutico grupal y con la idea de acotar el lugar «del remedio» para dar lugar al sujeto. En el mismo sentido, si un miembro del grupo refiere haber consumido, se acota el hecho del consumo para dar lugar al padecimiento subjetivo detrás de ese consumo; cuando los miembros del grupo esperan un reto por consumir, el grupo propone una reflexión sobre lo que le pasa y no sobre el consumo. Silvia Brasiliano señala que en estos grupos la meta es crear un espacio de reflexión, en el que el paciente puede tener una idea de sus propias experiencias, en un intento de encontrar una respuesta diferente a la droga, para transformar su realidad.

Conclusión

Ésta es la propuesta del Grupo Interdisciplinario Terapéutico, y como tal, es una búsqueda permanente, que se piensa y se repiensa interdisciplinaria debido a la incontrolable indisciplina de los problemas que se nos presentan actualmente y de la dificultad de encaillarlos. Los problemas no se presentan como objetos, sino como demandas complejas y difusas (Stolkiner, 1987).

El lazo posible empieza en la búsqueda del *sujeto* más allá del *adicto*. Que sea grupal, que sea interdisciplinario, que sea terapéutico no responde sólo a teorizaciones, es un posicionamiento ético y político frente al problema, que no es el consumo sino el padecimiento de los sujetos.

Bibliografía

- Benedetti, E. (2013). *Plan estratégico 2013-2015*. Buenos Aires: Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).
- Da Silva Xavier, M. *et al.* (2014). «O significado da utilização de psicofármacos para indivíduos com transtorno mental em acompanhamento ambulatorial» (en línea). *Escola. Anna Nery*, vol. 18, n.º 2. Recuperado el 8/8/2015 de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000200323&lng=en&nrm=iso.
- De Andrade Ferrazza, D.; Luzio, C. A.; Da Rocha, L. C. y Rodrigues Sanches, R. (2010). «A banalização da prescrição de psicofármacos em um ambulatório de saúde mental» (en línea). *Paidéia (Ribeirão Preto)*, vol. 20, n.º 47. Recuperado el 8/8/2015 de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2010000300010&lng=en&nrm=iso.
- Derrida, J. (1997). «El principio de hospitalidad». Entrevista realizada por Dominique Dhombres, *Le Monde*, 2 de diciembre de 1997.

- Jasiner, G. (2007). *Coordinando grupos. Una lógica para los pequeños grupos*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Lamosky, L. (2005). «Psicoanálisis y lazo social». En *Pensado a Ulloa*. Buenos Aires: Libros del Zorzal.
- Pavlosky, E. y De Brasi, J. (2000). *Lo grupal*. Buenos Aires: Galerna.
- Pereira Lima, M. C. et al. (2008). «Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos: impacto das condições socioeconômicas» (en línea). *Revista de Saúde Pública*, vol. 42, n.º 4. Recuperado el 8/8/2015 de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000400019&lng=en&nrm=iso.
- Sinatra, E. (2010). *¿Todo sobre las drogas?* Buenos Aires: Grama.
- Stevens, A. (2002). «La errancia del toxicómano». *Quatro*. Revue de psychanalyse, École de la Cause Freudienne, n.º 74.
- Stolkiner, A. (1987). «De la interdisciplina e indisciplinas». En Elchiry, N. (comp.). *El niño y la escuela: reflexiones sobre lo obvio*. Buenos Aires: Nueva Visión, pp. 313-315.

Trabajo interdisciplinario en Atención a la Demanda Espontánea: nuevas intervenciones. Un adolescente en riesgo

Silvana Gargiulo, Natalia Lamothe y Silvia Rodríguez

En este escrito intentaremos dar cuenta del trabajo clínico realizado en forma interdisciplinaria con un joven adolescente al que llamaremos G. Su primer acercamiento al Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo) había sido en el año 2010, cuando tenía 17 años de edad. Prácticamente desde el inicio presentó una problemática de consumo compulsivo de sustancias, y se exponía a situaciones de riesgo en forma casi sistemática. A pesar de las múltiples indicaciones de distintos dispositivos de tratamiento, G. nunca pudo instalarse en ninguno. Tal como se *fugaba* de su casa, una y otra vez volvía a *fugarse* de los tratamientos. A principio de este año G. se presenta a una consulta en Atención a la Demanda Espontánea con la orden de un juzgado penal que lo obliga a realizar un tratamiento por salud mental, como condición para mantener su libertad. G. había estado detenido por siete meses, por varias situaciones de delito callejero, en el penal de Marcos Paz. Una vez cumplida una parte de detención efectiva, el tribunal resuelve concederle la libertad, poniéndole como condición la realización de un tratamiento. Cabe señalar que en este momento G., siendo mayor de edad, ya tenía plena capacidad jurídica, sin embargo su posición subjetiva correspondía al tiempo lógico, no cronológico, de la adolescencia.

Antecedentes de su situación actual

G. es traído por su familia en el año 2010, cuando tenía 17 años. En esa oportunidad se le indica iniciar tratamiento en Hospital de Día de esta institución, donde asiste en forma irregular durante un período, y luego deja de concurrir. Cabe destacar que, a partir de ese momento y en el transcurso de cuatro años, G. continuó con cinco intentos de iniciar el tratamiento en dicho dispositivo y con cuatro internaciones, dos de las cuales fueron en comunidades terapéuticas y realizadas en forma compulsiva. En una de éstas, que se caracterizaba por ser de tipo cerrado, sí se mantuvo durante más de un año. Las otras dos internaciones fueron en este hospital, siendo una de éstas involuntaria por haber presentado una situación de riesgo cierto e inminente para sí.

En ninguno de estos tratamientos G. se pudo instalar realmente. Todos tuvieron la marca inicial de haber sido impuestos –en forma directa o indirecta– por la familia o por juzgados civiles en el marco de la antigua ley y normas del Código Civil.

Anteriormente al año 2010 había realizado una consulta en Consultorios Externos del Hospital Ramos Mejía. De esa consulta dice: «Era para hablar de lo de mi viejo [...] fui sólo a dos entrevistas porque no tenía de qué hablar».

G. nace en Brasil. Su madre, proveniente de una familia de clase media, se va de la Argentina a los 17 años, se va del hogar por sufrir desde la infancia situaciones de violencia por parte de su padre, con la complicidad implícita de su madre. En Brasil forma pareja con el padre de G., de nacionalidad brasilera, quien se dedicaba a la venta de drogas ilegales. Por este motivo ambos estuvieron detenidos en ese país. Luego ella queda embarazada y, al nacer G., su padre se encontraba nuevamente detenido, cumpliendo una condena más extensa. Ante esta situación, la mamá de G. le pide a su propia madre volver al país con su bebé de 3 meses. G. porta el apellido materno.

G. y su madre fueron a vivir a una casa, propiedad de la familia. Sus abuelos cumplían cierta función de cuidado y protección, viviendo en forma oscilante entre la ciudad de Buenos Aires y San

Pedro. En relación con su infancia, G. refiere que pasó más tiempo en la calle que en su casa. Al respecto, dice: «Desde los 7 años que estoy solo en la calle, siempre tuve mucha libertad...».

A los 14 años su madre lo inicia en el consumo de sustancias: juntos fumaban marihuana. No conoció a su padre ni tuvo ningún tipo de contacto con él. Su madre refiere que durante la infancia, en las escasas conversaciones que tuvieron sobre su padre, G. manifestó en varias oportunidades expectativas en relación con poder conocerlo en algún momento, cuando fuera mayor y pudiera viajar. Cuando tenía 15 años ambos se enteran de que, al recuperar la libertad, lo habían matado. En los dichos de G.: «Cuando salió de la cárcel lo mataron, había mucha gente que lo odiaba... no sé, ésa es la parte oscura de la familia». En el discurso familiar el padre de G. es nominado exclusivamente, y casi en forma desprovista de todo texto, con tres significantes concatenados en una determinada secuencia: narcotraficante-presos-muerto.

Durante el año en que ocurre la muerte de su padre, comienza con el consumo compulsivo de cocaína y PBC en una escalada ascendente particularmente intensa, lo cual lo expone a situaciones de riesgo graves. Ése fue el momento en que la familia, con la intervención de juzgados civiles, lo lleva en forma compulsiva a realizar tratamiento en diferentes instituciones, entre ellas la comunidad terapéutica cerrada antes mencionada. *A posteriori* de que su madre formara pareja con uno de sus compañeros de internación, abandona la comunidad y recrudece significativamente el consumo de PBC.

Evaluación en ADE

Luego de haber permanecido en la cárcel de Marcos Paz cumpliendo condena por robo, el juzgado interviniente le otorga la libertad condicional y le indica la exigencia de someterse a un tratamiento. Al día siguiente concurre a una entrevista por ADE, en la que manifiesta su intención de cumplir con el mandato del tribunal. El equipo convocó al servicio jurídico asistencial, para interpretar y explicar

los términos de la sentencia, anticipando a G. el posible desenlace de las situaciones de riesgo a las que se exponía. Por otro lado, se trabaja acerca de las dificultades que tenía para iniciar o sostener los espacios terapéuticos que le venían siendo indicados –creemos más exacto decir que le venían siendo impuestos–. Corroborando que una vez más concurría por un mandato externo sin implicación subjetiva alguna, se lo cita para el día siguiente, pero no concurre. En cambio se presenta su abuela, manifestando angustia y preocupación ante la posibilidad de que G. volviera al penal. A partir de ese momento inicia un proceso de orientación familiar en Consultorios Externos. Ella había sido la referente en la mayoría de los intentos de tratamiento realizados por G.

Siguiendo los desarrollos que hace Élica Fernández, que define a la adolescencia como una encrucijada, adscribimos a que ésta no constituye una estructura subjetiva ni una organización psicopatológica, pero sí un momento de la vida, y fundamentalmente un tiempo lógico en donde se produce la verificación retroactiva de lo acontecido en el Edipo (Fernández, 2005, p. 221). Nos posicionamos entonces –ya después de la constatación de tantos pretendidos tratamientos sin éxito alguno– tratando de pensar cuál podría ser el modo de abordaje adecuado para que un tratamiento comenzara a esbozarse como posible.

La adolescencia no fue conceptualizada por Freud. Sí, por supuesto, nos habló sobre aquello que la inaugura, la pubertad. Y no podía escapársele al maestro vienés que venía anudada a un proceso de verdadera transformación en lo real del cuerpo al que llamó nada menos que «metamorfosis de la pubertad».

Lo específicamente humano, además del hecho de habitar en un mundo de palabras, es esa característica de la discontinuidad que presenta la sexualidad que se da en dos tiempos separados por un período de latencia. Pubertad como momento en que un sujeto se enfrenta por primera vez con la posibilidad *efectiva* de realizar el acto sexual y de ser padre. La diferencia entre lo infantil y lo puberal gira en torno a la diferencia de los sexos y de la satisfacción

pulsional; momento crucial de la subjetividad, en el cual se pone a prueba la estructura, por el encuentro con lo real del sexo. Momento también en que aquellas que fueron las primeras marcas puedan rearticularse.

Silvia Amigo, en su texto «Clínica de los fracasos del fantasma», señala:

He comprobado que lo que suele acarrear habitualmente crisis graves no psicóticas en adolescentes que llegan a consulta es la dificultad del sujeto en medio de la segunda vuelta edípica para rearmar una nueva vestidura imaginaria, una nueva asunción de su cuerpo que pueda operar la cobertura del nuevo real que irrumpe. Dificultada esta nueva vestidura, se hará concomitante una seria dificultad de cambiar el modo de goce en relación al abandono imprescindible de la fijación de los objetos edípicos, para pasar a los exogámicos (Amigo, 2012, p. 142).

La conformación fantasmática en el despertar sexual de G. se vio seriamente obstaculizada por la posición de su madre, y que, aun habiendo operado la metáfora paterna, hay pasos, rearticulaciones que aún no han sido cumplidos (Fernández, 2005, p. 231). Como plantea Silvia Amigo:

El problema es que cuando lo real (ese real del brutal empuje de la demanda de goce que renueva la adolescencia) está impedido de hacer nudo con la sexualidad, se está en peligro de que la única ribera de lo real que le reste al sujeto sea la de la muerte. La muerte trágica (Amigo, 2012, p. 150).

Retomando con nuestra intervención en ADE en que G. no volvió a concurrir, intervenimos citando a su madre. Asistió manifestando que G. se negaba a venir al hospital, que no podía frenar el consumo y que en los últimos días le solicitaba quedar encerrado en su casa con llave mientras ella iba a trabajar; venía utilizando este recurso

como modo de poner un límite al exceso de consumo de PBC. Refería además que este mecanismo «funcionaba» por unos días, hasta que comenzaban los síntomas fuertes de abstinencia, momento en que se irritaba y, mediante agresiones, lograba salir de la casa para iniciar el ciclo de consumo, lo cual lo exponía a situaciones de riesgo durante esas «giras» de tres o cuatro días.

Una apuesta del equipo: la intervención en el domicilio

En el marco de una demanda «compulsiva» por parte de la justicia penal de que G. hiciera tratamiento, y reconociendo que se trataba de un adolescente que estaba en riesgo, el equipo analiza la necesidad de crear un escenario propicio para que G. pudiera articular un pedido, tendiente a generar las condiciones básicas para que un tratamiento fuera posible. En el marco de la Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657, y de la singularidad del caso por caso que fundamenta nuestra clínica, decidimos llevar adelante otro tipo de intervención, armando un dispositivo que hiciera posible *para él* articular un pedido en nombre propio. Un espacio pensado como umbral para un tratamiento.

Contando con el aval institucional y escuchando que G. venía pidiéndole a su madre que lo dejara encerrado bajo llave como forma de poner un límite al consumo de sustancias, el equipo propone acudir a su domicilio, y llevar así adelante una apuesta extramuros.

En un móvil otorgado por el Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo) y combinando con su abuela y su madre día y hora, el equipo conformado por psicóloga, psiquiatra y abogada se presenta en el domicilio. En la primera ocasión G. se encontraba durmiendo. Cuando se enteró de nuestra presencia, aceptó recibirnos. Su sorpresa y entusiasmo fueron evidentes. «¿Todo esto por mí?», «¿tan importante soy?» fueron las preguntas que nos dirigió.

En *Dos notas sobre el niño*, Lacan se refiere a la necesidad lógica en la constitución subjetiva, «de una relación con un deseo que no sea anónimo» (Lacan, 1988, p. 56). Nuestra apuesta fue poner en

juego un deseo particularizado, encarnado por otros «no anónimos», para alojar a G. en tanto sujeto.

En esa primera visita a G. en su domicilio, explicitamos nuestra preocupación por él y determinadas coordenadas: por un lado su situación judicial, la cual le obligaba a realizar un tratamiento como condición para mantener su libertad; por otro lado su situación clínica en relación con su estado psíquico y físico debido a su consumo compulsivo de características riesgosas, como él ya mismo registraba. G. comprendía tanto los términos de su libertad condicional como su estado de vulnerabilidad psicofísica. Reconociendo estas dos cuestiones y explicitando no querer volver al penal, no podía dar cuenta de sus imposibilidades para iniciar un tratamiento. Le propusimos concurrir diariamente a su domicilio en el marco de una internación domiciliaria, fijando las pautas necesarias para su sostenimiento. G. aceptó acordando y suscribiendo el correspondiente consentimiento.

Al día siguiente G. nos aguardó con interés y preparación previa tanto personal como del espacio para recibirnos. En esas entrevistas comenzaron a esbozarse mínimamente cuestiones que vinculaban su situación actual con su historia y cierto estrago vinculado a la línea materna.

Se decide citar a su madre a una entrevista en el hospital, para hablar sobre la situación que se estaba planteando, y, conforme la historia familiar y su gravitación en la vida de G., se le indica realizar tratamiento psicoterapéutico, como condición para seguir atendiendo.

A pesar de su evidente esfuerzo por cumplir con las coordenadas que se habían acordado, la internación domiciliaria «no alcanzó». Esta circunstancia gravitaba a su vez en su situación judicial, ante la insistencia del juzgado interviniente en controlar el cumplimiento de la medida ordenada, como condición para mantener su libertad. Sus dificultades se relacionaban con la imposibilidad de frenar el circuito de consumo y exposición a situaciones de riesgo, dada la accesibilidad que tenía dentro de su barrio. Se intentó recurrir a

estrategias farmacológicas para modular el cuadro, lo cual permitió por momentos cierto apaciguamiento, pero no fue suficiente.

Un punto de inflexión

En una oportunidad nos presentamos en un momento en que G. había vuelto de la calle luego de consumir toda la noche. Nos recibió sin poder levantarse de la cama, angustiado y poniendo de manifiesto sentimientos de vergüenza y culpa por el estado en el que se encontraba.

Esta escena la ubicamos como un punto de inflexión: ante el reconocimiento de no poder cumplir con aquello a lo que se comprometió, nos formula un pedido de ayuda. Nos pide internarse por un tiempo breve en esa comunidad cerrada en la que ya había estado y donde había logrado frenar el consumo. Acordamos que sería el tiempo mínimo imprescindible, con miras a continuar un tratamiento ambulatorio en el hospital. Acordamos también que durante esa internación nos mantendríamos en contacto telefónico.

A partir de su pedido, gestionamos la derivación que se llevó a cabo con el acompañamiento del equipo y la madre, contando con la ambulancia del Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo) para el traslado a dicha comunidad.

Es la primera vez que puede formular un pedido y que voluntariamente accede a comenzar un tratamiento.

Consideraciones clínicas: algunas puntuaciones e hipótesis

En relación con las *fugas* podríamos pensar que éstas constituyen una respuesta paradigmática a la demanda y goce del Otro. Estilo de respuesta (la única que el sujeto puede poner en juego) que encubre una posición expulsiva del Otro parental.

La historia familiar que viene siendo narrada (con una secuencia de acontecimientos históricos muy definidos) implica para G. un mito sobre su origen, que aparece marcado por acontecimientos que giran, tanto en su madre como en su padre, en torno a lo que sucede con la droga. Podríamos pensar que la primera vez que G. hace una consulta (en Consultorios Externos del Hospital Ramos Mejía) es motivado por la necesidad de narrar su historia, de hablar «de lo de mi viejo», de localizar lo que llama «la parte oscura de la familia». Para guiarnos no hay más que leer a la letra lo que G. nos dice, «no fui más porque no tenía de qué hablar». ¿Se trata de hablar de algo que no está «a la luz» por estar reprimido? ¿O bien allí, en ese punto, no hay palabras? Esa dificultad en poner en palabras lo de su padre, sumado a la «iniciación» en el consumo de sustancias —que, al ser realizada por su madre en plena pubertad, tiene, sin duda, connotaciones de tipo incestuoso—, hizo que G. lo hiciera «presente» vía una identificación con él. Recordemos en este punto que el consumo problemático y compulsivo de sustancias es consecutivo a la caída de la ilusión de aquello que había funcionado como una promesa a lo largo de su vida: cuando fuera mayor podría ir a conocer a su padre... Ilusión que funcionó como sostén y cae, estrepitosamente, cuando se enteran de que había muerto, que lo habían matado cuando salió de la cárcel.

En esta familia pareciera que la droga funciona como respuesta a la pregunta por el deseo del Otro. ¿Podrá G. poner en cuestión la validez de esa respuesta y relanzar la pregunta a fin de poder construir su particular respuesta fantasmática?

Para concluir, quisiéramos remarcar que nuestra apuesta de «inventar» un dispositivo que permitiera el alojamiento subjetivo de G. generó un cierto movimiento que posibilitó que nos realizara un pedido de tratamiento en nombre propio. Actualmente, luego de esa internación que duró tres meses, G. se encuentra realizando tratamiento ambulatorio en Consultorios Externos de este hospital.

Bibliografía

- Amigo, S. (2012). *Clínica de los fracasos del fantasma*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Armero, A. (1996). «Adicciones en la adolescencia». En *Psicoanálisis y el Hospital*, n.º 10.
- Benedetti, E. (2013). *Plan estratégico 2013-2015*. Buenos Aires: Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).
- Fernández, E. (2005). *Algo es posible. Clínica psicoanalítica de locuras y psicosis*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Fleischer, D. (2005). «Reducción de daño/ Comunidad terapéutica». En *Psicoanálisis y el Hospital*, n.º 27.
- Freud, S. (1993). «Tres ensayos de teoría sexual». En *Obras Completas*, tomo VII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gamsie, S. (1996). «Pubertad al fin...». En *Psicoanálisis y el Hospital*, n.º 10.
- Insua, G. (2005). «Adolescencia y adicción». En *Psicoanálisis y el Hospital*, n.º 27.
- Lacan, J. (1988). *Intervenciones y textos 2*. Buenos Aires: Manantial.
- Ley n.º 26.529 Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Decreto Reglamentario 1089/12. *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.
- Pujó, M. (1996). «Adolescencia y discurso». En *Psicoanálisis y el Hospital*, n.º 10.
- Pujó, M. (2005). «Elogio de la moderación». En *Psicoanálisis y el Hospital*, n.º 27.

Un caso en tres tiempos. Interdisciplina, urgencia y emergencia subjetiva

Natacha Gordó y Bibiana Schiazzano

Introducción

Los embarazos no programados provocan en la mujer una alteración en su equilibrio emocional, ya sea que representen la conclusión de su deseo inconsciente más profundo, o bien que resulten en una complicación para el momento en que se encuentra viviendo. En este sentido el conflicto personal que se presenta acerca de qué camino tomar resulta doloroso y angustiante por la situación en sí misma, por el sentimiento de culpa y por el miedo al «qué dirán».

Proponemos presentar este caso en tanto modelo de las vivencias que aparecen frente a estas situaciones, sus consecuencias subjetivas, y cómo el trabajo interdisciplinario puede ayudar a vivir esta situación de una manera menos dolorosa y, sobre todo, a desandar un camino que a veces se impone como sin retorno.

Desarrollo

Primer tiempo: la urgencia subjetiva

La paciente de 19 años concurre a nuestro hospital en enero de 2013. En la primera entrevista se presenta angustiada, refiere que no se está sintiendo bien, que está rodeada de sensaciones negativas que la hacen pensar que nada bueno puede ocurrir para ella. Presenta temor a volver a consumir y relata que hace dos años que no con-

sume nada luego de un tratamiento realizado con relativa dificultad y bastante sacrificio. Todo su relato gira alrededor de su imagen corporal, que se encuentra desvirtuada: relata que su cuerpo la acompleja y que siente vergüenza y culpa. Por momentos esa angustia se vuelve llanto y luego se torna muy irritable. La propuesta terapéutica de inicio se basa en varias entrevistas por semana con el objetivo de disminuir el nivel de angustia. Al cabo de un mes aproximadamente se logra cumplir el objetivo, y esto facilita la dinámica de trabajo.

En el devenir de las entrevistas aparecen cuestiones relacionadas con su cuerpo. En un primer momento habla de su «sobrepeso». Refiere que es «bajita» y que «se ve con unos kilos de más». Dice que quiere modificar esto y se da entrevista con Nutrición. Concurrir a dicho espacio y pauta algunas cuestiones con la profesional.

Sin embargo, claramente el problema con su cuerpo no estaba centrado en esas inquietudes. A medida que transcurren las entrevistas comienza a contar lo que va a ser un eje fundamental en su tratamiento. Relata haber realizado en lo que va de los últimos cuatro años cinco abortos. El primero guiado y apoyado por su madre. Los siguientes, sola, recurriendo a información que sacó de internet. La primera vez le hacen un legrado y las siguientes recurre a prostaglandinas. Sufrió en algunos de estos eventos las consecuencias adversas de haber utilizado las pastillas sin el cuidado correspondiente, por no haber sido asesorada por médicos, y puso en riesgo su vida. Refiere que le daba mucha vergüenza la consulta y que no soportaba la idea de ser juzgada por sus actos.

Cuando comienza a hablar de esto vuelve a aparecer la angustia inicial. Se siente muy culpable. Cree que dañó su cuerpo de manera permanente, que nunca va a poder tener hijos. Que no se lo merece, y otras cuestiones alrededor del reproche y la culpa. Presenta temor a un nuevo embarazo. Dice una frase que va a ser crucial para pensar su situación de ahora en adelante: «Pude hacer los abortos porque estaba drogada, sobria jamás podría abortar». Refiere no poder tener un método anticonceptivo que la satisfaga por problemas

hormonales, las pastillas no eran una opción dado que «la harían aumentar de peso».

Quiere ser madre, está en pareja desde hace cuatro años con un muchacho que también ha tenido un uso problemático de sustancias, viven juntos y tienen muchos planes en común, inclusive un niño, pero no ahora. Ella quiere estudiar antes y afianzarse en el plano laboral. Trabajamos durante varios encuentros con este material y surgió la opción de que consulte con la ginecóloga de la institución. Se muestra con temor a saber y temiendo mucho la censura. Luego de varios encuentros se concreta la derivación a Ginecología. Cabe destacar que la paciente había hecho su control clínico con nosotros pero no había dicho nada. Sólo se pudo acceder a esta consulta luego de trabajarlo en su espacio terapéutico.

El tiempo de la urgencia médica

En la entrevista ginecológica la paciente se encuentra nerviosa y reticente al interrogatorio. Si bien parte de la historia de la paciente era conocida a través de su terapeuta, resultaba indispensable entablar una relación médico-paciente adecuada para poder llevar a cabo nuestro objetivo. En este contexto se propone iniciar la atención con la obtención de datos para completar la historia clínica y organizar un segundo encuentro donde se realizarían los controles ginecológicos básicos. Surgen así las cuestiones relacionadas con su salud sexual y reproductiva. Resulta muy difícil la entrevista, por lo que se decide en acuerdo con la paciente que éstas se realicen estando su terapeuta presente, dado que esto representaba un marco de seguridad para ella. Se fija un nuevo encuentro en el que participan las dos profesionales y la paciente. Es allí donde surge la temática de los embarazos interrumpidos, y la culpa por haber puesto en riesgo su vida.

Dentro del marco de contención esperado por parte de los profesionales, se logra identificar la necesidad de utilizar un método anticonceptivo seguro, que le brinde confianza y que no le traiga

mayores complicaciones. Se decide que el método más apropiado para ella es el DIU, y se procede a su colocación. Con muchas dudas al principio acerca de la efectividad de este método, logramos luego de mucho trabajo cierto nivel de confianza no sólo en el método sino en el equipo que la trataba, y esto junto a un fuerte trabajo sobre la importancia del cuidado del propio cuerpo y la imagen corporal. En tal sentido y habiendo ella aprendido a entender su cuerpo, surgieron nuevas consultas médicas acerca de dudas que provenían, por ejemplo, de un autoexamen mamario. Un día se presenta diciendo haberse encontrado un bulto en una mama. Se atiende con otro clínico. Esto es posible ya que el marco de confianza establecido con su médica tratante le permite una consulta con otro profesional. Se disipan dudas y ella puede bromear acerca de que ahora ya se ocupa de su cuerpo.

Surge luego de un año aproximadamente de controles normales la consulta sobre si las maniobras realizadas con fines abortivos pudieron dejar algún tipo de secuela en su cuerpo y poner en riesgo su maternidad futura. Si bien se le aclaran todas las dudas posibles, nuevamente aparece la angustia y el miedo, lo cual requiere una vez más del trabajo interdisciplinario y en conjunto para poder manejar la situación. Desde la parte médica se realizan estudios que tranquilizan a la paciente, y desde la terapia se trabaja que pueda realizarlos.

El tiempo de los proyectos

En el transcurso del tratamiento ella logra hacer un cambio y afianzarse en lo laboral, y se anota para una carrera terciaria, en gestión de salud. A raíz de lo que ella dice que pudo recuperar de sí misma en su tratamiento quiere trabajar en salud. Ya entonces con un trabajo estable, con una relación de pareja establecida y bien conformada, plantea el deseo de descendencia. Se trabaja en conjunto sobre el tema, y se decide realizar la extracción del DIU para buscar un embarazo.

Dos meses después concurre a una nueva entrevista médica reafirmando presentar amenorrea de seis semanas, por lo que se realiza el test de embarazo y se confirma el estado de gravidez de la paciente. La noticia es recibida en un marco de felicidad y profundo miedo. Se solicitan los controles correspondientes al primer trimestre de embarazo y dado que la paciente tiene obra social, se deriva al Servicio de Obstetricia correspondiente. Como ella no desea perder el apoyo que se le brinda en nuestro hospital, se pautan encuentros médicos mensuales para acompañarla en esta nueva experiencia. Así transcurrieron los nueve meses hasta que en el mes de abril del corriente año tuvo lugar la cesárea, nació una niña. Madre y bebé en óptimas condiciones fueron dadas de alta a las 48 h de internación.

Hemos elegido este recorte del material porque si bien existe un gran trabajo subjetivo de la paciente para realizar todos los movimientos correspondientes, el trabajo en equipo posibilitó la mayoría de estos procesos.

La interdisciplina: modelo de atención

En este sentido y citando a Stolkiner, «la interdisciplinariedad es un posicionamiento, no una teoría unívoca. Ese posicionamiento obliga básicamente a reconocer la incompletud de las herramientas de cada disciplina» (Stolkiner, citado en Sorgen y Calzetta, 2014). En sí mismo, el equipo interdisciplinario pone en acto ante los pacientes la dimensión de complejidad de todo fenómeno humano:

[...] la idea de diferentes caminos posibles en la búsqueda de soluciones y de la necesidad del intercambio y la reflexión con otros para comprender mejor la infinidad de facetas de cualquier realidad. Creemos que ello forma parte de la dimensión social de nuestra tarea, en un mundo que necesita, cada vez más, seres humanos pensantes y flexibles que puedan lograr la adaptación

necesaria para la vida sin por ello someterse a visiones unívocas y sin renunciar a su subjetividad (Ponce de León, 1998).

De aquí es desde donde hemos pensado este trabajo. Claramente y trayendo nuevamente la cita de Stolkiner, se trata de la acción. La acción conjunta, no necesariamente conjunta *in situ* (eso dependerá del caso), sino la acción en equipo. Obviamente el espacio psicológico era breve y pequeño para el trabajo que debía realizarse con la paciente y el espacio médico no era posible sin el trabajo sobre la fantasmática, los temores y la historia de la paciente. Poco podría haber hecho desde el espacio terapéutico frente a las cuestiones planteadas, y claramente sin este apoyo no era posible acceder a una consulta médica.

Se pensó a la paciente en conjunto en todo momento. De hecho fue un caso que nos interrogó y por eso lo traemos desde el primer momento. Nos interrogaban los tiempos de acción, la modalidad de intervención. Cuándo y cuánto convenía esperarla aun teniendo sobre nosotros lo que podía salir mal. Esperar a su subjetividad y atentos a su cuerpo. Cuando trajo la idea del embarazo fue un esfuerzo para el equipo aceptar su decisión. Hubo que trabajar internamente sobre los prejuicios por ser ella muy joven o faltarle tan poco para recibirse, pero como uno termina concluyendo siempre, la decisión es del paciente. Evidentemente más allá de sus deseos de maternidad, su fantasmática siguió haciendo su trabajo y ella, creemos ahora, necesitó confirmar sus posibilidades reales luego de cinco abortos.

Volviendo al trabajo en su dimensión más concreta, la consulta médica en sí misma no hubiera logrado disipar las dudas ni lograr el marco de confianza necesaria para lograr la propia confianza de la paciente en sí misma y en los profesionales.

Extrayendo algunas reflexiones de un trabajo realizado en el IGBA (Instituto Ginecológico Buenos Aires), que analiza las relaciones entre la ginecología y la psicología, podemos decir que queda claro que especialidades como la ginecología, endocrinología, obstetricia, nutrición, cirugía, psiquiatría, clínica médica se vinculan con aspec-

tos de la psicología femenina y su desarrollo psicosexual. Muchas veces los especialistas preguntan acentuando solamente aspectos de su área, y plantean una mirada parcial sobre el paciente. El trabajo interdisciplinario implica una concepción biopsicosocial del paciente.

Es por ello que en la construcción de la femineidad se da un complejo interjuego entre lo biológico, lo psicológico y lo social. Un ejemplo claro resulta la relación del individuo con la maternidad [...] La maternidad que representa una etapa vital de gran importancia para la mujer. El embarazo implica un cambio biológico, psicológico, social y familiar. Produce un alto estrés emocional, especialmente cuando no es esperado, deseado, buscado, o cuando no aparece en el momento oportuno en la vida de la mujer. Desde la confirmación del embarazo muchos sentimientos encontrados se ponen en juego, aun si éste es buscado, hasta el nacimiento del hijo la mujer experimenta profundas transformaciones, sobre todo en su primera maternidad. Muchas mujeres se sujetan a los mitos de la maternidad y limitan su sexualidad, su ritmo de vida y su alimentación. En esta etapa pueden presentarse perturbaciones, procesos depresivos, regresiones (se vuelven muy demandantes), pánicos, irrupción de situaciones familiares conflictivas. Podemos imaginar cuánto más ocurre si el embarazo resulta en un evento no deseado. Cualquiera de las dos situaciones requiere de un equipo que acompañe a cada una de las pacientes que pasan por esta problemática.

En las distintas etapas del desarrollo ginecológico de la mujer participa como eje la psicología femenina, por ejemplo la pubertad representa un momento límite en la reestructuración psíquica, se define la identidad sexual y aparecen los cambios corporales no siempre bien asimilados, los impulsos sexuales y la dificultad de canalizarlos; muchas veces se rodean de angustia y con el fin de canalizarlos se pueden cometer errores que comprometen la salud, surgen las fobias y los trastornos alimentarios tan frecuentes en esta etapa de la vida, así mismo aparecen o se hacen más

intensas las adicciones muchas veces como herramientas para afrontar los cambios que se suceden y que no se comprenden (Chirino Acosta *et al.*, 2014).

Conclusiones

A partir de este caso, se dispararon numerosos interrogantes durante la atención de la paciente y *a posteriori* también. Queda claro que el trabajo interdisciplinario es el único camino posible que permite no sólo abordar este tema, sino todas las problemáticas referidas a la salud en general y, en particular, las tratadas en nuestro hospital.

En ocasiones es a través del terapeuta que se conoce la problemática relacionada con el cuerpo, mientras que del estudio de casos, muchas veces, a través del examen médico-ginecológico, se comprobó iniciación sexual precoz como así también gestación avanzada, embarazos no deseados y episodios de violencia. Por tal motivo, se determina que la intervención de los distintos dispositivos pertinentes resulta de manera indispensable para una mejor atención de nuestros pacientes. En la problemática referida particularmente a la mujer, hoy en nuestra sociedad se están cuestionando numerosos aspectos que afectan a la vida misma y a la integridad como personas. Nosotros, como profesionales de salud y desarrollando nuestro accionar específico en salud mental, no podemos ser ajenos a esta realidad que nos convoca, y que diariamente aparece en la consulta de los diferentes dispositivos. Es desde allí el trabajo que día a día nos estamos planteando, encarar nuestra actividad desde una perspectiva actualizada con la realidad.

Bibliografía

Alkolombre, P. (s/f). «Interdisciplina: trabajando en las fronteras» (en línea). Buenos Aires: IGBA. Recuperado el 23/8/2015 de

http://www.igba.com.ar/imagenes/eventos/encuentros/1erENCUENTRO_%20ManejoPracticode%20Psicofarmacos/interdisciplina.pdf.

- Chirino Acosta, P.; Soto Páez, N.; Díaz López, M.; García Jiménez, Y. y Gómez Cruz, M. (2014). «El factor interdisciplinaria en la asignatura Ginecología y Obstetricia». *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, vol. 18, n.º 6.
- Sorgen, E. y Calzetta, J. J. (2014). «La consulta conjunta médico-psicológica como recurso interdisciplinario en el hospital general». Trabajo presentado en *VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología.

El octavo loco: pensando la clínica entre las disciplinas y los servicios

Nicolás Oliva y Álvaro Rafaldi

Introducción

Al desempeñar nuestra tarea en el Servicio de Consultorios Externos del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo), nos encontramos en ocasiones con la necesidad/oportunidad de pensar a los pacientes en conjunto con otros servicios de este hospital. Cuando la complejidad de un caso particular excede las posibilidades de trabajo del equipo interdisciplinario de un servicio, no podemos ignorar la importancia de la labor interservicios, que define y defiende nuestra modalidad de atención.

Uno de los servicios con los que más trabajamos es el de Guardia. El paciente llega en un momento de urgencia, psiquiátrica o subjetiva; el equipo de Guardia respalda nuestra atención, sosteniendo las indicaciones que les damos a estos pacientes y acompañándonos en la contención de esta urgencia.

En el presente trabajo desarrollaremos el caso de un paciente, G., que representa para nosotros el ejemplo perfecto de las circunvalaciones que se deben dar a veces con un paciente para el advenimiento de su subjetividad, más allá de su bienestar, y que no pueden ser pensadas al interior de un solo equipo de trabajo.

En el barrio le dicen «el Loco»

Todos lo conocen o escucharon las historias sobre él. Saben, porque lo vieron, que cuando toma alcohol, no para. Saben, porque lo escucharon, que anda con su alma a cuestas y sus penas suenan como bandoneón.

G. consulta por primera vez en el Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo) en noviembre de 2013 y comienza a realizar un tratamiento en el Servicio de Consultorios Externos con una psicóloga, una psiquiatra y una trabajadora social. Tras menos de dos meses de entrevistas, el equipo decide que el paciente sea remitido al Servicio de Internación Breve, luego de que éste confiese haber ingerido grandes cantidades de alcohol junto con «pastillas para dormir». «Quería dormir para siempre», cuenta en ese momento. A la sobre-ingesta se suma que G. se golpea la cabeza al caerse dormido, lo cual pone en riesgo su integridad física, además de la psíquica.

En este contexto se produce su primera internación en el hospital, que transcurre durante quince días hasta su alta, tras la cual es derivado a un nuevo equipo en Consultorios Externos. En este momento es en el que tomamos contacto con G.

Desde el inicio, G. nos demostraría que su tratamiento no sería sencillo. El día de su primera entrevista con el psicólogo de su nuevo equipo de Consultorios Externos, se presenta intoxicado, comenta haber estado tomando alcohol etílico rebajado con agua durante dos días seguidos. Ante la dificultad de entablar una entrevista con él por su estado de ebriedad, entra en escena su madre, quien nos cuenta un poco de su historia. Nos enteramos entonces de que G. estuvo en tratamiento en un CPA (Centro Provincial de Atención) en Ezeiza desde 2003 por el problema con el alcohol. En 2013, cansada de sufrir violencia de parte de su hijo cada vez que éste tomaba, la madre realiza una denuncia por maltrato. Esta situación finalmente deriva en su consulta en nuestro hospital. La madre cuenta que el papá de G. falleció en 2004, cuando estaba internado en el hospital psiquiátrico Open Door: «Él era borracho también». «Tiene que

estar internado», concluye ella, y de esta forma nos anticipaba algo de lo que marcaría las dificultades del trabajo con este paciente: la relación con su madre, las internaciones y el alcohol.

A raíz del estado de G. en el momento de esa entrevista y su dificultad para mantenerse más de unos días sin consumir alcohol, sumado a las caídas que tiene cuando lo hace, se decide que quede en una cama de observación para desintoxicación y una posterior evaluación, con vistas a lo que luego sería su segunda internación en el Servicio de Internación Breve del hospital.

Punto y aparte

Unos quince días más tarde, G. comienza efectivamente sus entrevistas individuales con este nuevo equipo, psicólogo y psiquiatra de Consultorios Externos.

A medida que transcurre algo de tiempo y el alcohol cede en frecuencia y cantidad, empezamos a escuchar el relato del paciente. Nos cuenta que comenzó a tomar alcohol desde chico: «Siempre tomé», dice, como si hubiera nacido con una botella bajo el brazo. Nos cuenta que su padre también era alcohólico y tenía problemas con su madre por este tema, al igual que los tiene él. Identifica sin embargo que su propio consumo se tornó más insidioso a partir del año anterior, particularmente a partir de que su pareja de ese momento decide finalizar la relación que tenían. Le reconoce al alcohol ser la causa y la consecuencia de esta ruptura: «Estoy así desde que me dejó A. No quería vivir más», afirma, y por otro lado dice: «El alcohol me separó de ella».

G. se reprocha perder a su pareja por tomar mucho alcohol, mientras que a la par se castiga por esta pérdida... tomando más alcohol. Adicionalmente, la sustancia le funciona como anestesia del dolor de vivir y separador en el vínculo con su madre. Relata así la «total decadencia» en la que se ha convertido su vida en el último año: abandona sus trabajos para realizar únicamente ocasionales «chan-

gas»; no sale de su casa, a veces ni siquiera de su cama; consume alcohol al despertarse y para dormirse.

Escuchar a G. nos hace pensar en aquello que decía Freud respecto de la melancolía:

[...] una desazón profundamente dolida, una cancelación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de toda productividad y una rebaja en el sentimiento de sí que se exterioriza en autorreproches y autodenigraciones y se extrema hasta una delirante expectativa de castigo (Freud, 2007, p. 242).

Lo único que parecería tener que ver con algo de su interés es la lectura y la escritura: G. se confiesa un ávido lector, fanático de Borges y Arlt, y un escritor en ciernes, dice tener cuentos propios e incluso nos permite leer algunos de ellos. Hablamos con él acerca de la literatura, pero incluso este interés se rinde ante lo avasallante del consumo.

La regularidad de las entrevistas y la calidad del relato en este primer período de su tratamiento se ven contrastadas con el estado en el que G. se presenta a ellas: a veces con resaca, golpeado tras alguna caída o bien directamente intoxicado.

Al quedarnos en claro que su consumo no puede ser disminuido ni las consecuencias para su salud evitadas, y ante las insistentes sugerencias de la madre, decidimos junto con el paciente que pruebe internarse nuevamente. A pesar de sus iniciales resistencias («No me siento cómodo con otras personas, sobre todo con las mujeres»), se considera que esta vez permanezca en el hospital durante un tiempo más prolongado, ya que cuando está internado su consumo cede, puede hablar y escribir sobre los duelos que lo angustian y leer tranquilo, mientras que estando en su casa lo único que hace es tomar. Es así que esta internación dura casi un mes, el doble que las anteriores, y a diferencia de éstas, es sostenida desde una estrategia que va más allá del cuidado del paciente. No se trata ya solamente

de frenar su consumo compulsivo, sino de hacerlo de manera más duradera, con la intención de que así lo sostenga luego de manera ambulatoria, pensando en su vida fuera de la institución. Pero además, se trata de dar un tiempo más al paciente para reflexionar acerca de su relación con el tóxico, un punto y aparte que le permita reescribir algo de su historia.

El rufián «melancólico»

Sin embargo, poco tiempo después de ser dado de alta, G. comienza a beber compulsivamente una vez más. Durante el transcurso de dos meses, continúa concurrendo ambulatoriamente, pero sin interrumpir el consumo. En algunas de esas entrevistas, es acompañado por su madre, quien nos insiste que no puede «cuidar» de G., que ella está muy enferma y que él «necesita estar internado». La idea del equipo de intentar sostener ambulatoriamente algo del trabajo con el paciente se cae finalmente cuando se presenta a una entrevista muy intoxicado y con un fuerte golpe en la espalda, producto de una nueva caída, esta vez en su baño. Al día siguiente, tras permanecer en la sala de observación y ser desintoxicado, el paciente mismo pide a su equipo ser internado. Esta vez, en función de que las internaciones breves anteriores no dieron el resultado esperado de poner un freno a su consumo problemático, y quizás tomados por la palabra de la madre más que la del paciente, decidimos que la internación fuera más larga, de manera que G. queda internado en el Servicio de Internación Prolongada. Si la estrategia anterior había sido apuntar al afuera, a que G. recupere algo de sus intereses quitando del medio al alcohol, esta vez se pensó en lo contrario. Casi a coro con la madre, vislumbramos que la única manera de que G. deje de tomar era que estuviera internado.

Al cerrar nuestras intervenciones y estrategias en torno a las urgencias del cuerpo, la nocividad del alcohol y la necesidad de retirarlo del organismo, quedamos sin darnos cuenta pegados a un discurso

normativo, que más tenía que ver con la intención de la madre de perpetuar una configuración familiar, como cuidadora de los «borrachos» de la familia, y que poco reflejaba el deseo de G. acerca de ese consumo. Al pensar en los motivos que guiaron esta última internación, nos quedó clara una idea: intentando direccionar el tratamiento hacia aquel motivo de consulta de su primera entrevista en el hospital, «querer dejar de tomar alcohol», nos topamos con que G. *no quiere* dejar de tomar.

Apostar a algo diferente desde el dispositivo ambulatorio se hizo indispensable entonces para evitar seguir recurriendo a internaciones que no cortarían un consumo arraigado y necesario para G., dado que quedó agotada la posibilidad del trabajo en este sentido. Decidimos entonces abordar los momentos de intoxicación aguda grave con ayuda del Servicio de Guardia Interdisciplinaria, mientras continuamos atendiendo al paciente ambulatoriamente. A veces sobrio, a veces no tanto, a veces golpeado fruto del descuido al que se expone borracho, G. continúa concurriendo al hospital. La escritura vuelve a tomar un lugar, le lectura es su distracción. Y en esos momentos en los que la palabra no alivia, en los que el cuerpo se accidenta o en los que el alcohol persiste, su red de contención es la Guardia, la desintoxicación o una noche en observación.

Dejar de pretender el bien del paciente, escuchar algo distinto en su demanda además de la voluntad de curación, y pensar un dispositivo que permitiera a G. abrir algo de su subjetividad constituyeron una búsqueda que tardó un tiempo en concluir. El tiempo que nos llevó percatarnos de que esa búsqueda estaba al interior del discurso mismo del paciente, que sólo había que saber escuchar.

Entre tiempos

Del recorte que hicimos del tratamiento con G. podemos intentar, a modo esquemático, pensarlo en tres tiempos; tres instancias que no se autoexcluyen sino que se entrelazan. El primer momento es

cuando pretendemos que G. a través de la internación frene, salga de la urgencia donde el daño corporal es patente y grave.

Que deje de tomar alcohol y que se conmueva algo de su inhibición, su tristeza y su dolor son las apuestas del segundo momento tanto en Consultorios Externos como en la internación.

En un tercer momento pensamos que G. decidió tratar lo que le pasa de manera ambulatoria, y el límite que reconocemos del dispositivo son los límites del cuerpo de G., que requiere ante determinadas agresiones (caídas, ingestas de alcohol excesivas, extravíos) un cuidado urgente que es brindado por la Guardia.

El trabajo en estas tres etapas o momentos no puede ser pensado como trabajo clínico aislado de cada equipo de cada servicio donde G. transitó. No queremos decir que todos (equipos de Consultorios Externos, Internación y Guardia) pensamos lo mismo, queremos apuntar que no fue sin los demás equipos que se dio el devenir de nuestra perspectiva del tratamiento de G. Para nosotros, ese tratamiento no finalizó cuando el paciente se encontraba en Internación, lo que ocurrió en todo caso fue que cambió de modalidad, de personas que lo escuchaban. Son cambios a tener en cuenta, que hay que valorar. Pretender una continuidad es un ideal que no permite pensar el caso. En el tratamiento de G. hubo cambios dados por el tiempo aportado por la internación y la Guardia, por los cambios en los equipos tratantes y, fundamentalmente, por el intercambio entre equipos interservicios.

Otra aclaración necesaria es que no decimos que todos fuimos un equipo. Fueron distintos momentos, hubo continuidades y rupturas. Hubo mejores y peores momentos en el trabajo interservicios. Con disposiciones anímicas diferentes tanto nuestras como de los demás.

Fernando Ulloa en sus intervenciones institucionales se interesaba por la ternura. La señalaba, en tanto instancia ética, como pilar de la cultura que generaba tres condiciones: la empatía, que garantiza un suministro adecuado; el miramiento, es decir, mirar con amoroso interés a quien se reconoce como sujeto ajeno y distinto de uno

mismo; y el buen trato. Nos preguntamos bajo cuáles condiciones necesarias se debe dar la práctica *entre* y no tenemos respuestas acabadas, aunque sí podemos mencionar a la ternura.

Bibliografía

- Ey, H. (2008). «Estudio n.º 22. Melancolía». En Ey, H. *Estudios psiquiátricos* (1ª. ed.). Buenos Aires: Polemos.
- Freud, S. (2007). «Duelo y melancolía». En *Obras Completas. Contribución a la historia del movimiento psiconanalítico. Trabajos sobre metapsicología y otras obras, 1914-1916* (2ª. ed.). Buenos Aires: Amorrortu.
- Ulloa, F. (1995). *Novela clínica psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós.

Preliminares para un tratamiento posible

Ángeles Alonso y María Rabanal

Lo posible en esta clínica, que nos confronta con sujetos devastados, no es sin la interdisciplina y la creación. El propósito de este escrito es, a partir de una experiencia en el Hospital de Día, mostrar cómo el trabajo interdisciplinario promueve la creación de herramientas que posibilitan la clínica. La plasticidad del dispositivo es fundamental para el abordaje de la complejidad de los casos.

Nuestra tarea se desarrolla en el servicio de Hospital de Día del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo). La población a la que actualmente se asiste presenta grandes carencias en lo social y patologías de gravedad que deben ser abordadas desde la psicoterapia, el trabajo social y especialmente desde el tratamiento psicofarmacológico.

Intentaremos describir cómo, a partir de la creación de un grupo de trabajo de adherencia al tratamiento farmacológico coordinado por los psiquiatras Pamela Risso y Diego Cohon, quedó allanado el camino para el despliegue de la palabra. El grupo posibilitó que los pacientes participantes aceptaran la medicación como parte de su tratamiento, lo que permitió a su vez que se incluyeran en los espacios de psicoterapia grupal e individual.

Interdisciplina

Desde la década de 1980 se empieza a evidenciar la dificultad para abordar los problemas de padecimiento subjetivo desde un único

campo disciplinario. Para la comprensión y respuesta a éstos se hace necesario asumirla caída del paradigma hegemónico-positivista y la crisis de las explicaciones monocausales.

La interdisciplina nace, para ser exactos, de la incontrolable indisciplina de los problemas que se nos presentan actualmente. De la dificultad de encasillarlos. Los problemas no se presentan como objetos, sino como demandas complejas y difusas que dan lugar a prácticas sociales invadas de contradicciones e imbricadas con cuerpos conceptuales diversos (Stolkner, 1987, p. 313).

Un equipo interdisciplinario es un grupo que debe ser pensado con alguna lógica que contemple lo subjetivo y lo intersubjetivo. La participación en un equipo tal implica numerosas renunciaciones: renunciar, por ejemplo, a pensar que el saber de la propia disciplina es suficiente para dar cuenta del problema.

La interdisciplinabilidad es un posicionamiento, no una teoría unívoca. Ese posicionamiento obliga básicamente a reconocer la incompletud de las herramientas de cada disciplina (Galende, 1990, p. 5).

Para poder hablar de «equipo interdisciplinario» debe existir el trabajo en equipo, que se trasluce en actitudes cooperativas. Se debe contar, además, con la intencionalidad de encontrarse, en tanto un mero encuentro fortuito no es interdisciplina. La flexibilidad es fundamental para la construcción de nuevos métodos, dejando de lado actitudes dogmáticas.

La conformación de un equipo de trabajo implica tener espacios de diálogo y reflexión (reunión de equipo, ateneos, supervisión), en los cuales lo convocante es aquello que interpela a la intervención, donde cada integrante no pierde su singularidad, sino que aporta desde ella, a partir de una relación horizontal.

La interdisciplina puede construirse o no en forma cotidiana; se van generando puntos de encuentro, que tienen momentos de expresión, lo que la convierte en una entidad esencialmente dinámica.

Se trata del interés de sentarse a trabajar con el otro, de la cooperación recurrente, de poner en duda nuestro saber. En consecuencia, para pensar el trabajo interdisciplinario, pondremos la mirada

en el punto en que la palabra no alcanza para calmar el padecimiento y es necesario otro tipo de abordaje. En este caso, focalizaremos en los aportes favorecedores del tratamiento farmacológico y en el surgimiento de la producción de nuevos saberes y herramientas.

Hospital de Día: particularidades del dispositivo y de sus pacientes

El dispositivo de Hospital de Día puede ser pensado como un entrecruzamiento de tiempo y espacio en el que el paciente transita y elabora aquellos conflictos que lo llevan a demandar tratamiento. El saber del paciente se incluye en este campo interdisciplinar. Devolver y reconocer este saber es también un modo de acompañar la construcción de subjetividades.

Nos encontramos con situaciones clínicas donde el grado de desestructuración familiar y el modo en que se presenta la problemática (*acting out*, pasaje al acto) plantean la necesidad de un alojamiento en una red de transferencias múltiples.

La interdisciplina se construye a partir de un caso que interpela, y al que ninguna disciplina en solitario puede dar respuesta, para lo cual es imprescindible formular con precisión el problema y ubicar prioridades.

Planteamiento del problema

Comenzaron a surgir en varios pacientes preguntas, mitos, cuestionamientos sobre la medicación y la consecuente negativa a ser medicados.

Sin conciencia de enfermedad, sin adherencia al tratamiento, con una concurrencia esporádica y falta de red de contención, la respuesta eficaz frente a la posibilidad de incurrir en situaciones de riesgo es perentoria.

Podemos pensar que en nuestra clínica diaria la medicación es una herramienta fundamental o indispensable para poder trabajar, en tanto en muchas ocasiones posibilita que el paciente diga algo. Aunque la medicación a veces puede obturar el trabajo terapéutico, en los casos graves es una herramienta posibilitadora del tratamiento, que da lugar a la palabra y abre un campo de interrogación en el discurso del paciente.

Acá es donde el trabajo mancomunado, el intercambio, la flexibilidad, la horizontalidad producen efectos inesperados: intervenciones creativas, saberes que se conjugan en forma novedosa, que intentan dar respuestas sin aplastar al sujeto en nombre de «su bien».

Creación del dispositivo. Preliminares para un tratamiento posible

Según la etimología, «dispositivo» proviene del latín *dispositus*, «dispuesto», y significa aparato o mecanismo que desarrolla determinadas acciones. Dicho «artificio» está dispuesto para cumplir con su objetivo/organización, que se lleva a cabo para realizar una acción.

En tanto artificio, es un procedimiento o medio ingenioso para conseguir, encubrir o simular algo. Un invento, argucia, truco, astucia, ilusión, artilugio, habilidad con que está hecha alguna cosa.

Son palabras que pueden definir la creación de este grupo. En principio, el surgimiento de la idea del dispositivo de Adherencia Farmacológica tuvo la función de indagar las significaciones en relación con la medicación, con el fin de elaborar alguna estrategia a partir de lo que allí se desplegara. Los psiquiatras del equipo pensaron en el formato de grupo a partir de una primera hipótesis: el alojamiento de estos cuestionamientos en un dispositivo grupal podía romper la resistencia a partir de la circulación de la palabra, y abrir así la posibilidad de subjetivar algo allí.

El objetivo del dispositivo era el de acompañar al paciente en el reconocimiento de los efectos que esa medicación produce en su

cuerpo, en su estado de ánimo, en poner nombre a «eso» que la medicación le genera. El objetivo era además señalar que no todos los pacientes reaccionan de la misma manera a la misma medicación, que si se siente bien es porque la medicación está haciendo el efecto esperado, que «para toda la vida» es relativo, que no hay tiempos establecidos y que en el transcurrir de los tratamientos muchas cosas van variando.

Que la idea apareciera del lado de los médicos psiquiatras sorprendió a los compañeros psicólogos, que recibieron con agrado la propuesta, y esperaban, tras cada nueva edición del grupo, los resultados, lo que allí iba apareciendo.

El grupo

Juan fue derivado después de revocar su tratamiento en internación porque, a su decir, «otros pacientes lo molestaban». Presentaba ideas de perjuicio en relación con su familia (hermano y madre), contaba que estaba preparado para un ataque (guardaba un arma debajo de su almohada) y no quería ser medicado porque eso «lo adormecía y lo dejaba tarado».

Pedro había cursado una internación por ideas persecutorias que condicionaban su conducta (episodios heteroagresivos hacia la madre), y tenía dificultades en la toma de la medicación, que «le pegaba igual que el consumo y luchaba contra esto».

José, derivado por el Servicio de Internación, vivía en un hogar, presentaba un consumo de alcohol alto, con el que mitigaba su depresión, lo que a su vez producía su ausencia en el tratamiento, y la discontinuidad en la toma de la medicación. Incurría en conductas riesgosas; alcoholizado «mataba el tiempo viajando en tren», sin bajarse, de terminal a terminal, durante horas. La medicación se le presentaba como un «para toda la vida» intolerable que lo angustiaba.

Luisa es derivada luego de una internación involuntaria por un cuadro de excitación psicomotriz, abrumada por ideas delirantes,

en estado de intoxicación por cocaína y alcohol. Al ingreso al Hospital de Día se encontraba totalmente aplanada afectivamente, sin conciencia de enfermedad, con un discurso empobrecido. Suspendía la toma de medicación dado que «ya se sentía mejor».

El fármaco puede aparecer como una metáfora del cuidado del médico, o como lo opuesto: una imposición, veneno, panacea o equivalente de las sustancias con que se intoxican (sensación de consumo al ser medicados), efectos adversos incómodos, «tomar medicación por el resto de la vida».

No hay fármaco que anude lo que se presenta desanudado, pero lo desanudado se presenta en ocasiones con tal fuerza destructiva que impide otra modalidad de intervención eficaz que no sea la farmacológica. No se trata de borrar las alucinaciones y el delirio, ubicados por Freud como una frágil manera de volver a entramar la realidad perdida. Administrado en forma apropiada, disminuyendo la cantidad de esta fuerza que invade, es un recurso en muchos casos imprescindible para iniciar un tratamiento psicoterapéutico.

¿Qué se hizo? Se dio lugar a las preguntas, que es al mismo tiempo situar un campo de derechos del paciente: derecho a preguntar acerca de la medicación, los efectos, de por qué ésta ha sido elegida, por cuánto tiempo, etc.

Conclusiones

Si bien los otros saberes abren la posibilidad de poner en juego el nuestro, no se trata sólo de ello, de cómo las otras disciplinas allanan nuestro camino, sino que hay un nutrirse, un apoyarse y un trabajo creativo puesto al servicio de cada nuevo caso. La llegada de cada nuevo caso posibilita la puesta en marcha de esta invención que surge en el trabajo interdisciplinario.

Luego de un tiempo transcurrido, se visibilizaron efectos en los pacientes. En primer lugar, aceptaron la toma de la medicación como un recurso favorable en sus vidas, corroboraron efectos positivos.

Ello determinó, a su vez, que la asistencia al HDD fuera más regular, y que los pacientes se implicaran en sus tratamientos.

La creación del dispositivo fortaleció la transferencia al equipo interdisciplinario.

Bibliografía

- Carballeda, A. (s/f). «La interdisciplina como diálogo. Una visión desde el campo de la salud» (en línea). Buenos Aires: Ministerio de Desarrollo Social. Recuperado el 12/8/2015 de <http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/carballeda.pdf>.
- Elichiry, N. (1987). *El niño y la escuela. La importancia de la articulación interdisciplinaria para el desarrollo de las nuevas metodologías transdisciplinarias*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Garaventa, V. (1999). «¿Qué remedio brindan los fármacos?». En *Psicoanálisis y Hospital*, año 8, n.º 16.
- Stolkiner, A. (1999). «La interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas». *El Campo Psi*, abril.
- Stolkiner, A. (2007). «APS e interdisciplina». *Revista APS*, año 4, n.º 7. Buenos Aires.
- Volco, L. (1999). «¿Puede el fármaco funcionar como representación psíquica en el marco de un tratamiento? Vicisitudes clínicas e intervenciones posibles». En *Psicoanálisis y el Hospital*, año 8, n.º 16.

Días de radio

Daniel C. Antagli y Romina Morana

«...se hizo el torbellino que hoy suena en la radio»
PATRICIO REY Y SUS REDONDITOS DE RICOTA,
«El pibe de los astilleros»

Introducción

Desde nuestro trabajo clínico en el dispositivo del Hospital de Día del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo) constatamos que, en la problemática de las adicciones, la impulsión y las actuaciones (*acting out* y pasaje al acto) son los modos utilizados en forma prioritaria. Si bien el sujeto habita el lenguaje, no puede recurrir a la palabra en ciertas situaciones en las cuales un afecto de intensidad desbordante hace imposible su procesamiento psíquico.

Es en este sentido que pensamos el Taller de radio como un espacio privilegiado para que la palabra pueda circular libremente, posibilitando a los pacientes el reunirse en torno a una actividad o tarea en común que los convoque, que los haga protagonistas. Partimos del supuesto de que en un grupo, cuyos miembros se relacionan en torno a una problemática en común y, en función de ella, abordan una tarea, esto los conducirá a potenciar el desarrollo de su veta creadora. Ésta, en ocasiones, les permitirá conectarse con aspectos positivos de la realidad, evitando el caos interior.

El Taller de radio

Hacia principios del año 2005 surge la idea de realizar un taller de radio con los pacientes del Hospital de Día. La intención fue crear un espacio nuevo cuyos objetivos fueron, a través de la radio, posibilitar la revalorización de la palabra, habilitar nuevos canales de comunicación, marcar ritmos y ordenamientos espacio-temporales y propiciar el cumplimiento de normas sobre la base del respeto.

Queríamos inaugurar un espacio de reflexión y análisis *distinto*: reflexión y análisis sobre su realidad subjetiva imbricada en la realidad social, confiando, apostando a crear y/o desarrollar la capacidad creadora de los pacientes. Retroactivamente, constatamos que este taller se constituyó en una herramienta central en el tratamiento de personas con padecimiento psíquico que, la mayoría de las veces, se hallan en una situación de desamparo social (escasa inclusión, falta de trabajo, vínculos familiares y sociales fragmentados, etc.). Sabíamos que sería difícil, pero también que era posible hacerlo. Comenzamos a preguntarnos –y a preguntarles– para qué hacer un programa de radio. Dos ideas surgieron en respuesta: «porque tenemos muchas cosas para decir» y «queremos mostrar que somos distintos a lo que la gente piensa».

El espacio se constituye como una parte del tratamiento ofrecido a los pacientes, y se evalúa en cada caso con el equipo interdisciplinario responsable la participación y conveniencia de su integración al grupo. La apuesta fuerte, fundamental, fue y es construir/reconstruir los lazos sociales desde una perspectiva comunitaria en salud mental, desmanicomializante, en concordancia –en acto– con el espíritu de la Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657.

Decididos, entonces, a embarcarnos en este proyecto, comenzamos a buscar un nombre para nuestra radio. Es así que surgió un obstáculo: encontrar un nombre que no estuviera ligado a la identidad «ser adicto» parecía imposible.

Trabajamos, más allá de la singularidad de cada uno, sobre la importancia de la ideología, destacando que ésta se reflejaría tanto en el nombre como en el contenido del taller de radio.

Decidimos de común acuerdo con los pacientes no utilizar el nombre «CeNaReSo» ni ningún otro que estuviera ligado a su problemática de adicción a las drogas; el nombre elegido tendría que reflejar algo distinto del grupo. De este modo surge, finalmente, el nombre «Habemus Radio».¹

El segundo movimiento fue buscar un formato adecuado para el programa, intentando que se pensarán en un rol dentro de la radio, indagando acerca de qué temas le interesaban a cada uno, y qué tipo de programa les gustaría hacer. La propuesta era que el programa reflejara sus intereses, inquietudes y deseos, por lo cual tratamos de brindarles la mayor libertad acerca de qué contenidos se trabajarían allí. Si lograban apropiarse del proyecto, convirtiéndolo en un medio de expresión, lograríamos un trabajo exitoso.

Finalmente, luego de varios meses de trabajo, se produce la primera grabación. Allí surgen diversas emociones en torno a la experiencia de escucharse, ya que para la mayoría era la primera vez que «se escuchaban».

La radio en vivo

En el año 2013, a partir de la articulación realizada por la actual dirección del hospital, llega la posibilidad de trabajar conjuntamente con FM La Bemba: una radio abierta a la comunidad, organizaciones barriales y políticas, organismos de DD. HH. e instituciones públicas que quieren ejercer su derecho a la comunicación; un derecho fundamental, constituido e inalienable, que impregna todos los otros derechos humanos y es condición primordial para su ejercicio.

1. Cuando en 2005 muere el papa Juan Pablo II se debe elegir a su sucesor. El asunto genera mucho interés y tiene una gran repercusión en los medios de comunicación. De allí que el término latino «habemus», parte de la frase «habemus Papam» [tenemos Papa], sea para esa fecha un término que forma parte del lenguaje cotidiano.

Este trabajo conjunto, extramuros, dio la posibilidad de que esa palabra, la palabra de los pacientes, no quedara rebotando en los límites de las paredes del hospital, y comenzara a circular en la comunidad, multiplicando eso que tienen para decir... En la medida en que empiezan a hablar *desde otro lugar* pueden empezar a pensarse más allá de su patología en el sentido de definirse como ser adictos. Retomando la cuestión del nombre, «Habemus Radio», podemos pensar que algo del orden del *ser* se desplaza al *tener*: tienen una nueva herramienta que los conecta con los otros, «toman la palabra» sin quedar aplastados bajo la etiqueta de ser adictos ni la de ser pacientes.

La radio comienza a «hacer ruido»: los participantes comienzan a hablar de su trabajo en la radio, de su experiencia en otros espacios (terapia individual, familiar, etc.). En algunos casos, esa experiencia es resignificada desde su propia historia, y da lugar a ciertos cuestionamientos y/o surgimiento de deseos o intereses propios.

Este taller se establece como un espacio terapéutico destacado tanto para los profesionales como para los pacientes del dispositivo del Hospital de Día, constituyendo una herramienta central en el esquema de tratamiento de aquellos que presentan escaso recurso simbólico, y una situación de desamparo social (escasa inclusión social, falta de trabajo, vínculos familiares y sociales muy fragmentados, etc.).

Se trata de crear un ámbito que les brinde la posibilidad de explorar un rol diferente y placentero, que los habilite para circular por nuevos lugares y experiencias, teniendo en cuenta que, para quienes se encuentran excluidos, encontrar un espacio de pertenencia donde se valore su palabra es el inicio de una posible transformación.

Beto, un integrante de la radio

A menudo, en nuestra práctica nos encontramos con ciertas presentaciones clínicas que se encuentran ubicadas dentro de una cultura

marginal que le proporciona al paciente el soporte para construir, al menos en lo imaginario, una identidad precaria que le permite sentir que ha encontrado aquel lugar que no pudo hallar. Beto constituye un caso emblemático, en el que se expresa claramente esta dinámica.

Al momento de ingresar a nuestro dispositivo, desde la primera entrevista interdisciplinaria, Beto (42 años) se presenta como «adicto y loco», únicas identificaciones posibles. No cuenta con lazo social ni familiar continente. Manifiesta relacionarse sólo con «gente del palo». Se muestra reticente a participar de actividades grupales, manifestando su amplia trayectoria en diferentes tratamientos realizados, sin haber logrado resultados favorables.

Desde el comienzo entendíamos que el trabajo con este paciente era realmente complejo, y ameritaba un abordaje interdisciplinario donde los espacios «no formales» de tratamiento deberían alojar al paciente, facilitar la posterior instalación de la demanda, y el anclaje en el tratamiento. Comprendimos que resultaba imprescindible ofrecer un lugar de encuentro personalizante, que permitiera descubrir al sujeto subyacente tras esta identificación masiva al significante «adicto».

En un intento por desafiar esta realidad, y pensando la psicoterapia como un proceso complejo en el que solamente desde el conocimiento de la realidad ontológica del paciente podemos intervenir adecuadamente, surge la pertinencia de incluir a Beto en el Taller de radio con el fin de descubrir aspectos velados de su personalidad. Se intenta crear un espacio nuevo que lo pudiera alojar, distinto a las propuestas habituales de trabajo que históricamente venía realizando, confiando en la capacidad creativa del paciente.

Beto comenzó realizando un segmento sobre cine que tenía la particularidad de presentar películas poco comerciales, apelando al humor combinado con su saber cinéfilo educativo.

Descubrimos que a partir de la inclusión del paciente en la tarea se generaba en él un movimiento nuevo. Le «prestamos» nuestras ganas y entusiasmo, y, al ubicarlo en el lugar de ser objeto de un deseo, surgen en él la iniciativa y la capacidad de creación. De a poco

se van perfilando roles fijos y móviles, donde cada uno, de acuerdo con sus capacidades e intereses personales, se ubica en relación con la tarea.

Al poco tiempo el compañero que conducía el programa de radio se fue de alta, dejando la puerta abierta para que él desempeñara un rol protagónico dentro del programa. El entusiasmo de Beto fue evidente: tenía la oportunidad de remplazarlo, algo no muy fácil de lograr por la calidad histriónica y humorística y la rapidez del compañero que dejó vacante ese lugar. Estas características para ocupar el rol de conductor se tornan imprescindibles, por lo cual Beto, además del entusiasmo, empezó a manifestar el obstáculo que implicaría para él el rol de conductor, dado que, según su propia autovaloración, él no poseía esas características.

Se trabaja sobre esto, valorando su participación y compromiso en el taller, y poniendo en cuestionamiento que no pudiera ocupar un rol protagónico desde sus características propias o particulares. Se abre la pregunta sobre si acaso posee recursos que nunca tuvo la oportunidad de desplegar. Beto logra conducir un primer programa y se pone al hombro ese nuevo rol que le toca ocupar, como también el manejo de los tiempos y la información. Modifica la dinámica del programa, poniéndole su impronta, sin perder la esencia de éste. Ejerce un rol activo donde, a diferencia de otros espacios, él *es protagonista*. Esto tiene efectos sobre la construcción de una subjetividad diferente que lo distingue del estereotipo del adicto en que la sociedad lo ubica.

Al poco tiempo decide cambiarle el nombre al programa con la anuencia de sus pares. El programa pasó de llamarse «Todo un palo» a «El hijo de Sam». Esto le dio más independencia, y el no quedar atado a las características del viejo programa. Fue como el nacimiento de su embrión.

Alejarse de cierto encuadre dentro del contenido establecido por el otro espacio le permitió ejercer el rol de responsable de su equipo, como líder positivo, dando y compartiendo información, mostrándose solidario con sus compañeros, pensando un tema musical de

apertura y de cierre; Beto impone sus puntos de vista pero respeta los de los demás.

Esta posibilidad de «apropiarse» del espacio de taller de radio, en primera instancia, fue lo que posibilitó el posterior anclaje en el tratamiento, y permitió el abordaje terapéutico en el espacio individual y grupal de aspectos de la personalidad no emergentes hasta el momento. Comienza a desarrollar un rol más activo en los diferentes espacios terapéuticos, preguntándose sobre su situación actual, sobre el tiempo y los vínculos «perdidos por el consumo», y si podía modificar algo en relación con esto. Finalmente estaba en tratamiento.

Este cambio de posición posibilitó el trabajo sobre la conformación de una red social de contención, apelando a la recuperación de vínculos familiares, padre, madre y hermana, hasta el punto de constituirse como «cuidador» de sus figuras parentales. Situación ante la cual refiere: «Mi familia me ve mejor, antes no me llamaban porque me tenían miedo».

La radio, en este caso, constituyó una llave de entrada al entramado diferente al que estaba acostumbrado, una llave a otra cultura, una conexión con el otro a través del conocimiento de sí mismo, y una salida al ámbito laboral. Ya que también, a partir de esta experiencia, Beto decide convertir esta tarea lúdica del taller de radio en un área de capacitación formal realizando cursos de formación radial.

Empieza a investigar e interesarse por cursos en un principio gratuitos sobre producción de radio, locución y periodismo de rock—este último pagado por él en una escuela privada de periodismo—.

Debido a la evolución favorable de su tratamiento, y a la creciente demanda de las tareas realizadas por fuera de él, se considera como la mejor estrategia terapéutica, en principio, la reducción horaria asistiendo a tareas puntuales, y la gradual desarticulación de la transferencia establecida, con la posterior derivación al Servicio de Consultorios Externos de este hospital.

Conclusiones

Creemos que desde la radio llegamos a logros importantes en el ámbito de lo cultural terapéutico y social de nuestros pacientes, pero lo más significativo es que tienen la oportunidad de *decir*, se les da la palabra; del espacio del taller tomamos los siguientes comentarios y reflexiones que para nosotros sintetizan nuestro trabajo cotidiano:

- «En minutos en La Bemba haciendo que el aire se transforme en algo palpable [...] Que tu risa se contagie de la mía [...]».
- «No había hecho nunca radio y está bueno ver cómo de a poco se va armando, cómo va avanzando y la idea va tomando forma con el tiempo».
- «Me gusta escuchar las voces [...] Poder hacer algo así y llegar a mucha gente y que nos puedan escuchar las locuras de alguien como yo o como la gente con la que comparto casi todos los días y me ayudan además... ¡es muy *grosso!* [...] Hacer radio es muy adrenalínico, y vuelvo con las pilas a pleno [...] unas de las mejores experiencias que tuve en tiempo largo [...] Me sirve mucho en mi vida (¡y eso no es poco!)».
- «A la gente del hospital estoy muy agradecido y feliz (un loco más)».
- «Yo fui una vez a una radio y esto se parece bastante».
- «Pensar que cuando empezamos parecía imposible, que nunca íbamos a llegar».
- «La radio nos mantiene la cabeza ocupada, haciendo cosas».
- «Me gustó el taller porque me di cuenta de que podía hacer algo que nunca pensé que haría. Hasta que alguien no me lo propuso nunca pensé que sería capaz, y ahora pienso cuántas cosas más habrá que yo podría hacer y no lo sé».
- «Ahora sí nos divertimos, antes por ahí estábamos demasiado nerviosos, pendientes de qué hacer, y ahora es como que lo disfrutamos y nos relajamos y nos divertimos».
- «Está saliendo cada vez mejor, o cada vez peor, pero está saliendo».

A la mayoría de las radios les interesa el *rating*. Para nosotros lo importante son otros números, que detallamos a continuación. De todos modos, queremos remarcar que también estas cifras carecerían de sentido si no fueran lo que son: el fiel reflejo de lo que expusimos en este trabajo:

- 9 años de Taller de radio.
- 2 años de transmisión desde FM La Bamba.
- 5 programas: «Todo un Palo», «Para dónde corrés», «Aves al Rescate», «Con el pez en la boca», «El hijo de Sam».
- 21 emisiones de cada programa en 2013.
- 26 emisiones en 2014.
- Más de 50 los pacientes que participaron en estos dos años de programas en FM La Bamba.

Bibliografía

- 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.
- Ley n.º 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Decreto Reglamentario 603/2013. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 3 de diciembre de 2010.
- Miller, J. A. (2012). *Lo real en el siglo XXI. En el orden simbólico en el siglo XXI*. Buenos Aires: Grama.
- Miller, J. A. (2013). *El lugar y el lazo*. Buenos Aires: Paidós.
- Pichon-Rivière, E. (1995). «EPG: el proceso grupal». En *Del psicoanálisis a la psicología social* (ed. ampliada), tomo 1. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Pichon-Rivière, E. (1988). «El proceso creador». En *Del psicoanálisis a la psicología social*, tomo 3. Buenos Aires: Nueva Visión.

Malén aparece. Revisitando el concepto de «interdisciplina» a partir de un caso clínico. Interrogantes y desafíos en un dispositivo de Internación

Sebastián Gutiérrez y Melisa Reynoso

Malén, de 24 años, oriunda de Cipoletti, en situación de calle desde hace dos años, consume diversas sustancias desde los doce años. HIV positivo, con múltiples infecciones de transmisión sexual, hongos en la mucosidad bucal, herpes ozter, déficit nutricional. Todas sin tratamiento. Llega al hospital a través del referente de una organización comunitaria; sin documentación, sin familiares, ni otro vínculo conocido. Su situación es de una extrema vulnerabilidad. En los términos de Duschatzky y Corea, Malén ha sido «expulsada», en el sentido de que no sólo está por fuera de un orden social, excluida, sino también porque entendemos que hubo modos de una constitución de lo social que produjo un «desexistente», un «desaparecido» de los escenarios públicos y de intercambio (Duschatzky y Corea, 2009, p. 18). Siguiendo a las autoras, un «expulsado» perdió visibilidad, nombre, palabra, es una nuda vida,¹ son aquellos sujetos que han entrado en el universo de la indiferencia, un ser al que se le han consumido sus potencias, sus posibilidades, un ser absolutamente determinado (Duschatzky y Corea, 2009, pp. 18-19). Malén dice en un tiempo posterior: «Tengo miedo que me chupe la calle».²

1. Este concepto es extraído por las autoras de Giorgio Agamben, quien lo recupera de Walter Benjamin.
2. Es importante resaltar que el término «ser chupado» era utilizado para nombrar el secuestro y desaparición de personas en la última dictadura militar en la Argentina. Esto no quiere decir que la paciente le haya dado ese significado, pero llamativamente utiliza ese término para describir un proceso de desaparición de los escenarios públicos y de intercambio.

Momentos del tratamiento de Malén

Malén decide internarse, irrumpe en la sala de profesionales a los gritos: «¿Cuál es mi equipo?», «¿Quién es mi trabajadora social?», «¿Cuándo me atienden?, me tienen esperando». Malén está irritable, muy agresiva. Grita su reclamo.

Pedido perentorio, tiempo de la inmediatez, que surca la vivencia del tiempo en situación de expulsión. No existe la espera, porque no hay nada que esperar. No hay palabra, porque no hay quien escuche. Si hay grito y hay acto, hay violencia, actual forma de sociabilidad, sustrato cotidiano, una manera de estar *con* otros y de buscar a los otros (Duschatzky y Corea, 2009, p. 23). Malén anhela otro escenario, ahora quiere asegurarse con quién puede contar.

Luego de una semana de inicio de tratamiento, hay intervenciones que resaltamos como fundamentales en la operatoria de alojamiento:

- La intervención farmacológica, que le permite soportar los síntomas de la abstinencia.
- El comienzo de tratamiento por HIV acompañado por un referente comunitario.
- El develamiento de su verdadero nombre: «Mi verdadero nombre es Malén, no lo dije porque *tengo pedido de captura, soy prófuga*». Esto sucede luego de no poder hacer su DNI con un nombre falso.
- La disponibilidad, respuesta al llamado de escucha y tiempo: «Me quiero ir, llamen a mi psicólogo..., sí está, yo lo vi, está adelante». Esto ocurrió en las jornadas del año pasado. «La premisa es la operatoria de inclusión, paulatina, en un dispositivo. Antes de todo, se trata de ofrecerle otro dispuesto y disponible» (Kameniecki, 2009, p. 13).

Ser prófuga...

Volvemos al concepto de *expulsión*, no soy quien digo ser y no importa. Esto comienza a modificarse. ¿Cuál es el impacto subjetivo en la paciente al lograr recuperar el nombre?: «¿Cambiaron mi nombre en la historia clínica?», pregunta.

Estas intervenciones tienen que ver con acciones de restitución de derechos, que no sólo hacen referencia al acceso a mejores condiciones de vida, sino también a las consecuencias en los procesos de subjetivación de tales acciones. Malén comienza a aparecer. La nuda vida se desarma para armarse en la trama palabrera de la vida.

Contar para otro le permite *contar-se* como diferenciada en oposición a la indiferenciación, poder contar algo sobre *sí-misma*, construir confianza en otro, en su equipo, en las instituciones públicas de salud. Ya no hay un *otro* que la busca para reprimir y condenar, sino para alojarla. Deja de ser prófuga.

Aparece ser niña...

Aparece una «niña», con reclamos de atención, baja su agresividad, cambia su humor, se ríe, pone «cara de pícara», se viste como una niña, se arman escenas lúdicas. Una pregunta emerge en el equipo: «¿Malén tuvo infancia?», sistemáticamente abusada dentro de su núcleo familiar, golpeada en forma brutal, abandonada (por la familia y por el Estado) y luego, cuando el daño fue extremadamente grave, fue institucionalizada. No tuvo posibilidad de jugar, de reírse, de hacer picardías. ¿Qué sucede cuando la fabricación de la infancia no fue producida?

Fernando Ulloa entiende a la ternura más allá de las connotaciones emocionales del término, como una instancia psíquica fundadora de la condición humana. Este autor plantea que el tiempo de la invalidez infantil (primeros tiempos del sujeto) es un escenario donde actuará la ternura parental, que implica la coartación del impulso de

apoderamiento del hijo. En la ternura hay dos habilidades, la empatía para garantizarle los suministros necesarios al niño, y el miramiento. Este último significa un «mirar con amoroso interés a quien se reconoce como sujeto ajeno y distinto de uno mismo» (Ulloa, 2005). Ulloa lo nombra como el germen inicial y garantía de la autonomía futura del infante y permite desarrollar un sentimiento confiado de que el mundo consiente en satisfacer sus demandas. Adquiere la convicción en la existencia y bondad del suministro ajeno a él, a la par que confía en sus propias habilidades de demandarlo y obtenerlo, y estructurará una relación de contrariedad con lo que daña (Ulloa, 2005, pp. 122-123).

En los primeros años de Malén hubo fracaso de la ternura, serias fallas en el suministro, quienes debían mirarla amorosamente como un sujeto distinto la violentaron. Consideramos, entonces, que a partir de la internación y ya desde el contacto con el referente, Malén empieza a reconocer este miramiento, lo cual crea la posibilidad de una demanda y el reconocimiento del sufrimiento y lo dañino como contrario. «¿Cómo llegué a dejarme estar así?», nos dice.

Consideramos que estas condiciones son las que habilitan lugares de enunciación, necesarios para un proceso de historización simbolizante; tránsito desde datos desordenados, caóticos, como aparecían en los primeros relatos de la paciente, a construir(se) en una narrativa. Comienza a inscribirse en una cadena generacional. Reconoce un daño recibido y un daño, a su vez, realizado a sus propios hijos, es decir, se incluye en una trasmisión.

Camino al Hospital Muñiz, Malén dice: «Me siento una persona, yo me doy cuenta que valgo, antes no me importaba nada». Hay un cambio en el sentimiento de estima de sí que hace jugar nuevos posibles.

Aparece ser futuro...

Malén comienza un curso de pastelería, vinculado a su historia (había hecho mermeladas en Cipoletti), en sus regresos trae al equipo,

como regalo, como don, algo de su producción. Comienza a identificarse con espacios formales educativos y de salud.

Aparece el relato de una madre «adoptiva», que la cuidó cuando estuvo alojada en un hogar de niños y con quien quiere volver a vincularse, una idea de ir a vivir a Cipoletti y acercarse a su único hijo no dado en adopción (tiene dos hijos más).

Revisitando el concepto de «interdisciplina»

Pensar nuestro proceso de trabajo y nuestras intervenciones, *a posteriori*, nos lleva a la pregunta de si este fue multidisciplinario o si hubo interdisciplina.

Repasemos las concepciones de algunos autores sobre la relación entre disciplinas.

La multidiscipliplina es entendida como la yuxtaposición de conocimiento en la que cada disciplina se dedica a su especialidad, sin que haya modificaciones en las disciplinas involucradas. Esta práctica puede llevar a una visión atomista de la realidad y aislamiento respecto a la demanda social, de los problemas que la realidad plantea sin que se produzcan conocimientos nuevos (Elichry, 1987, p. 333).

La interdisciplina surge ante la demanda social, ante situaciones y problemas cada vez más complejos que favorecen la integración y producción de conocimientos. Según Elichry, el principio de la articulación interdisciplinaria se basa en las correspondencias estructurales, en las intersecciones y en los vínculos interdisciplinarios. La integración no se realiza a nivel de las disciplinas sino a través de los miembros del equipo de trabajo (Elichry, 1987, p. 337).

Stolkiner propone que asumir un posicionamiento interdisciplinario implica reconocer que el objeto de conocimiento no es homologable al objeto real, visibilizando la historicidad y la relatividad de la construcción de los saberes disciplinarios (Stolkiner, 1987, pp. 313-314); define «interdisciplina» como un movimiento que va de

la ciencia poseedora de un objeto y un método, a los campos conceptuales articulados en prácticas sociales alrededor de situaciones problemáticas (Stolkiner, 2005). En este sentido, afirma que en un equipo se pone en juego no sólo la disciplina en abstracto, sino también todas las representaciones que los profesionales tienen de su propia práctica y de su propio campo profesional. Para la autora, la disciplina en abstracto no existe, sino que se trata de una mezcla entre representaciones de los profesionales, prácticas de clase, etc. (Stolkiner, 2005). La representación que cada disciplina tiene de su quehacer constituye su perfil profesional. De esta manera, los equipos interdisciplinarios en la práctica podrían constituirse como equipos interprofesionales.

Bertucelli hace referencia a equipos interculturales, donde lo interdisciplinario es una parte de la relación, que incluye a su vez otros saberes, lo que implica la articulación e intercambio entre saberes locales, de la comunidad, el saber de la vida cotidiana y el saber de las instituciones, y el de la formación académica que se constituye como uno más (Bertucelli, 2000, p. 38).

Acordando que en la clínica no existen disciplinas en abstracto y que constituye una práctica social desarrollada en una institución del Estado, la producción interdisciplinaria requirió, en nuestro caso, dos condiciones mínimas:

1) La constitución de un equipo de trabajo que comparta líneas de transversalidad de sus respectivas disciplinas:

- Marco político-ideológico: comprende el marco de restitución de derechos, la concepción de ciudadanía, las consecuencias de los procesos de expulsión social. Este marco otorga sentido a nuestra práctica profesional.
- Una concepción de las distintas intervenciones, como partes articuladas, en procesos de subjetivación.

2) Disposición similar frente a la tarea:

- Flexibilidad personal para delegar y compartir responsabilidades.

- Relativización de la propia mirada, teniendo en cuenta sus limitaciones y la incorporación de la mirada del otro, como generadora de transformación en los esquemas profesionales.
- Compromiso e implicación en el trabajo asistencial.

Estas líneas de transversalidad y disposiciones similares permitieron la construcción común de la situación problemática; la lectura de qué Otro somos para la paciente en relación con su historia; la delimitación de objetivos plasmados en un plan de tratamiento; reflexionar a partir de la discusión interdisciplinaria, que determinados acontecimientos con un Estado presente no habrían tenido, probablemente, los mismos efectos patógenos, incorporando en el marco conceptual diferentes dimensiones causales, lectura mancomunada de la emergencia de lo infantil, que nos habilitó a poner el cuerpo de determinada manera y no de otra, y que se constituyó en una dirección importante en el tratamiento, articulando experiencias vitales y consecuencias de la vulneración de derechos.

El problema que debe abordar el equipo se construye y deconstruye, esto debe suceder necesariamente, con el paciente, a partir de su pedido inicial, pensando que es lo posible desde el dispositivo de Internación, sus límites y posibilidades. El enfoque clínico constituye una estrategia, que se va modificando en función de lo que acontece; precisa la comunicación y la interacción fluida, que propicia el abordaje interdisciplinario y del que carece el abordaje multidisciplinario.

Conclusiones

El abordaje realizado con esta paciente nos permite pensar qué líneas de transversalidad de las disciplinas y disposiciones similares hacia la tarea conforman el piso sobre el cual las diferentes intervenciones

disciplinarias en la clínica, a la manera de un andamio,³ son articuladas, constituyendo interdisciplina.

Nuestro trabajo se desarrolla en una institución pública de salud, planteada como escenario de la ternura, que Ulloa homologa al buen trato, matriz de todo tratamiento posible y que recorre nuestro quehacer cotidiano.

Malén dice: «Ahora me siento una persona».

Bibliografía

- Bertucelli, S. (2000). «Entrevista a Lic. Sebastián Bertucelli». En *Revista Salud y Población. Cuadernos de capacitación de la Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud*, n.º 2. Dirección General de Docencia e Investigación, Ministerio de Salud. Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, pp. 38-45.
- Corea, C. y Duschatzky S. (2009). *Chicos en banda. Los caminos de la subjetividad en el declive de las instituciones* (6.ª ed.). Buenos Aires: Paidós.
- Elichiry, N. (1987). «La importancia de la articulación interdisciplinaria para el desarrollo de nuevas tecnologías transdisciplinarias». En Elichiry, N. (comp.). *El niño y la escuela. Reflexiones sobre lo obvio*. Buenos Aires: Nueva visión.
- Kameniecki, M. (2009). *Consumos problemáticos*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Stolkiner, A. (1987). «Interdisciplina y salud mental». En Elichiry, N. (comp.). *El niño y la escuela. Reflexiones sobre lo obvio*. Buenos Aires: Nueva Visión, pp. 313-315.
- Stolkiner, A. (2005). «De interdisciplinas e indisciplinas» (en línea). *IX Jornadas Nacionales de Salud Mental. I Jornadas provinciales de Psicología, Salud Mental y Mundialización: Estrategias posibles*

3. Un andamio es una construcción provisional con la que se hacen puentes, pasarelas o plataformas sostenidas por maderas o acero.

en la Argentina de hoy. Posadas, Misiones, Argentina. Recuperado el 30/8/2015 de http://www.psi.uba.ar/academica/carreras-degrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad1/subunidad_1_3/stolkiner_interdisciplina_salud_mental.pdf.

Ulloa, F. (2005). *Novela clínica psicoanalítica. Historial de una práctica*. Buenos Aires: Paidós.

Uso racional de medicamentos: desafío actual en el segundo nivel de atención

Soledad Álvarez, Natalia Cueva, Daniel Domínguez
y Leonardo Ghioldi

Planteamiento del problema¹

La indicación psicofarmacológica es una función exclusiva del médico y es en sí misma una de las incumbencias esenciales del médico psiquiatra. Esta incumbencia está sostenida en la formación médica general del profesional y asentada específicamente en el programa curricular farmacológico de grado y posgrado. Si bien en lo teórico

-
1. Consideramos parte del planteo del problema lo que ha dicho el ministro de Salud de la Nación, el Dr. Daniel Gollan, en un encuentro de la Comisión Nacional Asesora sobre Uso Racional de Medicamentos: «Muchos médicos no prescribimos bien y muchos farmacéuticos no dispensan correctamente», y luego precisó que «un 32% del presupuesto de salud se lo llevan los medicamentos, y de este porcentaje, alrededor de un tercio, los de alto costo y baja incidencia. Cuando prescribimos erróneamente, la inversión en salud se transforma en un gasto inútil y, en lugar de mejorar la salud de la población, hasta podemos generarle un daño».

Gollan consideró que la prescripción de psicofármacos «está siendo banalizada por parte de muchos médicos, lo mismo que su expendio por parte de los farmacéuticos», y precisó que «después del consumo de alcohol, el de psicofármacos es la segunda causa de intoxicación que más se registra en los servicios de salud».

El ministro aseguró que ante esta problemática emergente, «los países buscan criterios de racionalidad estableciendo protocolos científicamente avalados para evitar que cada uno de los profesionales haga lo que quiera porque en el futuro los sistemas de salud no van a poder pagar» dichos medicamentos.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), «más del 50% de todos los medicamentos se recetan, se dispensan o se venden en forma inadecuada», y al mismo tiempo, «alrededor de un tercio de la población mundial no tiene acceso a medicamentos esenciales».

la indicación se basa en datos estadísticos internacionales, investigaciones clínicas y protocolos de indicación, en la práctica es posible observar un borramiento de los criterios teóricos de indicación en donde fármacos antiepilépticos se utilizan como antiimpulsivos; antipsicóticos, como optimizadores de antidepresivos; antidepresivos, como antiobsesivos, entre otros. Entendemos que, de este modo, se ha generalizado una modalidad que podría denominarse «alquímica», de fuerte base intuitiva, que tiende, en los hechos, a transformar la indicación psicofarmacológica en una polifarmacia no ceñida al beneficio terapéutico.

Así planteado: ¿qué es entonces medicar?

- a) Responde a un aspecto técnico: la psicofarmacología como especialidad, como una función superlativa y excluyente de la función médica, en donde a partir de la narrativa padeciente el médico decanta un criterio –que por lo antedicho muchas veces es intuitivo–, en donde administra un fármaco, sin generalmente explicitar por qué lo ha elegido o en contraste a cuáles otros, imaginando obtener algunos efectos y en virtud de efectos adversos explicitados. En la práctica no observamos que el paciente decida en forma autónoma cuál fármaco recibir, y la indicación farmacológica parece escapar a las reglas del consentimiento informado, por obra de una ignorancia del lego, que sería insalvable para explicitar.

Si medicar responde a un razonamiento más o menos intuitivo del galeno y si dicha maniobra es un punto ciego del proceso de consentimiento informado, ¿en qué consiste entonces esa acción tan requerida y universal denominada «medicar»?

- b) Responde a un aspecto político y a la producción clínico-política que genera nuestra práctica: la cultura del consumo y los límites a veces indiscernibles de los fármacos y las sustancias de abuso se encuadran en la descripción foucaultiana de que la norma social está basada en una visión médica y no jurídica. En este sentido, los ciudadanos se «curan» de sus

infracciones a la ley o incluso de sus inobservancias al ideal de salud. El médico y la medicación diligen este pasaje. Lo médico permite entender al cuerpo como un terreno de adiestramiento en los términos de las estrategias de la economía y la administración social de las poblaciones. No es posible quedar por fuera de la producción cultural siendo profesionales de una usina principal de biopoder, tal como lo son los profesionales de la salud: el ciudadano concebido como un consumidor a ultranza, inalteradamente exitoso y feliz que compra y produce en relación con un ideal higiénico postmoderno que lo atraviesa a él y a cada una de sus relaciones. El padecimiento psíquico entendido –por contraste a éste– como un hecho de fracaso del ideal común, y la salud mental, por lo tanto, como ciencia reductora de la marginalidad, la tristeza y la falta de éxito en el consumidor de bienes.

La difusión y uso masivo de los sucesivos manuales *DSM*, la tendencia a clasificar, pasteurizar y seccionar el sufrimiento mental en comparación con un presunto normal. Por detrás de la usina salud, la industria farmacéutica y su enorme influencia en los modos de medicar en cuanto sus promesas de retorno a una alegría mítica, certificada por estudios de investigación.

Medicalización vs. medicar

La medicalización tiene que ver con los efectos sobre la medicina de la globalización del consumo, consumir salud, entendiéndola como un bien pasible de ser producido por la industria. Todo es atravesado por el prisma de la medicina, quien a su vez se hace expresión de determinados ideales sociales. Todo sería pasible de comercialización y ganancia en un contexto de ideal social binario: sano-enfermo, exitoso-fracasado, alegre-deprimido, en un formuleo de par opuesto discriminador que cabe a múltiples adjetivos.

Una manifestación extrema: los cuerpos en el manicomio donde el loco produce consumiendo medicación.

El medicamento es un actor social, cuando el reemplazo de la droga ilícita de consumo por una «lícita» legitima al usuario. Para sustituir una sustancia de abuso se indica un fármaco que sobrelleve la abstinencia, entendiendo a quien consulta como sujeto descabezado, traccionado por un alambre carril de la sustancia antropomorforizada.

El fármaco y la interdisciplina

Las consultas en el Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo) son abordadas desde una perspectiva de derechos y por un equipo interdisciplinario. Esto permite, en un proceso de reforma, cuestionar la posición neopositivista de la psiquiatría, y comprender el sufrimiento mental como una problemática con múltiples aristas, y de este modo descompletar en la interdisciplina el saber totalitario del discurso medicalizado. Discurso regido por la pretensión totalizadora del método diagnóstico del *DSM* y la preponderancia de la intervención farmacológica como modo privilegiado de mitigar el sufrimiento psíquico. En la interdisciplina se pone en cuestión el modelo medicalizado en tanto y en cuanto el equipo interdisciplinario funcione en paridad. Si ello sucede, es la singularidad de un dolor psíquico el que se expresa y se trata sin un modelo en serie de tratamiento.

¿Uso racional de medicamentos?

El término «fármaco» quiere decir «medicamento» y «veneno». Así lo expresó Hipócrates: «Todo medicamento es un veneno, lo único que diferencia a un fármaco de un tóxico es su dosis [...]». Esto nos plantea que lo que permitiría realizar una indicación dentro de los límites éticos sería que el beneficio supera los costos que ocasiona.

Asumimos que al administrar el medicamento estamos provocando probablemente efectos tóxicos. Como consecuencia sería de buena práctica cotidiana registrar e investigar los posibles efectos adversos, idiosincráticos, los efectos secundarios, etc., y establecer como norma la explicitación de éstos a quien consulta.

En general esto es poco registrado a nivel de la historia clínica, y mucho menos, reportado. Medicamos minimizando los efectos secundarios cuando dichas consecuencias son previsibles para determinada población, y es el derecho del paciente saberlas. Nos preguntamos si los programas de farmacovigilancia no mejorarían la racionalidad de nuestros esquemas farmacológicos. La experiencia demuestra que gran número de efectos adversos, interacciones (con alimentos u otros fármacos) y factores de riesgo no salen a la luz hasta los años posteriores a la comercialización de un medicamento (según se expresa en el *Informe sobre la salud del mundo* de la OMS, 2004). Ello impacta en los esquemas psicofarmacológicos: muchos de nuestros tratamientos se basan en fármacos relativamente novedosos, indicados para cuadros distintos de los previstos originalmente al momento de su aprobación. El país cuenta con un sistema de vigilancia epidemiológica, brindado por la ANMAT, la cual posee un programa de farmacovigilancia cuya función es detectar desvíos acerca de la aparición de efectos adversos o indeseados de los medicamentos. Por ello consideramos interesante tener en cuenta el seguimiento de farmacovigilancia para los esquemas terapéuticos indicados en el hospital.

Otro tópico importante es el de las interacciones medicamentosas. Es muy común encontrar en nuestro hospital sujetos con planes de medicación que entran en el terreno de la polifarmacia, sin justificación evidente. De esto se abren varias preguntas: ¿consecuencia de qué práctica es la polifarmacia? ¿Se ha abierto a la discusión interdisciplinaria el esquema de medicación, no desde su criterio farmacológico específico pero sí en cuanto a objetivos, síntomas y demás aspectos que hacen a la tarea del conjunto? Señalamos las consecuencias previsibles de practicar la polifarmacia: efectos tóxi-

cos adicionados entre cada fármaco que pueden impactar en la morbi-mortalidad del consultante. Ello se incrementará si se trata de una persona que usa sustancias psicoactivas y por lo cual responde erráticamente a los psicofármacos.

Consideramos relevante la participación del equipo interdisciplinario en la «necesidad» de prescribir psicofármacos, si bien la indicación *per se* en cuanto a la elección del fármaco y la consideración del impacto orgánico es incumbencia específica, no lo es la indicación de un tratamiento psicofarmacológico, e incluso de la discusión acerca de cuáles son los objetivos esperables con dicho tratamiento. No podría darse una verdadera acción interdisciplinaria si un aspecto fundamental del tratamiento, como lo es el abordaje psicofarmacológico, permaneciera oculto o dogmático en la dinámica del equipo.

Dentro de la acción conjunta está la de advertir que cuando el sujeto usa otras sustancias debe saber que vamos a retirar o reducir al mínimo los fármacos, a excepción de cuando probadamente produzcan una regulación de la compulsividad, y esto debe ser trabajado y conocido por el equipo. El fármaco prescripto debe demostrar su acción en concordancia con la historia clínica del paciente, y si dicha mejora no se evidencia, el fármaco pierde sentido y adquiere iatrogenicidad. Cada maniobra farmacológica requiere del consentimiento del paciente y de la acción coordinada de los profesionales, en tanto que los síntomas que surjan o se modifiquen requerirán tratamiento por cada disciplina. Somos enfáticos en cuanto a que es una labor pendiente, con respecto al objetivo de conjugar la acción interdisciplinaria, la discusión acerca de los parámetros consensuados de inicio de tratamiento farmacológico, sus objetivos, sus efectos adversos y la coordinación asistencial para ir sobrellevando los efectos farmacológicos.

Remarcamos el efecto farmacológico-eficacia terapéutica singularizada: comprobada la acción de un medicamento, si el balance costo-beneficio es positivo y la clínica lo requiere, entonces ese fármaco puede utilizarse en esa persona en determinado momento. Ahora bien, en cuanto al abordaje de la eficacia, depende de qué

cuadro estemos abordando; en nuestro campo, muchas veces, la valoración de la eficacia es medida por la disminución del síntoma, o sea, los medicamentos tienen efecto sobre determinados síntomas, pero estrictamente no curan ni previenen. Podríamos sostener la idea de que el psicofármaco es un recurso más dentro de una serie de recursos que ponemos en juego en lo cotidiano frente a la producción de las distintas subjetividades. No dejamos de pensar en aquellas situaciones de crisis donde aparece como un recurso de mayor importancia.

Conclusiones

Es importante, entonces, tener en cuenta los siguientes aspectos:

Un concepto de «salud» que incluya lo mental (en vez de salud mental).

Momento de cambio paradigmático respecto de la concepción y el abordaje del sufrimiento mental.

Importancia del no borramiento de las especificidades, porque muchas veces en nuestros roles diarios se desdibuja la especificidad, y cualquiera, por ejemplo, dice que hay que medicar a un sujeto (o bien este desdibujamiento hace que nadie tome las riendas de una escena y la toma de decisiones queda en ascuas).

Importancia de evaluar cada vez la necesidad del fármaco, pensando en una especie de «prevención» de la polifarmacia.

Bibliografía

- Alba, P.; Agrest, M. y Stagnaro, J. C. (2012). «Salud mental. La polisemia de un concepto». *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, vol. XXIII, n.º 101 (dossier). Buenos Aires: Polemos.
- Berrios, G. (2011). *Hacia una nueva epistemología de la psiquiatría*. Buenos Aires: Polemos.

- Callender, J. (2010). «Free will and responsibility: A guide for practitioners». *Philosophy in Review*, vol. XXX, n.º 5. Oxford: Oxford University Press.
- Carpintero, E. (comp.) (2011). *La subjetividad asediada: medicalización para domesticar al sujeto*. Buenos Aires: Topía.
- Eguiluz, L. y Segarra, R. (2013). *Introducción a la psicopatología actualizada*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Foucault, M. (1981). *Un diálogo sobre el poder y otras conversaciones*. Madrid: Alianza.
- Foucault, M. (1973/1974). *El poder psiquiátrico*. París: Seuil/Gallimard.
- Foucault, M. (1974/1975). *Los anormales*. París: Seuil/Gallimard.
- Galende, E. (2015). *Conocimiento y prácticas de salud mental*. Buenos Aires: Ed. Lugar.
- Hornstein, C. y Lorenzo, L. (2010). «El daño con la polifarmacia». En Lamela, C. y Halsband, S. (comps.). *Polifarmacia racional en psiquiatría*. Buenos Aires: Polemos, pp. 175-198.
- Luna, F. y Salles, A. (2008). *Bioética: nuevas reflexiones sobre debates clásicos*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Mack, A.; Harrington, A. y Frances, R. (2010). *Clinical Treatment of Alcoholism and Addictions*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Ministerio de Salud (2015). «Ministro Gollan abogó por el uso racional de medicamentos para garantizar los sistemas de salud» (en línea). En *Información Pública y Comunicación*. Recuperado el 5/8/2015 de http://www.msal.gov.ar/prensa/index.php?option=com_content&view=article&id=2640:ministro-gollan-abogo-por-el-uso-racional-de-medicamentos-para-garantizar-los-sistemas-de-salud&catid=6:destacados-slide2640.
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Informe sobre la salud en el mundo. Cambiemos el rumbo de la historia*. Ginebra.
- Salazar, M.; Peralta, C. y Pastor, F. J. (2011). *Manual de psicofarmacología*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.

Stahl, S. (2008). *Psicofarmacología esencial de Stahl*. Madrid: Cambridge University Press.

Taylor, C. (2005). *La libertad de los modernos*. Buenos Aires: Amorrortu.

Pase de Sala interdisciplinario como facilitador de las internaciones de salud mental en el hospital general

Claudia G. Baffo

Introducción

Este escrito propone un análisis del espacio hospitalario de Pase de Sala, a partir de la experiencia de modificaciones en sus formas de organización y gestión, en la última década, en el Hospital de Ingeniero Huergo, Río Negro, donde desarrollamos nuestra actividad.

Se delimitan tres períodos de la experiencia:

1. 2005 a 2010, donde el Pase de Internación se realizaba con un formato médico-tradicional.

2. Un segundo momento de innovación (2011), en el cual se generó un espacio interdisciplinario de intercambio de conocimientos.

3. Desde 2012 a la actualidad, donde persiste lo interdisciplinario pero se observan retrocesos hacia una visión reduccionista del proceso salud-enfermedad-atención.

Se pretende analizar cómo repercute la modalidad de gestión de cada momento en las internaciones de personas con sufrimiento mental.

El interés en la temática surge por la necesidad de discutir las condiciones que hacen posible la internación de usuarios de salud mental en el ámbito del hospital general, e identificar facilitadores de ésta. Ello en el marco de la reforma en salud mental, que en Río Negro se construye desde hace tres décadas, y que desde la sanción de la Ley n.º 26.657, se instituye para todo el país.

Aclaremos que el énfasis en la perspectiva de salud mental es meramente un *recorte*, focalización realizada con interés académico para este relato. Por tanto, no debe asumirse que el carácter inter-

disciplinario del Pase de Sala repercute exclusivamente sobre este tipo de internaciones. Al contrario, afirmamos que dicho carácter se vincula con una forma de concebir el proceso de salud-enfermedad-atención, y, por lo tanto, repercute en el funcionamiento global de la institución. Se trata de modelos de gestión que reflejan concepciones teóricas, políticas e ideológicas en salud, y que por eso mismo atraviesan las diversas prácticas.

A fin de organizar el escrito, primero presentamos la institución de la experiencia, luego describimos algunas características de cada momento delimitado. Finalmente, se arriba a conclusiones provisorias.

El Hospital General Carlos Ratti, Área Programa Ingeniero Huergo. Internación médica y de salud mental

La institución de referencia pertenece a la red de hospitales públicos de Río Negro. Es de baja complejidad, su área programática incluye las localidades de Ingeniero Huergo y Mainqué (total: 13.000 habitantes). Se encuentra en el Alto Valle, de características rurales y semirurales con el desarrollo de la fruticultura como principal sustento.

El sector de internación cuenta con veinte camas –en siete habitaciones– divididas en cuatro sectores: hombres, mujeres, maternidad y pediatría. Nótese que no diferencia un sector exclusivo para internaciones de salud mental. Al carecerse de recursos médico-tecnológicos de mayor complejidad (como quirófano, terapia, etc.), los casos que requieren ese tipo de atención son derivados a hospitales vecinos de mayor complejidad.

El servicio de salud mental realiza internaciones en dicho hospital, en el marco de la Ley Provincial n.º 2.440 desde 1991 y en el marco de la Ley Nacional n.º 26.657 desde su sanción en 2010, de aquellas personas con sufrimiento mental que presentan una crisis, cuando no se logra la contención mediante otro dispositivo. En caso

de producirse, los usuarios con sufrimiento mental ocupan una cama general, compartiendo la habitación con personas internadas por otras causas.

Dichas internaciones no se rigen por la lógica de niveles de complejidad que regulan las internaciones por causas médicas. La complejidad en salud mental está concebida como la integralidad de la atención brindada por un mismo equipo a las diversas áreas de la vida del usuario. Por eso suele afirmarse, en el nivel provincial, que cada servicio de salud mental de la provincia es «de máxima complejidad». A la vez, el precepto predominante es mantener los lazos de la persona internada con su comunidad, obligando a realizar un máximo esfuerzo por evitar las derivaciones.

Un dato a destacar es que antes de iniciarse la reforma provincial, el Hospital Ingeniero Huergo era una de las dos instituciones riopnegrinas en las cuales se realizaban internaciones desde una lógica manicomial; es decir, se trataba de un hospital general pero que *funcionaba de hecho* como una institución total. Algunos de los trabajadores hospitalarios estuvieron en esa etapa previa a la reforma, y vivieron las modificaciones del cambio implementado.

El servicio local de salud mental realiza asistencia y actividades tendientes a la re-vinculación de la persona internada. Ello conlleva un contacto directo y diario, tanto con el usuario como con su entorno. Suelen promoverse salidas transitorias desde el inicio de la internación, concebidas como un derecho; no como *premio*, ni como *prueba* previa al alta. La atención de urgencias en internación está garantizada mediante el sistema de guardias pasivas.¹

1. Implica que un profesional de salud mental (médico o psicóloga) se encuentra disponible las 24 horas para la atención de urgencias de la Guardia general y/o la internación.

Los tres momentos del Pase de Sala

I. 2005-2010. «Las rondas» (pase tradicional)

El Pase de Sala se realiza en muchos hospitales generales dentro y fuera de la provincia de Río Negro. Más allá de sus variantes, consiste básicamente en una ronda por las habitaciones donde se encuentran las personas internadas, realizada diariamente por los médicos que manejan información clínica: el médico saliente de Guardia notifica al ingresante.

Esta modalidad caracterizó el Pase en el Hospital Ingeniero Huergo durante muchos años. En ella, la comunicación predominante no sólo es exclusivamente médica, sino que circula de modo unidireccional: informante-receptor, linealidad que predomina dejando pocas oportunidades para la interacción.

En este período, la participación de otros técnicos o profesionales en las rondas, fue abiertamente rechazada. Desde una visión biológica del proceso de salud-enfermedad-atención, se mantenía la actuación de otras disciplinas como auxiliares, secundarias al requerimiento médico. Incluso la eventual participación de enfermeros se limitaba al aporte de datos acerca del cumplimiento de indicaciones médicas, sin que el saber específico de su tarea tuviera lugar.

La modalidad tradicional implicaba un proceso de exclusión del propio paciente, presente físicamente pero reducido a la condición de objeto: los médicos hablaban *de* él pero raramente *con* él.

Habitualmente, las personas internadas por el servicio de salud mental eran «pasadas por alto». Se las ignoraba directamente, o bien recibían apenas una sanción en los dichos del médico de Guardia: «Es un paciente de salud mental», y, sin más comentarios, se pasaba a la siguiente habitación.

Así, el pase tradicional generaba efectos contradictorios con el propósito mismo de la internación de salud mental en un hospital general, que busca reemplazar las internaciones monovalentes con el objetivo preciso de evitar que se generen procesos de exclusión.

Ser ignorado durante la ronda y rotulado como «paciente no-médico» resultaba ofensivo hacia los usuarios, como muchas veces expresaron, con dolor. Ello socavaba el estigma que significa ser usuario de salud mental, y generaba precisamente el efecto contrario a la contención institucional esperada.

Los efectos negativos de la ronda no deben pensarse exclusivamente desde la óptica de salud mental. Problemáticas como historias clínicas mal confeccionadas, pacientes con diagnósticos erróneos, tratamientos sin sustento científico, entre otras, fundamentaron la necesidad de un cambio. En una reunión del personal (2010) se reconoció la situación como problemática, y perjudicial para pacientes y trabajadores. Lograr reconocerlo fue el primer paso para la creación de alternativas.

II. El Pase de Sala interdisciplinario: encuentros y debates

La nueva forma de organización y gestión del ámbito de internación incluyó el reemplazo de la ronda por una reunión de equipo con frecuencia diaria. Se contempló la participación de todos los trabajadores involucrados directamente con la internación, pensando en un espacio para el diálogo e intercambio entre saberes profesionales y no-profesionales, y no sólo como «pase» de información médica.

Destacamos la gran cantidad de trabajadores que concurrían;² la variedad de saberes puestos en juego; y *la calidad* de participación construida: con la reiteración de los encuentros, se dieron debates cada vez más significativos. Las discusiones referidas a cuestiones técnico-asistenciales progresivamente dieron paso a que la propia

2. Participaban de esa reunión: el Servicio de Medicina General, Servicio Social, Enfermería, Kinesiología y Salud Mental; eventualmente personal de administración, Laboratorio, Fondo de Obras Sociales. Incluso se sumó al equipo un representante del Servicio de Agentes Sanitarios, incorporación que resultó un aporte fundamental tanto para valorar las condiciones de vida de las personas internadas, como para organizar en conjunto estrategias de externación.

concepción del proceso de salud-enfermedad y el modelo de atención que la institución sostenía pudieran vislumbrarse y debatirse.

Por otro lado, y para no imaginar el encuentro como un momento ideal, cabe mencionar que esas reuniones tuvieron participaciones heterogéneas. Se dieron distintos movimientos de circulación de la palabra, presencias y ausencias; y, por supuesto, diversos niveles de conflicto: desde tibios desacuerdos hasta acaloradas discusiones –como es esperable cuando un espacio se empieza a constituir como ámbito de creación colectiva–.

Señalamos como elementos indispensables que hicieron posible el cambio de modelo la decisión política de parte del director del hospital, la existencia de profesionales con capacidad técnica para sostener las nuevas formas de funcionamiento, y la disposición de condiciones materiales esenciales: un lugar que albergue con cierta comodidad a la cantidad de participantes, donde sea posible mirarse y escucharse.³ Contar con un tiempo compartido, si bien no garantiza el trabajo en equipo, genera condiciones de posibilidad.

Respecto de los pacientes internados por presentar un cuadro de crisis con sufrimiento mental, el Pase de Sala interdisciplinario evitaba que se reiteraran conductas médicas de discriminación como las antes referidas. Por otro lado, permitía que la estrategia terapéutica diseñada por el servicio de salud mental fuera explicitada, discutida y enriquecida por otros saberes. Pusimos especial énfasis en mostrar los fundamentos teóricos e ideológicos del proceso de internación-externación, desde la perspectiva de derechos de los usuarios.

III. Momento 3: vaivenes y modelos en pugna

A fines del año 2011, la continuidad del espacio se vio impedida por varios cambios institucionales: se revocó la decisión política de sos-

3. Se utilizaba el Salón de Usos Múltiples. Nótese la diferencia respecto del lugar donde se desarrollaba el pase tradicional, puesto que en las habitaciones o el pasillo de internación era *físicamente imposible* un encuentro colectivo.

tenerlo (al cambiar el director del hospital); disminuyó la cantidad de recursos humanos, y se produjeron transformaciones que conmovieron a todos los servicios. Escapa el objetivo del presente escrito analizar dichas circunstancias, baste con referir que se sufrió una crisis institucional que impidió el avance y la consolidación del Pase de Sala Interdisciplinario.

Si bien hasta la actualidad se intenta sostener el espacio de encuentro, por momentos se observa el resurgimiento de pases exclusivamente médicos, producidos en simultáneo –como alternativa– a la reunión interdisciplinaria. Aunque ésta algunas veces se sostiene incluso sin la presencia de médicos, dicha ausencia amenaza su realización.

Luego de un período de vaivenes institucionales,⁴ coexisten modalidades en pugna, que evidencian tensiones entre lógicas contrapuestas. Se describen sucintamente a continuación.

i. Pasar por alto la salud

Aun cuando el actual Pase de Sala incluye algunas reuniones con trabajadores de diversos servicios hospitalarios, su falta de regularidad, escasa duración, y la forma de comunicación predominante, impiden un verdadero intercambio que lo hagan merecedor del calificativo *interdisciplinario*. Se reduce a un espacio meramente informativo, volviendo al esquema lineal: emisor-receptor. Esto se evidencia cada vez que el médico saliente de la Guardia realiza un relato de novedades clínicas sin hacer preguntas, ni siquiera silencios en su relato que permitan el surgimiento de opiniones diversas.

En esta modalidad, también advertimos tristemente la vigencia de las mismas dificultades en cuanto a las internaciones de salud mental. Incluso el «pasar por alto» a esos pacientes durante el relato médico.

4. Desde 2011 hasta 2015 hubo un total de cinco cambios de director del hospital.

ii. Dando paso al trabajo en equipo

Por otro lado, se sostienen intentos de volver a utilizar el Pase como espacio de debate y toma de decisiones colectivas. Ello es un desafío, más o menos logrado algunos días –o semanas–. Lo que se pretende en esos momentos no es la suma de saberes disciplinares, sino alcanzar un entrecruzamiento de los distintos conocimientos que poseen los integrantes del equipo de salud, en pos del armado de las estrategias terapéuticas de las personas internadas.

Consideramos que mantener el espacio de encuentro, sin volver a la ronda o pase de pasillo, deja abierta la posibilidad de que este tipo de momentos interdisciplinarios se produzcan.

Aparece así la potencialidad de la interdisciplina para generar una ampliación en el abordaje: no se habla sólo de la enfermedad, sino que se alude también a las personas, con su nombre, vinculadas con una familia y en relación con un contexto socioeconómico en el que enferman, que es parte de sus posibilidades de tratamiento y recuperación.

Reflexiones finales

Algunas veces se ha confundido «desmanicomializar» con «no internar». Por el contrario, afirmamos que la posibilidad de internación de pacientes en crisis en el hospital general es uno de los ejes centrales en los movimientos de reforma en la región.

La capacidad de la institución para reparar *adentro* destaca el rol de contención de la internación, y es un primer paso indiscutible en el proceso de desmanicomialización. Por supuesto, eso debe ser acompañado con acciones tendientes a *promover hacia fuera*, evitando el aislamiento y la reclusión (Schiapa Pietra, 2008). Pero, si descuidamos el primer paso, si tenemos instituciones de salud debilitadas en su capacidad de contención, corremos el riesgo de excluir –dejar por fuera– y maltratar a las personas, justamente cuando más precisan cuidados.

Interesa aquí retomar la integralidad a la que renunciamos por momentos para focalizar en la perspectiva de salud mental. Y señalar, entonces, que este *dejar por fuera* no afecta sólo a la persona con sufrimiento mental, sino también a todas las personas-sujetos que, por alguna dolencia, precisan los cuidados de internación.

Cuando lo que predomina es una lógica lineal biomédica, se acentúa la desagregación y se pierde la visión de la complejidad del ser humano que, aun con su *parte* enferma, sigue siendo un sujeto en situación. Esta mirada fragmentaria limita incluso la eficacia de la clínica en sentido médico, y su poder curativo (Campos, 2003). En este esquema, la interdisciplina no tiene espacio para existir.

A pesar de que lo logrado tiene carácter provisorio y sufre las tensiones de avances y retrocesos, afirmamos que la reunión del Pase de Sala puede concebirse como una oportunidad para la interdisciplina. Es una oportunidad sin garantías, es decir, una apuesta que requiere de un posicionamiento ético-político para continuar construyendo un cambio de modelo.

Finalmente, consideramos que en esta instancia del proceso de reforma, salud mental no precisa diferenciarse de otros sectores hospitalarios, puesto que aquello que facilita las internaciones en salud mental, facilita todas las internaciones. Se trata entonces de armar equipos de salud con capacidad para el cuidado y promoción de la salud de las personas.

Bibliografía

- Campos, G. W. S. (2003). *Gestión en Salud. En defensa de la vida*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Ley n.º 2.440. Ley de Promoción Sanitaria y Social de las Personas que Padenen Sufrimiento Mental. Sancionada el 11 de septiembre de 1991. Decreto Reglamentario 1.466. *Boletín Oficial*, Viedma, 3 de octubre de 1991.

Ley n.º 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 3 de diciembre de 2010.

Schiappa Pietra, J. (2008). *Desmanicomialización. Modo rionegrino de trabajo en salud mental*. Viedma: Fondo editorial rionegrino.

III. INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA Y URGENCIA

La reflexión sobre la urgencia (o las urgencias subjetivas y sociales) es un tema recurrente en el campo de la salud mental y las adicciones. Sin embargo, la pregunta por la intervención clínica interdisciplinaria en la urgencia nos enfrenta con nuevos problemas y desafíos teóricos, clínicos e institucionales. Las comunicaciones que integran esta sección, en algunos casos centradas en intervenciones clínicas y en otras ocasiones de tono teórico, retoman diversos aspectos de la intervención interdisciplinaria en la urgencia sin perder de vista las formas actuales de presentación.

Interdisciplina y urgencia. Interrogantes y reflexiones sobre una experiencia de internación

Oscar Chamorro, Gabriel Hagman, Ruth Leegstra,
Mónica Valle y Valeria Zampini

Introducción

Para definir una reforma institucional no alcanza con enumerar una serie de modificaciones que pueden llevarse a cabo: reestructuraciones edilicias, incorporación de profesionales de diversas disciplinas, creación de nuevos dispositivos, etc. Claro que todo ello debe estar, pero debe ser parte de un cambio más amplio: sólo se puede hablar de una verdadera reforma institucional en la medida que todo ello se encuentra en línea con un modelo que sustenta esos cambios. En el caso del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo), el camino que comenzó a recorrerse se basa en un enfoque de derechos. Aquello cuyo marco legal se sustenta en la Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657 fue la conceptualización que se tomó como base de todos los cambios que se produjeron y que se van llevando a cabo. Considerar a quien se asiste como sujeto de derecho trae aparejado un profundo cambio en las prácticas asistenciales que realizamos. Y es allí cuando comenzamos a hablar de una reforma institucional.

Todo lo anteriormente descrito es pensado en el contexto de un hospital público de gestión estatal. Esto conlleva pensarse desde una ética como trabajadores del Estado y, orientados en esa ética, pensamos el hospital y nuestras intervenciones. Consideramos que estas nociones deben atravesar cada una de nuestras prácticas, cada encuentro con los pacientes; cada intervención debe ser pensada

desde la consideración del otro como sujeto de derecho y desde una ética como trabajadores de un hospital de gestión estatal.

Parte de lo que se viene describiendo pudo vislumbrarse en las intervenciones realizadas en el marco del tratamiento que a continuación describiremos. Consideramos que en otro contexto histórico de la institución, donde eran otros los modelos que impregnaban las prácticas, eran otras las respuestas que se daban frente a estos cuestionamientos. Claro que también la problemática era leída en forma diferente.

A continuación, describiremos lo que fue ocurriendo con Lidia desde su ingreso al hospital cuando nos convoca para su ayuda. Intentaremos hacer hincapié en aquellas cuestiones del devenir de su tratamiento que produjeron en el equipo dudas, desencuentros y encuentros, cuestionamientos y, sobre todo, la revisión de conceptualizaciones y prácticas. Atravesando todo eso se pudo hacer algo distinto, quizás novedoso y, sobre todo, se pudo hacer lo que se consideró como lo mejor para la paciente y el lugar adecuado para el equipo de profesionales: estar al lado de ella.

Relato del caso

Lidia concurrió al Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo) acompañada por un referente familiar, quien la incentivó a internarse a partir de haberla encontrado en situación de abandono y en estado de consumo compulsivo de sustancias psicoactivas.

Desde su ingreso al Servicio de Internación, fue transitando por varios momentos con revocaciones de tratamiento y reingresos al servicio, dado que presentaba un estado de vulnerabilidad al consumo que no lograba remitir a pesar del abordaje implementado por todo el equipo interdisciplinario. En dichas ocasiones, solía presentar una actitud muy demandante, que rozaba con lo querellante si no se daba respuesta inmediata a sus requerimientos. En relación

con ello, dice Gutiérrez Segú: «El acto impulsivo predomina en la escena intentando obtener la abertura que provoca la falta de sentido, vacío que en el hombre reitera la dimensión de la castración como límite al goce» (2007, p. 53).

Desde el dispositivo de terapia individual se intentó sostenerla por medio del establecimiento de un encuadre de contención diaria, lo que favoreció la instalación de un vínculo transferencial. Desde este aspecto, se intentó generar conciencia de situación, lo que permitiría que Lidia permaneciera por un período breve y continuo en el dispositivo, sin volver a los repetidos actos de abandono de tratamiento que se dieron desde el ingreso a la internación.

A partir de entonces se comenzaron a trabajar diferentes temáticas, a saber: la historia infantil, la afectiva, la familiar, su maternidad, entre otras, y fue necesario recurrir a la contención con psicofármacos de refuerzo en varias ocasiones, dada la tendencia a la huida e impulsividad toda vez que se movilizaba ante sus propios relatos.

Uno de los pocos temas disparadores de grandes montos de angustia fue la pérdida de un hermano menor que falleció por intoxicación con monóxido de carbono. Mientras tanto, Lidia buscaba intoxicarse también mediante el consumo de sustancias, intentando poner un velo ante la crudeza de lo real. En este punto, manifestaba una carga de culpabilidad dado que solía llevarlo consigo cuando de adolescente ya frecuentaba la calle; sin embargo, esa noche en que no lo llevó, recibió la noticia del fallecimiento.

Frente a los recuerdos que afloraban en el espacio terapéutico, sonreía al relatar la forma en que solía cobijar a su hermano en su pecho, en las ocasiones en que dormían en la calle. Al aproximarse al relato del fatal desenlace, irrumpía en llanto desbordada por la angustia que mantenía anestesiada bajo los efectos de las sustancias de consumo.

Se hacía necesario contener y sostener la escucha, obviando interpretaciones apresuradas e introduciendo muy pausadamente preguntas que permitieran provocar alguna división subjetiva, es-

perando que pudiera interrogarse respecto de su padecimiento, buscando producir así un síntoma.

Entre otras temáticas traídas a su espacio terapéutico, narraba historias vinculadas a sus hijos, desde un relato desafectivizado. Así, por ejemplo, relata su rutina de salir por las noches y dormir durante el día, para lo cual delegaba en su hija mayor, recién entrada en la pubertad, el cuidado de los pequeños. Se observaba así su dificultad para problematizar acerca del ejercicio de la maternidad y la responsabilidad que conlleva.

En cuanto a la relación con su pareja, si bien expresaba el deseo de estar con él, lo traía desde la necesidad de contar con su apoyo y contención, ya que la entrega y el «amor incondicional» que éste le ofrecía al modo de un otro dispuesto a recibir las tendencias sádicas de Lidia daban lugar a una relación sadomasoquista que extrañaba.

Cabe preguntarse, ¿qué lugar ocuparía el tratamiento en la vida de Lidia, quien fue traída en un momento en el que su pareja se encontraba privado de su libertad? Sus reclamos y demandas no cesaban, sin embargo pudo permanecer en el dispositivo, como modo de aceptar un límite a sus excesos desmedidos. Si bien reconocía su problema y pedía ayuda, cuando se acercaba a esa falla simbólica que anuló su regulación, buscaba excusas que daban cuenta de su falta de implicación subjetiva.

Ubicaba la ausencia de su pareja como otro momento en el cual se exacerbó el consumo de PBC, lo cual podría pensarse como la pérdida de esa regulación fálica que entonces la controlaba. «Si hay una función que tiene el falo es por excelencia poner medida a las cosas» (Naparstek, 2005, p. 48).

En ese entonces se enteró de que se encontraba embarazada, tras haber estado unos días con una pareja transitoria en contextos de consumo y violencia. Esta noticia la preocupó al punto tal de decidir interrumpir el embarazo mediante métodos caseros precarios y riesgosos, los cuales habría utilizado en otras ocasiones, para lo cual pedía al equipo tratante que autorizara una salida a la casa de una amiga. Así es que el equipo, ante la complejidad de la situación,

decide instalar una pausa en la respuesta, ofreciéndole contención y escucha, mientras se continuaba trabajando en función de las demandas de la paciente y sus intentos por irse de la internación.

Pero había un pedido puntual que había que escuchar y era diferente a todo lo escuchado hasta el momento: su decisión de interrumpir el embarazo con sus propios métodos conocidos, y la noticia recibida, en simultáneo, de que a su pareja le habían otorgado la libertad, con lo cual la decisión del aborto se hacía más urgente todavía, por el temor que le generaba que su marido se enterase del embarazo.

En esta instancia, el equipo interdisciplinario comienza a pensar qué lugar ocupa esta situación en el tratamiento, la urgencia que implica una decisión de tal magnitud, relativa a los tiempos de gestación permitidos para la interrupción del embarazo y la urgencia de Lidia por definir la situación, ante la noticia de que su marido estaba por venir a visitarla al hospital.

Pensar la complejidad desde el abordaje interdisciplinario

La situación planteada se constituye en un momento clave del tratamiento, ya que la cuestión ameritaba definir una estrategia que pudiera contemplar el deseo de la paciente, en su autonomía de decisión, y asimismo contemplar el cuidado de su salud considerada integralmente.

Los interrogantes que comenzaron a surgir al interior del equipo tenían que ver con la forma en que se iba a acompañar a la paciente en esta decisión, teniendo en cuenta que era la primera vez que los profesionales del equipo nos encontrábamos ante una situación semejante, aun los de mayor experiencia profesional. Una paciente que se encuentra realizando tratamiento en un hospital de salud mental decide abortar y en las condiciones en las que se generó el embarazo, y teniendo en cuenta las condiciones legales actuales, la práctica que quiere realizar es legal.

¿Qué hacemos como equipo tratante del hospital? Esto reflexionábamos en ese entonces, que habían surgido nuevos modos de abordar la problemática de los embarazos no deseados, en casos de no punibilidad. En este sentido, ¿cuál sería el correcto proceder en relación con el trabajo con la paciente y nosotros como equipo? ¿Cuál es el rol del hospital como institución de salud mental? En esta instancia, se evidenciaban cierto malestar e incertidumbre dentro del equipo interdisciplinario, vinculados al temor que produce enfrentarse a situaciones nuevas y desconocidas, especialmente aquellas asociadas con la interrupción del embarazo, ya que se constituye en un tema muy delicado y relacionado con lo prohibido y lo ilegal.

En el contexto de debates antes mencionados, se comienzan a realizar reuniones entre los profesionales y con la coordinación del dispositivo de Internación, en las cuales se hacían intercambios acerca de los conocimientos disciplinares de cada uno. Se consideraban los aspectos referidos a la subjetividad de la paciente y sus representaciones acerca de la maternidad y el aborto, con el objetivo de intentar contextualizar su historia, sus condiciones de vida desde su infancia, su relación con la maternidad, el aborto y sus vínculos afectivos. Enmarcándonos desde lo jurídico, se consideraba que en el caso de Lidia encuadraba la posibilidad de realizar la interrupción legal del embarazo. Es así que, luego de recabar información, se realiza un contacto con el Servicio de Medicina Familiar del Hospital Argerich. Dicho dispositivo cuenta también con un equipo interdisciplinario que asesora a las mujeres que se encuentran en situaciones similares a las de Lidia.

En nuestro país, según la Ley n.º 11.179 del Código Penal, se exceptúa de punibilidad la interrupción del embarazo en las siguientes situaciones: en casos de peligro para la vida de la mujer, en casos de riesgo para la salud de la mujer, cuando el embarazo sea producto de una violación y cuando el embarazo sea producto del atentado al pudor sobre la mujer idiota o demente (Ley n.º 11.179, art. 86).

Teniendo como marco de referencia la jurisprudencia en la interpretación de la ley por parte de la Corte Suprema de Justicia en

casos de aborto no punible, así como el *Protocolo de atención Integral de personas con derecho a la interrupción legal del embarazo* (Ministerio de Salud de la Nación, 2010), el equipo comienza a interiorizarse acerca de la temática, y a realizar un serio debate, en absoluto referido a si se considera «moral», «aceptable» o no el aborto, sino teniendo en cuenta el derecho que amparaba a Lidia. Así se comenzó a planificar la estrategia de intervención adecuada.

Consecuentemente, como equipo del Servicio de Internación, se decide acompañar a Lidia en su decisión, teniendo en cuenta que se encontraba realizando un tratamiento en Internación, y que esta situación no quedaba por fuera, sino que era parte importante a resolver, si consideramos la salud desde una perspectiva integral.

Se acompaña a Lidia a la primera consulta realizada en el Hospital Argerich en el Servicio de Medicina Familiar, donde se la orientó acerca del procedimiento y se le brindaron los cuidados posteriores, en relación con el cuidado de su salud sexual y la anticoncepción. Allí recibió por primera vez condiciones de seguridad adecuadas para una intervención de este tipo. Junto a la paciente se pudo trabajar sobre este tema, ya que había tenido interrupciones de embarazos de modo «caseras», y que en más de una se encontró en riesgo de vida.

Se abordó asimismo lo referente a su salud en general y en relación con el consumo y las situaciones de riesgo a las que se exponía. Se logró una buena transferencia con el equipo, no obstante el cambio de terapeuta. Lidia trabajó y vivió en la calle desde sus 9 años, muy independiente y sobreviviente desde pequeña; así se define, por lo tanto aprender a confiar en el equipo tratante fue algo que se construyó de a poco.

El grupo de médicos del Hospital Argerich trabajó en conjunto con el equipo que en aquel momento atendía a la paciente; se programó a pedido de Lidia ser acompañada por su equipo en el momento de la intervención. A los pocos días Lidia ya estaba de alta para continuar con controles ginecológicos periódicos y de rutina. Al volver del Hospital Argerich con el alta solicita la irrupción del

tratamiento en nuestro hospital, y pide volver a su casa para estar con sus hijos y con su marido, para intentar esta vez armar una historia distinta de cuidados, y se compromete a continuar de manera ambulatoria para ser evaluada periódicamente por el equipo, situación que no pudo sostener, ya que no se volvió a presentar a las entrevistas.

La reflexión que nos deja esta experiencia es en relación con el papel que jugó el equipo tratante y el Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo), que, en esta situación, efectuó como contención y sostén, y ofreció a Lidia el acompañamiento profesional en el momento de la decisión difícil y crítica.

Lidia pudo esta vez inscribirse desde un nuevo lugar, donde el cuidado, la responsabilidad y la autonomía sobre su propio cuerpo, al momento de decidir interrumpir voluntariamente un embarazo en estas circunstancias, dejaron de ser algo oculto, riesgoso y clandestino, lo que le permite poner en palabras un pedido de ayuda, y, de esta manera, establecer una diferencia con otras intervenciones institucionales.

Elaboración del caso

Como podemos observar, frente a la situación suscitada fue necesario repensar el lugar de los profesionales en el tratamiento, lo cual permitió un abordaje alternativo a lo que en otro contexto habría sido nuestra respuesta. Eso se desprende de haber puesto a la clínica como prioridad sobre el resto de factores en juego, y haber hecho una lectura clínica en la que subyace un modelo de reducción de riesgos y daños en el marco de un enfoque de derechos. Desde este lugar, lo jurídico puede leerse desde el mismo posicionamiento que venimos describiendo, y así las leyes que podrían haber limitado nuestras prácticas fueron abordadas de forma que nos permitieran ampliar el cuidado de Lidia. Lejos de poner énfasis en lo prohibitivo, pudo ser un instrumento de sustento para el beneficio de la paciente.

Al interpretar el embarazo de la paciente en relación directa con los nudos problemáticos que se trabajaban en el tratamiento, el acompañamiento descripto nos permitió ser coherentes con nuestra lectura clínica.

Resulta interesante cuestionarnos el lugar que ocupamos para ella en términos clínicos, desde nuestro acompañamiento: ¿qué cuestiones reprodujimos? ¿En qué lugar quedamos para ella y de qué lugar no pudimos correrlos? ¿Qué habría sido conveniente manejar de una forma alternativa? Seguramente acercarnos a algunas respuestas nos permitiría reflexionar con mayor luz sobre el egreso de la paciente.

Reflexiones finales

Consideramos que es importante capitalizar la experiencia vivida durante el acompañamiento de Lidia, en especial con respecto al abordaje interdisciplinario, ya que nos ha permitido dar respuesta a esta complejidad, desde el particular campo de cada profesional, construyendo la estrategia desde la integralidad.

Tanto a partir de la escritura como a través de debates y discusiones clínicas, reflexionar sobre lo ocurrido permitirá que esta experiencia no sea una excepción, y que lo aprendido y aprehendido pueda volver a ponerse en práctica una y otra vez, de forma que se siga construyendo y se consolide una nueva teoría y práctica del hospital desde un enfoque de derechos del cual queremos y debemos ser referencia.

Bibliografía

Benedetti, E. (2013). *Plan estratégico 2013-2015*. Buenos Aires: Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

- Donghi, A., Gartland, C. y Quevedo, S. (2005). *Cuerpo y subjetividad. Variantes e invariantes clínicas*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Gutiérrez Segú, O. (2007). *Las adicciones o cómo ir por lana y salir trasquilado*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Ley n.º 11.179. Código Penal de la Nación Argentina. Decreto 3992/1984 (actualizado). *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 3 de noviembre de 1921.
- Ley n.º 26.529. Ley de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Decreto Reglamentario 1089/12. *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.
- Ministerio de Salud de la Nación (2015). *Protocolo de atención Integral de personas con derecho a la interrupción legal del embarazo*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.
- Naparstek, F. (2005). *Introducción a la clínica con toxicomanías y alcoholismo*. Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Pistani, M. L. y Ceccato, M. B. (2014). «Práctica voluntaria del aborto e impacto subjetivo en las mujeres. Representaciones, sentidos e imaginario en escenario de clandestinidad». *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, vol. XXV, pp. 363-369.

Anudamientos actuales de lo jurídico y la práctica analítica

Natalia A. Cejas, Marcelo Maestropiedra, Ana A. Posse y Jéscica Riquelme

Introducción

Nuestra actual inclusión en un equipo interdisciplinario, en el marco del Programa Regional Interdisciplinario de Enlace Comunitario (PRIEC), nos lleva a recorrer una serie de preguntas e intentos de respuestas. Éstas emergen de la tarea que propone el objetivo del programa: la realización de la evaluación interdisciplinaria que la nueva Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657 establece como necesaria, cuando exista requerimiento del Poder Judicial.

Esto nos lleva a explorar el encuentro entre el discurso jurídico y las prácticas en salud mental desde una perspectiva psicoanalítica. En este camino recortamos una serie de categorías nodales en nuestro trabajo cotidiano, que hacen eje en el abordaje de la urgencia y los usos de la noción de «riesgo».

Nuestra tarea

La tarea del equipo comienza a partir de la llegada de un oficio. Hasta el momento, éste puede ser enviado desde la Defensoría General, desde el Juzgado de Familia n.º 4 o desde el Juzgado de Familia n.º 5 de La Plata, Región Sanitaria XI. Los oficios son iniciados en tales dependencias por familiares, vecinos o algún otro particular, o bien son iniciados de oficio por el Ministerio Público. En los

oficios se solicita una evaluación interdisciplinaria, tal como estipula la nueva Ley de Salud Mental.

El equipo, conformado por psicólogos, un trabajador social y un psiquiatra, realiza la evaluación requerida, y dispone para ello de dos modalidades: puede efectuarse a domicilio si el caso lo requiere o bien en dependencias del Hospital Zonal Especializado «Reencuentro». La evaluación incluye el diseño y la gestión del abordaje terapéutico que la particularidad del caso requiera. Para esto, se articula con la red de dispositivos de salud mental (Centros de Prevención de Adicciones [CPA], unidades sanitarias, hospitales generales y especializados, Casas de Medio Camino, etc.) así como con recursos de otros sectores del Estado (el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, por ejemplo), y se hace particular énfasis en el carácter local de las estrategias terapéuticas a implementar.

Las reuniones de equipo semanales tienen un lugar fundamental en este trabajo, ya que permiten la pausa y el espacio de formalización de lo ya realizado y de la estrategia por venir, y así se sostiene lo singular del «caso por caso».

Lo universal y lo singular: entre el discurso jurídico y el discurso analítico

La evaluación que se solicita apunta a dirimir la situación de riesgo de la persona oficiada (el causante) y, como recién planteábamos, esto incluye vehiculizar las estrategias de intervención que el caso requiera. Se intenta entonces armar un tiempo de escucha en el que pueda situarse cuál es el asunto o pedido que se origina detrás del oficio, con la idea de que entre las líneas de aquello universal y generalizable propio del discurso jurídico, de todos modos puede ubicarse para cada caso una dimensión singular. Intentamos sostener esta dirección situando la posición de cada sujeto frente a los hechos que dieron lugar al oficio.

Se trata, en un primer momento, de realizar un diagnóstico de situación y también en situación, en el sentido del término que alude a un tiempo y un lugar de donde surja, en el mejor de los casos, una nueva posición frente a lo equívoco que pueda producirse a partir de la letra jurídica.

Por esto, la dimensión de la contingencia tendrá un lugar fundamental. No sólo en el sentido de aquello traumático que la mayoría de las veces tuvo un lugar en el fundamento del oficio, sino también en el de la apertura a la contingencia, es decir, la apertura a la posibilidad que permita producir un movimiento, una lectura nueva, que alivie aquel malestar que se cifra en la letra jurídica.

¿Trabajar *en* la urgencia?

Todas las presentaciones oficiadas se caracterizan por demandar una respuesta que sea inmediata, a contrapelo de la temporalidad burocrática. Aquello que pone en marcha la producción de un oficio generalmente supone un punto de urgencia. Algo se desbordó, algo se excedió de los márgenes en donde se esperaba encontrarlo. Esto produjo un movimiento, el apresuramiento, la prisa, la perentoriedad de dar conclusión a *eso*. Volver a ubicarlo, a enmarcarlo. Es allí que nuestra tarea comienza por la instalación de un tiempo de comprender, un intervalo, que permita esa tarea de localización de la urgencia que se presenta entre las letras del discurso jurídico. Resulta muchas veces un desafío abrir este tiempo sin que se confunda con el dilate burocrático. Es que la localización que alivia sólo es posible a partir de una lectura. Podríamos decir, *es* la lectura, que intenta no obturar con una respuesta una pregunta que aún no ha sido formulada.

Se trata de situaciones en las cuales el sujeto es presentado por otro o, mejor dicho, representado por otro, por otro discurso. En este sentido, la dimensión clínica, la posibilidad de escucha, abre a la equivocidad esa letra jurídica en la que el caso se presenta. Nos interesa pensar entonces que se trata de un dispositivo que trabaja

sobre la urgencia y no *en* la urgencia, pues entendemos que complementar a la prisa por concluir con un nuevo aceleramiento confirmaría al sujeto en el malestar o padecimiento por el que es traído, lo cual podría redoblar, quizás, su objetalización.

Siguiendo la conceptualización de «urgencia» que plantea Belaga, existen dos fenómenos clínicos que organizan este campo: la certeza y la angustia (Belaga, 2005). Se trata de fenómenos que permiten localizar al sujeto en juego, tal es nuestra primera operación, establecer quién se constituye como sujeto de la angustia o la certeza que se juegan en el pedido. En ocasiones esto coincide con la persona del causante, muchas veces no. Y aun es posible que sea algún actor del ámbito jurídico solicitante quien se configure como tal.

Decíamos que la posibilidad de introducir una pausa hace posible leer tal singularidad. Esto nos permite en un segundo momento recurrir, si el caso lo requiriese, a una «instrumentalización» de la presencia del discurso jurídico. Es ésta una posibilidad novedosa, una suerte de hallazgo en nuestra práctica, favorecida por la dimensión singular, de acontecimiento, de buen encuentro con algún interlocutor del campo jurídico.

Nos referimos a la posibilidad de «contar» con el oficio y la dimensión jurídica que supone, como un elemento que funcione de terceridad ante la escena que requiere evaluación e intervención. Lo que se materializaría en la posibilidad de, a partir del diálogo con el ámbito jurídico, solicitar si fuese necesario ampliaciones del oficio o encuentros para la discusión del caso, de manera que su lugar de terceridad pueda sostenerse y en cierto sentido particularizarse, es decir, modificarse a partir de la consideración de la singularidad de un caso.

Esta dirección de la intervención podría pensarse en los términos que Laurent propone para pensar el lugar del psicoanálisis en el trabajo de adecuación de la ley al sujeto, advertidos de que no sólo no hay *la* buena ley, que garantice el bien del sujeto, sino que la ley como imperativo incluye una dimensión de imperativo de goce (Laurent, 2000). Resulta para nosotros una apuesta a un modo po-

sible de sostener la dimensión del sujeto esta segunda perspectiva de intervención. Como modo, por un lado, de inconsistir el costado gozoso de la articulación entre la ley y el sujeto; y, por el otro, de sostener el efecto pacificante de la regulación.

Del peligro al riesgo. Y del conflicto: cambio de paradigma, nuevos problemas

El cambio de paradigma que gira en torno a la sustitución de la noción de «peligro» por la de «vulnerabilidad» o «riesgo» goza ya de consenso entre las prácticas que articulan el campo de la salud mental y el jurídico. Menos claro resulta qué estrategias, o aun tácticas concretas, permiten efectivizar tal cambio en la política en salud mental.

En el campo del derecho, el criterio de vulnerabilidad supera la dialéctica entre el criterio iluminista de culpabilidad por delito de acto y el positivista de culpabilidad de delito por autor (Zaffaroni, 2006). En el campo de la salud mental se sitúa como uno de sus correlatos la producción de un nuevo andamiaje legal, la nueva Ley de Salud Mental. De esta manera, se retiran dos herramientas que el Poder Judicial tenía hasta entonces: la internación por indicación judicial y el permiso judicial de alta. Así, queda este poder incluido en su rol de garante de los derechos de las personas con padecimientos mentales.

El nuevo criterio de internación supone entonces establecer la definición de riesgo cierto e inminente, el que debe fundamentarse sobre tres condiciones: inmediatez del riesgo, certeza de él y gravedad del daño contra la seguridad de sí mismo o de terceros.

La conjunción de los cambios producidos en ambos campos permitió introducir y legitimar que la percepción y evaluación del riesgo es una construcción sobre acontecimientos futuros de los diferentes grupos sociales, y que ella varía en cada uno de ellos, de modo que la determinación del riesgo cierto e inminente es una construcción

que debe hacerse entre los diferentes profesionales del equipo interdisciplinario junto a las personas destinatarias de la atención y de sus referentes continentes.

Las categorías de vulnerabilidad y riesgo permiten hacer un lugar a las condiciones sociales, culturales y subjetivas, y abren por lo tanto una nueva dimensión a trabajar: cómo establecer su evaluación interdisciplinaria. Como no puede ser de otro modo, emergen el malentendido y la pluralidad de versiones. Diferentes autores aventuran modos de nombrar los obstáculos; así, Dobón se interroga acerca de la posibilidad de que la evaluación del riesgo termine respondiendo a modelos de evaluación generalizados y de corte positivista, es decir, aquellos que permiten la ilusión de establecer una técnica, un método general y generalizable (Dobón, 2001).

O bien se plantea la dificultad de que ante el temor de no poder saber a ciencia cierta el comportamiento futuro de una persona que padece un trastorno mental, se busque inmunizarse apelando a un saber disciplinar psicopatológico, haciéndose cálculos generalizados de riesgo a partir de un diagnóstico en salud mental (riesgo de suicidio en esquizofrenia, riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual en el trastorno bipolar) (Angelini, Carril, Irie y Pena, s/f).

Riesgo y conflicto

La bibliografía que explora la categoría de riesgo coincide en señalar que ésta emerge en la década de 1980 de la mano de conceptualizaciones sociológicas que intentan pensar en Europa Occidental algunos efectos colectivos y subjetivos de los, ya en ese momento importantes, cambios tecnológicos. Es Ulrich Beck, sociólogo alemán, quien en 1985/1986 acuña su ya célebre *Sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad*, en donde advierte y desmenuza un efecto no calculado de las ilusiones doradas, de las incipientes maravillas tecnológicas: no modifican las autopercepciones de tranqui-

lidad y confianza. Más aún, tal cambio se acompaña de un clima de desasosiego, riesgo e incertidumbre. El que, por otro lado, no tardará en medirse y ser pasible de cálculo.

Rápidamente la noción de «riesgo» pasará a tener un lugar central en el campo de las disciplinas sociales. Establecer, pensar, interrogar riesgos será el nudo de múltiples estudios que intentan abordar problemas considerados «de época». Algunos autores comienzan a intentar pensar esta operación discursiva en el seno de las disciplinas humanas, y sus efectos. Así, Camargo no duda en señalar:

Trátase de un concepto *vedette* para las ciencias sociales contemporáneas, no sólo es factible hablar de las «teorías del riesgo» (Beck, 1992; Luhmann, 1992; Ewald, 1996; Beck, Guidden y Lash 1997; Ramos y Selgas, 1999, etc.) sino de un verdadero *logos*: la «riesgología» [...] En términos de verdad puede decirse que es la noción de riesgo la que sostiene la lógica del consumo (del mercado neoliberal, de la globalización del toyotismo y del macdonalismo), le es consustancial (Camargo, 2006, p. 113).

Ahora bien, esta «estrategia discursiva» opera una sustitución sobre aquella otra categoría que sirvió de sustento a los más novedosos desarrollos conceptuales en psicología, sociología y psicoanálisis entre la segunda mitad del siglo XVIII y el siglo XIX. Nos referimos a la categoría de «conflicto»; es a partir de ella que era pasible de determinación la noción de «sujeto». Se trataba del sujeto del conflicto en juego, de su posición en torno al conflicto que fuese (conflicto intrapsíquico, lucha de clases, etc.). El conflicto hacía necesario leer fuerzas o intereses en pugna en torno a los cuales un sujeto (individual colectivo, inconsciente, etc.) tomaba posición. El riesgo sustituye esta lectura por otra, se trata de la descripción de las «probabilidades de efectos adversos». Se trata de una variación de los términos en el debate en ciencias humanas que nos lleva a interrogarnos por el efecto que tiene sobre la dimensión subjetiva: ¿qué subjetividad estatuye la categoría de riesgo? En términos de Camargo:

El riesgo es la estrategia discursiva predominante hoy, ubicable allí donde otrora en las sociedades industriales ubicábamos al conflicto, vistiendo con ropajes nuevos, acaso viejos malestares en la cultura, para decirlo freudianamente. Se trata de precisar de qué modo la noción de riesgo se traduce en la subjetividad, esto es, pesquisar cómo se cuele en los modos de sufrimiento actual por un lado, y por otro, cómo o qué consecuencias tiene que las disciplinas aborden al sujeto, también desde ese sesgo, el del riesgo (Camargo, 2006, pp. 113-114).

¿Se recorta entonces una categoría de subjetividad articulada al consumo? Sea como fuese, se trataría de una noción descriptiva y más ligada al objeto (objeto de consumo) que a la posibilidad de responder, producir una respuesta singular en torno a algo. Habría allí una diferencia importante respecto de una noción de «sujeto» sostenida en la capacidad de responder. Torsión que convendría tener presente al momento de producir y transmitir la evaluación del riesgo, en el encuentro con otros discursos.

Conclusión

Evaluar interdisciplinariamente el riesgo cierto e inminente de una persona en relación con su estado de salud mental, ése es el desafío de la tarea solicitada. Una posición política nos permite interrogarnos y localizar modos posibles en un universal tan vasto. Tal posición tiene por eje sostener la dimensión singular del sujeto, evitando, en términos de Nicoletti, dos riesgos: «[por un lado] suponer un sujeto arrasado por condiciones de miseria y exclusión, que nos deja en una posición de impotencia; y por otro, no hacer lugar a estas determinaciones, desestimar las marcas de este lazo al otro» (Nicoletti, 2006, p. 104). En esta tarea resulta fundamental localizar una «cuña», un punto de entrada por donde sostener la dimensión del sujeto. Hemos intentado transmitir dos búsquedas que, siguiendo esa di-

rección, nos orientan a explorar un modo de producir el siempre fallido encuentro entre el sujeto y la ley, e interrogarnos sobre las lecturas posibles de las categorías que nos convocan a trabajar, de modo de no desconocer los necesarios malentendidos con los que dialogamos entre nosotros, y con otros discursos.

Bibliografía

- Angelini, S.; Carril, M. F.; Irie, A. y Pena, A. (s/f). «La Ley 26.657 y la evaluación de la situación de riesgo cierto e inminente en las internaciones involuntarias» (en línea). Recuperado el 6/8/2015 de http://cursospaíses.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/24852/mod_folder/content/0/Angelini-Carril-Irie-Pena-La_ley_26657_y_la_evaluacion_de_la_situacion_de_riesgo_cierto_e_inminente_en_las_internaciones_involuntarias.pdf?force_download=1. <http://www.docstoc.com/docs/122335709/ponencia-angelini-ixjsyp-2>
- Beck, U. (1986). *La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad*. Barcelona: Paidós.
- Belaga, G. (2005). *La urgencia generalizada 2*. Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Belaga, G. (2005). *La urgencia generalizada*. Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Belaga, G. (2009). «Respuestas a lo impolítico de las urgencias subjetivas». En *Revista Virtualia*, n.º 19, año VIII.
- Camargo, L. (2005). *Encrucijadas del campo psi-jurídico. Diálogos entre el derecho y el psicoanálisis*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Camargo, L. (2006). «Transbabel: prácticas interdisciplinarias en la era del consumo». En Dobón, J. y Riveira, Beiras, I. (comps.) (2006). *La cultura del riesgo. Derecho, filosofía y psicoanálisis*. Buenos Aires: Editores del Puerto, pp. 107-121.
- Disanto, L. (2001). «Sanción, pena y castigo». *Revista Imago/Agenda*, n.º 55. Buenos Aires: Letra Viva.

- Dobón, J. (14 de abril de 2012). «Hacia otro orden de vulnerabilidad: vulnerabilidad subjetiva». Trabajo presentado en el *II Encuentro Internacional de la Red Interuniversitaria de Investigaciones en Psicoanálisis y Derecho. Violencia, culpa y acto*.
- Dobón, J. (2001). «Estrategias de intervención, 3 que advengan 4». En Dobón (comp.). *Lo público, lo privado, lo íntimo. Consecuencias de la ley en el sujeto*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Dobón, J. (2001). «La ley y el psicoanálisis: la intimidad ¿legislada?». *Revista Imago/Agenda*, n.º 55. Buenos Aires: Letra Viva.
- Dobón, J. (2010). «La función del analista. La responsabilidad y la culpa». En *Saber hacer con el Otro: psicoanálisis vincular: la clínica*. Buenos Aires: Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo.
- Dobón, J. y Riveira Beiras, I. (comps.) (2006). *La cultura del riesgo. Derecho, filosofía y psicoanálisis*. Buenos Aires: Editores del Puerto.
- Laurent, E. (2000). *Psicoanálisis y salud mental*. Buenos Aires: Tres Haches.
- Letaif, G. (2007). «El dispositivo psicoanalítico en la urgencia victimológica». *Boletín electrónico Psicología Jurídica*, mayo-junio.
- Ley n.º 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 3 de diciembre de 2010.
- Nicoletti, E. (2006). «Del riesgo al lazo». En Dobón, J. y Riveira Beiras, I. (comps.) (2006). *La cultura del riesgo. Derecho, Filosofía y Psicoanálisis*. Buenos Aires: Editores del Puerto, pp. 101-107.
- Sotelo, M., Belaga, G. et al. (2008). «Análisis de la demanda e intervenciones en la urgencia». *Revista de Investigaciones UBA*.
- Zaffaroni, E. y cols. (2006). *Manual de Derecho Penal. Parte general* (2.ª ed.). Buenos Aires: Ediar.

Maternidade e o uso drogas: promovendo práticas interprofissionais

Eliana Olinda Alves, Tatiana Oliveira Moreira e Aline Pereira Diniz

A psicologia e o campo sócio-jurídico

No campo jurídico a principal demanda que se coloca ao psicólogo é a de prestar assessoramento aos órgãos judiciais a partir de estudo psicológico realizado acerca das motivações subjetivas de um modo geral, que implicam as pessoas com o sistema de justiça. O produto final dessa intervenção é a elaboração de documentos como provas judiciais, tendo-se a expectativa que uma suposta verdade dos indivíduos seja revelada por estes.

Tal expectativa liga-se historicamente a emergência da Psicologia como ciência, ancorada em uma epistemologia positivista, cartesiana e evolucionista. Em nome da universalidade e da neutralidade – características do positivismo – os aspectos histórico-políticos foram alijados da construção de seu projeto teórico-prático. Dessa forma, a psicologia, considerada uma ciência humana, se manteve como disciplina ligada tanto a classificação das condutas quanto ao controle dos chamados desvios.

Essa prática de classificação das condutas, Foucault (1987) nomeou como técnica do exame. Segundo o filósofo, a técnica do exame surgiu na sociedade disciplinar, a partir da modulação da noção de crime, que passa da concepção de pecado para ser a infração cometida contra a sociedade, é causar um dano, é ferir a lei, sendo o rompimento do pacto social.

A técnica do exame, para o filósofo, foi uma sofisticada forma de produção de conhecimento nas práticas judiciárias, pela introdução

da motivação subjetiva dos indivíduos para o delito. Ao introduzir tal motivação, o exame ligou um tipo de formação de saber a certa forma de exercício do poder. Os mecanismos disciplinares, segundo Foucault, fabricaram o indivíduo como uma realidade a conhecer. A partir desse momento, o comportamento dos indivíduos passa a ser analisado pelo que podem fazer no futuro.

Essa forma de produção de conhecimento deslocou-se, na concepção foucaultiana, para outras formas de conhecer das ciências, constituindo o projeto civilizatório do ocidente. Nessa perspectiva, o projeto científico da psicologia não se diferenciou dos demais campos de saber, ancorados em uma visão cartesiana de mundo. Tal concepção resultou na formação de disciplinas estanques, com fronteiras rígidas, criando especialismos.

Diante do reconhecimento da importância da construção de aproximações entre os diferentes campos de conhecimento, surge a noção de multidisciplinaridade. Esta pressupõe o objeto como multifacetado, sobre o qual diferentes disciplinas se debruçam para conhecê-lo. Acredita-se que quanto maior a quantidade de pontos de vista, melhor será compreendido. Contudo, sob essa ótica, não se reconhece que os campos de produção de conhecimento possam se intercomunicar e possuírem zonas comuns.

Diferenciando-se de tal visão, a noção de interdisciplinaridade compreende a importância da criação de zonas de interseção entre as disciplinas, que se articulam e criam um objeto próprio. Na perspectiva transdisciplinar, porém, não há interseção, mas intercessão, que aponta para uma relação de atravessamento entre os diferentes domínios disciplinares. Esta produz processos de diferenciação que não tendem a estabilizar um novo campo demarcado de conhecimento, mas criar movimento, desconstruir fronteiras.¹

Entendemos que as práticas psicológicas, construídas historicamente, são atravessadas pela dimensão política. Assim, sustentar a abertura a outros saberes torna-se imprescindível para que, através

1. A esse respeito, ver Passos e Barros (2000).

do agenciamento entre as práticas, outras perspectivas de intervenção sejam produzidas.

Segundo Passos e Barros (2000), os esforços para se flexibilizar fronteiras resultaram apenas no diálogo entre disciplinas. Apesar disso, como psicólogos da rede de serviços, vivenciamos ainda o enorme desafio para criar oportunidades para o diálogo entre profissionais. Usualmente, a intervenção interdisciplinar se apresenta como a estratégia possível em nossas práticas, porém, apontamos a perspectiva transdisciplinar como horizonte para o trabalho.

Em se tratando do campo sócio-jurídico, buscamos pensar uma atuação do psicólogo que não referende uma concepção cientificista de psicologia e se distancie das práticas de detecção da verdade do sujeito e de previsibilidade. Para a desconstrução desses lugares pré-estabelecidos, torna-se importante realizar a análise das demandas por especialismos que são produzidas nessa intrincada relação entre as práticas jurídicas e psicológicas.²

Por esse viés, a atuação do psicólogo poderá sair da perspectiva de apenas embasar decisões judiciais. Poderá compor um campo transdisciplinar de atuação, implicando tanto os profissionais que integram o judiciário quanto a rede de proteção à infância.

Problematizando a demanda

Em virtude da entrada do crack na cidade do Rio de Janeiro há alguns anos, assistimos a um abrupto crescimento do fluxo de situações de mães usuárias de drogas encaminhadas pelas maternidades às Varas de Infância. Justificado por se colocar em questão a capacidade dessas mulheres de cuidarem de seus bebês em função do uso de drogas, esse fluxo teve como efeito a produção de uma urgência em torno

2. Segundo Coimbra *et al.* (2008), pensar a transdisciplinaridade no judiciário implica analisar as encomendas feitas por atendimento psicológico, baseadas de modo geral em demandas por «especialismos técnico-científicos» (p. 33).

da decisão da separação ou não do bebê de sua família, homogeneizando a abordagem da rede diante de situações familiares por vezes bem distintas.

Como assessores do juízo, a equipe de profissionais da Vara de Infância da Capital passou a ser convocada a se manifestar sobre a separação mãe-bebê em um pronto atendimento à família, caracterizado como plantão judicial. Produziu-se, assim, pela rotina que envolvia o encaminhamento de todos os casos de usuárias de drogas ao judiciário para uma decisão urgente, uma demanda de posicionamento imediato do profissional, baseada na expectativa de um exame da capacidade de maternar dessas mulheres. E mais que isso: acentuou-se a judicialização da relação mãe-bebê de usuárias de drogas de camadas desfavorecidas da população.

Em trabalho anterior acerca do tema,³ apontamos nosso entendimento de que o aumento dessa demanda não está dissociado da visibilidade que as drogas ganharam nessa primeira década do século XXI, com a chamada política antidrogas promovida pelos governos, para justificar as políticas de segurança, baseada na repressão. Tais políticas atingem tão somente a pobreza que, apartada de certo nicho privilegiado da sociedade, encontra na experiência de substâncias psicoativas, uma forma de socialização, de pertencimento.

Percebemos que o fluxo inicialmente criado na rede reflete certas concepções sobre o usuário de substâncias psicoativas, produzindo um olhar estigmatizante e desqualificante acerca de determinados indivíduos. Tal fluxo evidenciou que essas concepções estão disseminadas na sociedade e muito presentes na própria rede de proteção à infância, atingindo especialmente as famílias pobres.

Buscando não reproduzir o processo de estigmatização de populações em desamparo social, pensamos ser fundamental problematizar as intervenções realizadas com essas mulheres e seus bebês na rede de serviços. Que processos de subjetivação estão em jogo? Quais os efeitos dessas intervenções na vida dessas famílias? Como

3. A esse respeito ver Alves, Diniz, Fadigas e Moreira (2014).

a rede pode se articular para criar outras formas de abordar a questão interrompendo a judicialização em curso?

Levantando tais questionamentos não se está defendendo um direito natural da mãe biológica permanecer com o filho a qualquer custo. Para além das generalizações, indagamo-nos, por exemplo, sobre que intervenções podem ser efetuadas fora do enquadre moralizante sobre o uso de drogas, que nos atravessa como sociedade. Notamos que, por vezes, as intervenções são sustentadas por um discurso de demonização do usuário, quando as mães são classificadas, sem critério evidente, como dependentes de drogas, e, por isso, negligentes e incapazes de cuidar de seu bebê.

É muito importante observar certos parâmetros antes de classificar alguém como dependente químico. O pesquisador estadunidense, Carl Hart (2014), afirma que mesmo o uso frequente de droga não irá caracterizar um vício ou um uso problemático da substância. Vários aspectos devem ser analisados, tais como: a interferência das drogas no desempenho em atividades do cotidiano; o prosseguimento do uso apesar das consequências negativas; insucesso na tentativa de cessar o uso das substâncias; necessitar de doses cada vez maiores para conseguir um efeito; crises de abstinência nos intervalos de utilização da droga. O autor destaca que a dependência se refere ao uso problemático e não ao uso regular.

Hart questiona também a influência de fatores culturais e econômicos ligados à questão das drogas, tais como racismo e pobreza. Pensando nossa realidade social, percebemos que a classificação dependente químico, facilmente se associa a uma incapacidade da mulher de cuidar do filho, estigma ligado às classes menos favorecidas. O consumo de drogas não ocorre apenas entre a população em desemprego social, entretanto tem sido observado que é sobre essas mães que recai a desqualificação em relação ao cuidado com os filhos.

A dificuldade de lidar com a questão, até mesmo pelo preconceito, leva muitas vezes os profissionais da chamada rede de proteção e de serviços a assumirem uma postura que consideramos so-

breimplicada.⁴ Tal postura consiste em um ativismo, no qual os profissionais tomam para si, de forma acrítica, a responsabilidade de resolver o problema que se apresenta. Com isso, para corresponder às suas próprias expectativas e as que lhe são depositadas, produzem tarefas extras que não fazem parte de suas atribuições, sobrearregando-se. Para sair dessa encruzilhada, buscam soluções apressadas que reforçam preconceitos e tutelam os indivíduos considerados em risco.

Outro aspecto desse ativismo é alimentar a expectativa de salvar as pessoas que estão sob suas orientações, gerando sentimentos ambivalentes: ou se solidarizam com o sofrimento do outro ou sentem raiva, quando suas prescrições/orientações são contrariadas. Essa ilusão salvacionista associa-se à onipotência do especialista que, sentindo-se frustrado, acaba por culpabilizar a clientela atendida. Identificamos facilmente o referido modo de funcionamento no atendimento às jovens-mães. Comumente despertam tanto solidariedade de parte das equipes das maternidades e das instituições de acolhimento quanto raiva, quando não conseguem responder de forma adequada às exigências que lhe são impostas, como maternar e deixar o consumo de drogas.

Muito se fala em construção de redes para se atender as pessoas consideradas em situação de risco ou vulnerabilidade social. No entanto, as ações na chamada rede de proteção ainda operam mais por uma lógica de tutela das famílias ditas disfuncionais, do que pela promoção e garantia de direitos. Identifica-se esse modo de operar

4. René Lourau problematizou o uso que se passou a fazer do termo implicação, como sinônimo de compromisso ou de ativismo, impregnado pelo sentido de um «cristianismo social» e também de uma utilidade de mercado, como mais trabalho. Na concepção da Análise Institucional, «sobreimplicação» seria a ideologia normativa do sobretrabalho, gestora da necessidade do «implicar-se» como sinônimo do participacionismo. A sobreimplicação não se define como o excesso de implicação. Ela também apresenta aspectos extremamente passivos, como a: «submissão a ordens explícitas ou a consignas implícitas da nova ordem econômica e social» (Lorau, 2004, p. 191). Ela, na verdade, camufla a implicação e impede que sua análise seja efetuada.

da rede de serviço e proteção, pela falta de investimento adequado para que as políticas de saúde possam atender a essas mulheres antes delas serem encaminhadas ao judiciário. Se o sistema de saúde e proteção social não chega a essas mães antes do momento do parto, dificilmente se reverterá significativamente o número de acolhimentos de bebês. Trata-se de um sistema que, operando na precariedade, realiza a gestão dessa parcela da população, mantendo-a à margem dos direitos sociais.

A precarização do funcionamento da rede de serviços de proteção à criança impossibilita em diversos casos a preservação do vínculo mãe-bebê. Isso evidencia o acumplicimento do sistema com a lógica da culpabilização das famílias pobres, da demonização dessas mães e, conseqüentemente, da «salvação» ao menos dos seus bebês, através da adoção. Assim, o instituto da adoção, chega a ser pensado como política pública salvacionista para essas crianças em risco.

Agenciando outras redes

Articular ações não seria tão somente reunir cada um dos atores da rede de serviços e proteção para a troca de experiências, cada qual enunciando seu ponto de vista, em uma concepção multidisciplinar. Trata-se de colocar coletivamente em análise as práticas realizadas em nome dessa proteção.

No atendimento a mães com histórico de uso de drogas, a parceria com maternidades e entidades de acolhimento é muito importante. A aposta é que essa estratégia possa contribuir para um atendimento de qualidade, evitando-se a estigmatização e a desqualificação dessas mulheres-mães nos cuidados com seus filhos.

Visando problematizar algumas intervenções com essas famílias, que vêm contribuindo para a produção de estigmas, passamos a realizar reuniões interinstitucionais na Vara da Infância para debatermos certos posicionamentos e revisarmos procedimentos. O foco

foi pensar os efeitos de nossas práticas, bem como novas estratégias de atendimento a essas mulheres.

Um efeito potente decorrente dessa estratégia foi o reconhecimento do trabalho a ser realizado com essas mães pelas equipes dos hospitais e dos conselhos tutelares. Tais entidades se constituíram como referências principais para a realização das ações necessárias à localização da família extensa das parturientes com maiores dificuldades. O relato fornecido, especialmente pelos profissionais das maternidades, a partir do trabalho durante a internação mãe/bebê, vem sendo reconhecido como suporte à decisão judicial. Desse modo, passou-se a prescindir do pronto atendimento pela equipe do juízo, da qual se demandava uma avaliação propositiva, a partir de um breve contato no dia da decisão judicial com o membro da família que estivesse presente.

Assinalamos dois deslocamentos significativos que resultaram dessa mudança. O primeiro, a quebra da hierarquia entre os trabalhos das equipes do juízo e demais profissionais da rede, estabelecida pelos operadores jurídicos. A crença comum era que a equipe do juízo tinha maior competência para avaliar tais casos. Alguns juízes mantinham sua demanda por nova avaliação da situação, mesmo tendo recebido relatório da equipe da rede que atuou no caso, inclusive por maior tempo.⁵

O segundo deslocamento operado diz respeito à relação entre os profissionais como representantes de seus campos de saber. Nas discussões na rede não vem sendo pautado o que diz respeito a cada disciplina, mas que posicionamentos podem nortear ações que rompem ou minimizam a estigmatização dessas mães, produzidas por práticas judicializantes. Priorizando-se a garantia de direitos, estabeleceu-se um território de interlocução, no qual o psicólogo parece não ter dúvidas sobre a dimensão política do seu saber-fazer.

5. Coimbra *et al.* apontou a hierarquia como um analisador das relações no judiciário, presente também nas relações entre as categorias profissionais e não apenas entre os juízes e seus funcionários (2008).

Outra saída importante construída por alguns psicólogos da rede de proteção foi pautar a questão da qualidade do atendimento a mães com histórico de uso de drogas no Conselho Regional de Psicologia do Rio de Janeiro. O referido Conselho se apropriou da temática e vem realizando ações, no sentido de fomentar o debate com diversos segmentos da rede de proteção à criança.

Paralelamente, o Conselho Regional do Serviço Social também pautou a questão do atendimento a mulheres-mães, com experiência de uso de drogas, a partir de dois problemas: o estresse sofrido por assistentes sociais na abordagem a essas mulheres e a relação dos referidos profissionais com o judiciário. As ações dos referidos conselhos profissionais, junto com demais atores da rede de serviço e proteção à infância, convergiram, tendo como efeito a construção de um espaço comum para se pensar a questão: um Grupo de Trabalho, intitulado Oficinas de Debates sobre Maternidade e Uso de Drogas.⁶

Buscamos uma participação ativa no debate em curso na rede que, no momento, se concentra em dois pontos: na elaboração de um fluxo de atendimento a gestante e na possibilidade de criação de

6. O primeiro debate realizado pelo Conselho de Psicologia (CRP) foi com os profissionais das maternidades com a participação de psicólogos, assistentes sociais e uma médica pediatra. O CRP, juntamente com o Conselho do Serviço Social (CRESS/RJ), pautou o tema sobre as mães consideradas usuárias de drogas, especialmente o crack, no Fórum de População de Rua. O resultado dessa ação foi a criação de um Grupo de Trabalho, denominado Oficina de Debates sobre maternidade de jovens em situação de Rua e/ou Usuários de Drogas e a Atenção aos seus bebês, envolvendo as varas de infância, conselho tutelar, consultório na rua (um programa de abordagem e encaminhamento para a população que está nas ruas e faz uso de drogas), defensoria pública, ministério público. Ainda em decorrência desse debate, o Conselho de Psicologia, através de suas comissões de Direitos Humanos, Psicologia e Justiça e Saúde, promoveu nesse final do mês de maio de 2015, um Seminário intitulado «Mães, crack, maternidade, crianças e institucionalização». O objetivo desse evento foi levantar propostas para Frente Parlamentar da Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro, bem como para outras instituições da saúde e da assistência social. Cabe ressaltar que as autoras participam dessa Oficina e uma delas compõe a comissão de Psicologia e Justiça do Conselho de Psicologia.

um equipamento para mães que possam ser acolhidas junto com seus bebês. Apostar em outras formas de abordagens é um esforço necessário para deixarmos de reproduzir uma lógica culpabilizante e despotencializante.

A questão, por sua complexidade, nos impõe o desafio ético de analisar nossas práticas e inventar outras políticas que não criminalizem e/ou vitimizem certos indivíduos e seus núcleos familiares. Um desafio que ponha em jogo outras formas de afirmação de vida, colocando em funcionamento diferentes modos de olhar às questões que afetam determinados segmentos da sociedade. Nossa aposta é que nos agenciamentos coletivos possamos afirmar outras práticas, modos de existência, desconstruindo-se uma lógica binária e segregadora.

Bibliografía

- Alves, E. O.; Diniz, A. P.; Fadigas, V. S. y Moreira, T. O. (2014). «Maternidad y consumo de drogas: una cuestión para el Poder Judicial?». In AA. VV., 2.^{as} *Jornadas de salud mental y adicciones. ¿Cómo intervenir en las urgencias? Nuevas subjetividades, nuevos dispositivos*. Buenos Aires: Ediciones Licenciada Laura Bonaparte.
- Coimbra, C.; Ayres, L.; Nascimento, M. L. (2008). «Construindo uma Psicologia no Judiciário». In *Pivetes: Encontros entre a Psicologia e o Judiciário*. Curitiba: Juruá Editora.
- Foucault, M. (1987). *Vigiar e punir*. Petrópolis: Cortês.
- Hart, C. (2014). *Um preço muito alto- A jornada de um neurocientista que desafia nossa visão sobre as drogas*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Lourau, R. (1990). «Implicação e Sobreimplicação». In Altoé, S. (2004). *René Lourau: analista institucional em tempo integral*. São Paulo: Editora Hucitec.
- Passos, E. y Barros, R. B. (2000). «A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade». In *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, vol. 16, n.º 1, jan-abr, pp. 71-79. Brasília.

Entre lo plural y lo particular. La urgencia como problema de lógica colectiva

Clara I. Schor-Landman

Introducción

El trabajo parte de la hipótesis según la cual en las intersecciones entre lo particular del caso y lo plural de los factores intervinientes, se ubica la práctica clínica interdisciplinaria. Esta práctica incluye dos dispositivos relacionados: la clínica del caso particular y la práctica grupal e individual de supervisión de casos.

Se trata de dos dispositivos para los tratamientos con el objetivo de producir efectos terapéuticos que involucran el hacer de los profesionales en las decisiones diagnósticas y estratégicas, así como en los obstáculos e impedimentos que la complejidad del caso presenta.

Dos dispositivos para producir respuestas clínicas y también mantener abierto el estado de interrogación sobre cómo efectuar cada vez las articulaciones disciplinares, y cuáles son los criterios de urgencia en cada campo disciplinar.

Disciplina e interdisciplina

La palabra «disciplina» tiene dos significados. En un sentido significa el conjunto de normas y reglas para mantener el orden (militar, educacional, social), temática que M. Foucault (1981) desarrolló ampliamente. Vigilancia, castigos, panópticos y exclusión social son referencias insoslayables cuando se reflexiona sobre los sistemas asilares, manicomiales, medicalización generalizada en la atención de problemáticas de salud mental.

Por otro lado, «disciplina» significa un campo teórico y práctico, una forma discursiva que se caracteriza por poseer un conjunto de conocimientos, principios, métodos, acciones y objetivos que le son particulares referidos a la noción de «ser humano» que sostiene.

Con este significado, se puede pensar en términos de pluralidad disciplinar. Cada disciplina con características propias, cada una con una noción diferente de «ser humano», cada una necesaria pero no suficiente para dar respuestas a la complejidad de las problemáticas contemporáneas.

Ahora bien, cuando hacemos una lectura retrospectiva vemos que el intento de contar con disciplinas plurales no es sencillo, se puede producir más de un problema en los casos clínicos y en los vínculos profesionales.

Por ejemplo, se puede imaginar que con la sumatoria de disciplinas se alcanza la resolución absoluta del caso. También ante las dificultades se producen extensiones ilícitas con efectos de relativismos teóricos y prácticos. Tampoco faltan los problemas con las jerarquías de las profesiones.

Para nuestra tentativa interdisciplinar contamos con una hipótesis: dispositivos de trabajo «entre» disciplinas. Trabajo «entre»: de interacciones, relaciones, articulaciones disciplinares plurales para intervenir en el tratamiento de la particularidad del caso.

¿Cómo se considera la noción de «ser humano»?

Es una pregunta que tiene relevancia porque según la noción de «ser humano» que se sustente, se configuran conceptos, principios, prácticas, criterios metodológicos, acciones y objetivos.

Más aún, de la noción que se mantenga, dependen las ideas sobre el sentido de la existencia y sobre las condiciones de vida. No hay grandes acuerdos al respecto, pero como lo señala Roger Trigg, «sin una concepción de lo que es ser humano no se puede decir mucho de las sociedades o de las prácticas humanas» (Trigg, 1999).

En perspectiva disciplinar, y tomando en cuenta la pregunta, para el psicoanálisis, *el ser humano es un sujeto de lenguaje, sexuado y mortal*.

Es un *sujeto fracturado por lo inconsciente* (no es una unidad cognoscente). Fracturado entre el enunciado y la enunciación, los significantes y los significados, lo que dice y quiere decir, lo que sabe y no sabe de sí, lo que dice hacer.

Es un *sujeto atravesado por dos órdenes de satisfacción incompatibles que mantienen una conflictividad imposible de resolver*. La satisfacción del deseo, motor de la vida, satisfacción incierta, cohesiona los lazos sociales. La satisfacción pulsional –goce–, satisfacción parcial, certera y repetitiva. Provoca en el sujeto la soledad, ir contra sí mismo, fragilizar los lazos sociales.

En relación con el sujeto, no hay realidad objetiva. Al respecto Lacan diferenció tres dimensiones o registros de sentido articulados: Imaginario, Simbólico, Real.

Lo Imaginario en tanto poder cautivante de la imagen. Imagen que engaña. Con una parte arma un todo. Poder de desconocimiento. Lo Simbólico: orden de leyes, convenciones y reglas propias del significante. Lo Real: lo imposible, no se somete a las reglas de lo simbólico.

El sujeto tiene estatuto de respuesta. Frente a la urgencia de vida –desvalimiento y desamparo ante las necesidades vitales–, frente al encuentro traumático con el Otro del lenguaje, se construyen respuestas singulares-particulares inconscientes.

Respuestas, interpretaciones, sentidos que aunque el sujeto no lo sepa lo conducen y marcan sus condiciones de vivir-gozar.

Mixtura imaginaria, simbólica y real, por retroacción, en forma contingente, sin anticipación, sin predicción, se produce efecto de sentido.

El sentido-respuesta, que sin saberlo, cada cual le otorga a su vida y con el que justifica su existencia.

Por lo dicho anteriormente, cuando decimos «subjetividad» hablamos de un ser de lenguaje, irrepetible, particular, singular en su modo de vivir-gozar en los vínculos sociales.

Sujeto y urgencia como problema de lógica colectiva

La noción de «sujeto» en relación con la urgencia es la que conduce a pensar en términos de problema de lógica colectiva.

La urgencia la entendemos como doble ruptura aguda: ruptura de las articulaciones de los registros de la realidad (Imaginario, Simbólico y Real) y ruptura aguda de la cadena de significantes que otorgan significado a la vida, pone en primer plano una fisura por la que cayó el sujeto. Fisura y caída subjetiva en la que intervienen pluralidad de factores (físicos, psíquicos y sociales) enigmáticos –a primera vista– en la maraña fenoménica del momento agudo.

En este sentido, precisar los factores que participan en cada caso particular es un problema de lógica colectiva; en la pluralidad de factores intervinientes, saber distinguir los detalles principales de la urgencia en la complejidad de cada caso. Son distinciones que se producen en el trabajo clínico tanto en las entrevistas como en las supervisiones.

En este sentido, decimos «problema de lógica colectiva», que no es sin debates, obstáculos y tensiones en el intento de responder con decisiones cuáles campos disciplinarios son prioritarios para articularse en el trabajo interdisciplinario con el que se configuran los criterios clínicos, el método, las estrategias en el tratamiento.

Se puede comprobar –entre obstáculos y contratiempos– que las relaciones disciplinares son eficaces en el hacer clínico, cuando en una lógica de segmentaciones y articulaciones se pone en común el no saber de cada una.

El caso ordena

¿Cómo se producen las articulaciones disciplinares? ¿Cuáles disciplinas son prioritarias? ¿Cómo se lo argumenta? ¿Cómo convergen las particularidades disciplinares en el caso?

Las preguntas, por el valor que tienen en la práctica clínica, recuerdan la lectura que hace Althusser en su texto *Ideología y aparatos ideológicos del Estado. Freud y Lacan* (2005).

Según Althusser, el conjunto orgánico freudiano comprende formalmente articulaciones entre práctica, método y teoría, de la que supone que guarda los secretos del método y de la práctica.

En esta línea de pensamiento, y con las interrogaciones formuladas proponemos una hipótesis de trabajo: el caso ordena. Ordena en el doble sentido de mandar y orientar. Son los detalles de los fenómenos agudos los que deciden los campos disciplinares necesarios que convergen en lo particular del caso para cernir la urgencia subjetiva, para la lógica del tratamiento y para hacer un cálculo probable de la salida del momento agudo.

El psicoanálisis en el campo de la salud mental

¿Cómo participa el psicoanálisis en el campo de la salud mental, cuáles son sus aportes?

Retomamos ideas expresadas anteriormente: cada disciplina tiene características particulares. Cada una tiene una noción diferente de «ser humano», con conceptos, principios, prácticas, criterios metodológicos, acciones y objetivos particulares. Cada una es necesaria pero no suficiente para dar respuestas a la complejidad de las problemáticas contemporáneas.

En este marco de lo necesario pero no suficiente el psicoanálisis en tanto disciplina particular se ubica en la pluralidad disciplinar, disponible a las intersecciones que el caso ordene.

Contamos con el legado de Freud y Lacan, que de alguna manera ya fue expresado en la noción de «ser humano» en tanto sujeto. Legado de una teoría de la subjetividad, de los lazos sociales y de un método clínico.

En este sentido, tanto la teoría como el método clínico están en la línea del pragmatismo conceptual, disponible para dialogar y ha-

cer aportes a los interrogantes sociopolíticos contemporáneos. En la perspectiva del método para producir consecuencias clínicas en los padecimientos subjetivos.

Cuando problematizamos las crisis que produce el capitalismo en la vida de los seres humanos evidenciadas en los casos clínicos, podemos encontrar argumentos expresados por Jorge Alemán: «En el discurso capitalista, como en su día en los totalitarismos modernos, se encuentra en una forma implícita el proyecto de producir un sujeto nuevo, sin legado histórico ni herencia simbólica» (Alemán, 2009).

Sujeto nuevo, vida condicionada por la prepotencia del goce sin límite. Excesos, violencias, consumos, individualismo, poderío de las imágenes, escasez simbólica, desamparo, inmediatez y acciones intempestivas. Condiciones de vida que se ponen de manifiesto en los momentos agudos de urgencia subjetiva: efectos de disrupción, pérdida de sentido, extrañeza, errancia, desamarre del sujeto de los significantes que lo amarraban en el lazo social.

En el marco del método clínico de la urgencia subjetiva, el psicoanálisis propone tratamientos con objetivo limitado. Por un lado, limitado al trabajo clínico, estrategias y decisiones para ver si es posible con operaciones simbólicas localizar y reducir algo de lo real-pulsional insoportable que se escabulle. Por otro lado, clínica con objetivo limitado al tratamiento de la doble ruptura (Simbólica y Real) orientada a promediar la salida del momento agudo de la urgencia.

Ahora bien, en el tratamiento de la urgencia subjetiva, se verifica que el obstáculo más arduo para el sujeto es la prepotencia repetitiva de lo real, del goce solitario, inmediato, en exceso, y la falta de recursos simbólicos para que la vida le signifique alguna forma de buen vivir.

Límites y encuentros disciplinares

Hasta aquí la urgencia subjetiva, es decir, la noción de «urgencia» en la particular perspectiva del psicoanálisis, en el plano de la subjetividad.

Sin embargo cuando nos referimos a la urgencia como problema de lógica colectiva, también decimos que en cada caso existen diferentes planos de urgencia, que demandan encuentros disciplinares.

Para finalizar este texto, recordamos una vez más aquello que señalaba Roger Trigg: «Sin una concepción de lo que es ser humano no se puede decir mucho de las sociedades o de las prácticas humanas» (Trigg, 1999).

Bibliografía

- Alemán, J. (2009). *Para una izquierda lacaniana... Intervenciones y textos*. Buenos Aires: Grama ediciones.
- Althusser, L. (2005). *Ideología y aparatos ideológicos del Estado. Freud y Lacan*. Buenos Aires: Nueva Visión ediciones.
- Foucault, M. (1981). *Vigilar y castigar*. Madrid: Siglo XXI editores.
- Trigg, R. (1999). *Concepciones de la naturaleza humana. Una introducción histórica*. Madrid: Alianza Editorial.

Intervenciones en las fronteras de los tratamientos

María Soledad Arrieta y Marcelo Olmedo

Introducción

El presente trabajo intenta abordar el concepto de «urgencia» teniendo como eje que la urgencia subjetiva no implica necesariamente riesgo de vida. Situar la urgencia del lado de la irrupción del malestar, *troupe* de mal, *acting out* o impulsividad, nos permite entender que el dispositivo de tratamiento interdisciplinario, incluida la internación, no garantiza ni anula la posibilidad de que un paciente se encuentre en urgencia subjetiva.

Asimismo, abordaremos la intervención interdisciplinaria que no sólo se produce dentro de los dispositivos de tratamiento tanto Ambulatorio como de Internación, sino también en situaciones que los desbordan. Es ahí, en la frontera de los tratamientos, donde hay un camino a recorrer tanto para la intervención de la Guardia como para los dispositivos de Intervenciones Espontáneas.

El momento en el que estamos en relación con el debate

Debemos establecer desde nuestra posición ética, como profesionales de la salud, qué entendemos por «urgencia». Siempre relacionamos el concepto como referencia de una crisis en la que el sujeto no logra enlazarse al mundo simbólico, que serían las representaciones del sujeto con sus ideales que le permiten dirigir y estructurar las coordenadas de su vida. Podemos decir que se trata de una situación

de quiebre. La idea no es referirlo solamente a la descompensación, como sucede con las psicosis, sino también como lo establece Freud en los textos de los años 1920, donde, preocupado porque no conseguía, con el recurso simbólico, dominar la compulsión de repetición, encontramos la urgencia en los pasajes al acto, *acting outs*, aislamiento del mundo por desesperación o depresión, pérdida de lazos familiares y sociales.

Podemos situar que es un momento de conmoción del sujeto donde pierde su lugar en el discurso, pierde su lugar como sujeto del mundo simbólico. Por ende, podemos ubicar dos modos de pensar la urgencia: uno estaría orientado a pensar la urgencia en la estructura de la psicosis con los fenómenos elementales, la productividad delirante, las alucinaciones descompensatorias, que serían las coordinadas que provocan la crisis en las psicosis. Otro sería pensar la urgencia por la crisis de angustia o las precipitaciones subjetivas que entendemos por la vía del pasaje al acto.

Lo más importante para nosotros, profesionales de la salud, es salirnos de la idea correlativa que une urgencia con internación, ya que no toda urgencia tiene como resolución la internación, el aislamiento del sujeto de la situación de crisis. La internación debe pensarse cuando fallan las estrategias ambulatorias o cuando entendemos que es una urgencia que no tiene posibilidades de resolución ambulatoria. Es decir, debemos pensarla cuando fallen nuestros dispositivos como lugar del Otro para alojar esa crisis. Vemos entonces la urgencia como aquello imposible de soportar para el sujeto. La internación ocupa el lugar de alojar e instaurar algo del orden de la palabra para un sujeto afectado por un momento que podemos llamar «de locura» tanto para la psicosis como para el *acting out*.

Por otra parte, la urgencia siempre nos tensiona, nos hace pensar y muchas veces discrepar entre nosotros en torno al dispositivo para responder adecuadamente al sufrimiento del sujeto, incluso a veces nos hace pensar en nuevos dispositivos que deberían ponerse en marcha. Estamos frente a nuevos modos de pensar la clínica, ya no es la urgencia como fenómeno estudiado en los manuales de

psiquiatría clásica. Hasta se está situando en tanto concepto el malvivir como aquello que el sujeto padece, como una mala manera de vivir en el sentido de provocarse daño, como lo hace con los tóxicos o con el objeto nada en la anorexia, y que llama a todas las disciplinas humanas a ponerse ahí, a mediar entre el sujeto y su dolor.

Uno de los nuevos dispositivos instaurados en el Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo) son las Intervenciones Espontáneas en las fronteras de los tratamientos, ya que existen situaciones de angustia dentro del dispositivo de Internación donde es necesaria una escucha profesional que aloje el malestar. Es allí donde los dispositivos de Guardia e Intervenciones Espontáneas tienen lugar, donde se enlazan interdisciplinariamente con los equipos tratantes.

Retomando la concepción del trauma psíquico, podemos pensar una versión atada a los avatares políticos, sociales o científicos. Ahora tenemos la búsqueda de la definición del trauma o de la urgencia en un plano estrictamente científico y especialmente en el interior de la psiquiatría, que se encuentra entre la descripción científica del mundo con conceptos como el «estrés» y lo que lo excede, que es el sujeto en sociedad. La ciencia en función de los riesgos hace surgir un concepto de «trauma» o de «urgencia» ligado a una programación de cómo comportarse, y en la medida que este discurso emerge, se produce un escándalo alrededor del trauma o de la urgencia en tanto escapan a toda programación de cómo debe ser el sujeto. Es decir, todo lo que no está dentro de un programa deviene trauma. De este modo, se puede pensar que hay una urgencia como acontecimiento que es la que a nosotros nos convoca, y un concepto de «urgencia» ligado al fuera de programa de comportamiento que tuvo vigencia durante años y permitió la judicialización y las internaciones compulsivas.

Entonces el camino se bifurca: por un lado tenemos el contexto social en que se produce la urgencia, y por el otro, la interrogación del concepto de «urgencia». Para nosotros, se trata de responder a una clínica donde las clasificaciones clásicas ya no responden, ni

tampoco el estándar freudiano. Ya no se trata del padre, no se trata de la excepción, ya no tenemos un referente universal. Este régimen entonces nos sitúa sin una seguridad previa, y nos obliga a reforzar el concepto de lo particular del caso en cada consulta.

Jacques Alain Miller plantea que el psicoanálisis —y esto vale para todas las disciplinas de la salud— del siglo XXI debe vivir bajo el régimen de la inconsistencia lógica, lo que no significa que nuestra disciplina sea inconsistente, sino que lo que aparece como caduco es el proyecto freudiano empleado para sostener la práctica analítica.

Esta afirmación corresponde a un nuevo régimen social, a un mundo transformado por la ciencia y la globalización económica, donde el padre moderno es un padre que no puede asegurar la distribución del goce de manera conveniente. Las familias ya no cuentan con el Otro regulador, con el Otro de la ley; la sociedad actual dejó de vivir bajo el mito del padre privador. Dicho de otro modo, esa estructura referencial cedió, lo que implica que ya no hay nada que constituya una barrera, que esté en posición de lo prohibido, que lo prohibido sea difícil. Algo en nuestros tiempos se desarrolla sin encontrar límites, ese algo lo llamamos «consumo», y también hay cierto estado de precariedad del sujeto, que encontramos bajo la forma del miedo permanente.

¿Para qué nos sirve hablar de los nuevos modos de organizaciones sociales? Como decía Lacan, el inconsciente obedece al lazo social, o con igual sentido en una de las conferencias que dictó en Estados Unidos en 1975, planteaba que el inconsciente es Baltimore al amanecer. Así ligaba igualmente el inconsciente a un lugar estructurado e indisociable de una indicación temporal.

Anthony Giddens, acerca del nuevo orden social dominado por la «tecnocultura» o la «tecnoestructura», decía que produce dos efectos: el primero es que vivimos en un mundo, como lo llama él, de «incertidumbre fabricada», que penetra todos los ámbitos de la vida; y el otro, coincidiendo con lo anterior, es que, como consecuencia del fin del orden tradicional patriarcal, se da un fenómeno de expansión, que es que las personas exigen más autonomía que en

ninguna época anterior. Asimismo podemos pensar si estos fenómenos, tanto de la incertidumbre fabricada como la exigencia de mayor autonomía, los podemos ubicar en la clínica.

Guillermo Belaga (2004) se pregunta acerca de cómo estos fenómenos se manifiestan en las consultas cotidianas, cómo subyacen en los nuevos síntomas. Su propuesta es que tenemos «la incertidumbre fabricada», está en el relato de los pedidos de atención ligados a lo contingente, al acontecimiento, a la urgencia. Podemos decir que hay una urgencia subjetiva alejada de la idea del daño, más ligada a este temor a los acontecimientos del sujeto moderno, mientras que en el otro de mayor autonomía podemos encontrar lo que se presenta como «delirio de identidad», expresado en el «yo soy drogadicto», «yo soy anoréxica» y «yo soy normal», etc. De todos modos, estas dos figuras se encuentran en el fin de su recorrido y terminan en el delirio de identidad, que sería «yo sufro ataques de pánico».

¿Qué quiere decir esto? Quiere decir que implica situarse por fuera del Otro, es el yo que se llama a sí mismo, es la ligazón del sujeto a un goce yoico que impide aceptar cualquier lazo al Otro. Lo que como vemos cotidianamente dificulta mucho la clínica es un goce yoico que impide que se produzca un pasaje al Otro. Y eso nos explica el problema para la entrada en tratamiento de estos pacientes que a la vez que demandan, rechazan cualquier intervención del Otro. Y coincide en esto que el sujeto en urgencia tiene necesariamente que pasar por el Otro para resolver su sufrimiento, porque aunque se trate de una incertidumbre artificial de carácter social, el sujeto es quien lo padece.

Retomando: ambas consultas, entonces, se ven forzadas necesariamente a pasar por el Otro en el recorrido de la cura; el objetivo siempre es llegar a su posición de goce, a una nueva identidad ligada a un modo de gozar que esté enlazado a los valores del Otro social.

Cabe preguntarnos a quién le exige todo el mundo resolver este problema social. Se le exige o se culpa a la familia de tomar este relevo imposible, es una exigencia a las funciones familiares que ordenan el campo social. Lo más importante a rescatar es que la

crisis familiar actual no debe buscarse en su interior, sino en la decadencia de las ciudades y de la sociabilidad pública.

Todas estas ideas, consideraciones, conceptos debemos tenerlos en cuenta cuando pensamos el concepto de «urgencia subjetiva» a la hora de la intervención de los agentes de la salud.

La cuestión es que el mundo ha dejado de medirse por el tiempo, por el reloj de la eficacia; el famoso *time is money* de otra época ya no rige el mundo, sino que se abrió paso a una relación en que el mundo es como un programa de computación, por lo cual pasamos de la idea de Freud de neurosis de destino a lo que puede programarse o es programable. Nosotros sabemos que hay algo que es imposible de programar, y es la afirmación de Freud de que la sexualidad es traumática; lo sexual es un trauma, o lo dicho más tarde por Lacan de que no hay relación sexual, es decir, hay relaciones sexuales pero no hay una perfecta, que nos complete, siempre queda una sensación de que algo más podría haber pasado. Por suerte, entonces, no hay programa de computación que programe el encuentro entre los sexos, que se meta en la intimidad del encuentro. Porque somos seres de la palabra, ese real se traduce en un trauma, porque ninguna palabra lo puede cubrir, no se trata de un acontecimiento sino de un hecho de estructura.

Partiendo de ahí podemos pensar dos vertientes del trauma: un trauma como proceso, ligado a ese real sin ley, no programable, y otro como acontecimiento. El trauma como proceso está ligado a la estructura; luego hay un trauma como acontecimiento que podemos decir que es la figura de la contingencia, de la irrupción de algo traumático, como puede ser una muerte o un nacimiento o una ruptura de algún lazo amoroso, etc. Es una irrupción de lo real sobre el mundo simbólico del sujeto hasta ese momento. Algo irrumpe y es lo que se llama usualmente la angustia más generalizada, la angustia traumática.

La urgencia responde, entonces, a estos dos fenómenos: de la estructura, como pueden ser las voces atormentadoras que le hablan al sujeto psicótico, o de acontecimiento, donde algo irrumpe

pero en un mundo simbólico en funcionamiento. Entonces, ¿cuáles serían las condiciones para que se produzca esa urgencia? Porque tenemos que pensar si el sujeto tenía una manera de hacer para enfrentarse a lo traumático como proceso, es decir, como estructura. Si supiera hacer con ese real estructural, no tendría por qué desarmarse en ese real que irrumpe, salvo que sea un hecho de aquellos que no tienen palabra alguna; si pudiera hacer frente por ejemplo a un nacimiento, a la contingencia de un desencuentro, encontraría otra respuesta que no sería la urgencia subjetiva, y por estos recursos no vendría a la consulta. Es decir que esta urgencia por un acontecimiento, antes de que éste se produzca, se sostenía más en la imagen, en lo imaginario que en lo simbólico; imaginario que mediaba hasta el momento satisfactoriamente sobre la disyunción entre el goce (del cuerpo propio) y el Otro; imagen que le permitía funcionar sin sobresaltos, hacer lazo social y no tener urgencia alguna de consultar.

Siguiendo con esta idea de las dos modalidades del trauma vamos a encontrar nuestro lugar, nuestra posición ética y nuestra acción; también podría llamarlo «acto». La cuestión es que en la urgencia, el paciente viene como sujeto expuesto en su singularidad, padeciendo de los dramas universales, y quien lo recibe apuesta al sentido de su padecer a enmarcarse en el lugar del Otro. El solo hecho de recibirlo podemos decir que ya produce una inscripción en el Otro, es la calma que podemos encontrar incluso en el primer encuentro, en la primera entrevista. Ya ese reconocimiento del Otro ubica el padecimiento en un sentido, lo ubica en un lugar, en una historia. No contar con una historia puede ser también una historia. El analista busca el sentido libidinal aunque sea para descifrar la falta de libido en el sujeto que padece por parte del Otro. Esta maniobra apunta a que el sujeto se reintegre a sus lazos sociales o intente construirlos si no los posee.

Ahora, ¿qué sería para nosotros cuidar, preservar la particularidad de este encuentro? Preservar es en primera instancia dar lugar al que está sufriendo, lo que implica no ser autoritario, ni implementar

técnicas sugestivas, ni dar consejos imperativos, comunes a otras terapéuticas. No negamos un sostén en los medicamentos, pero el horizonte no debe ser la esclavitud a los fármacos, no se trata de cambiar un padecer por un anestesiar farmacológico.

Entonces, retomando lo anteriormente expuesto, estaría claro el primer paso, que es el darle un sentido a la urgencia, alojar y otorgar un sentido al sufrimiento que no lo tiene, para lograr instalar ese trauma en un dispositivo.

Éste sería un primer paso que es fructífero en nuestra práctica cotidiana del hospital, pero no podemos decir lo mismo con el segundo paso, que es contemplar la otra vertiente del trauma como real. Es en esta perspectiva donde debemos conducir al sujeto a inventar otro modo de relación con lo que ha experimentado en su vida, que no sea la vía de solución el vestir el trauma con más padecimiento. El accidente o catástrofe que haya atravesado su vida implica para nosotros ayudarlo a apostar a una reinención de Otro que ha caído, que ha sido perdido. Cuando el sujeto consulta, viene a volver a identificarse, a volver a restituir la combinatoria que le funcionaba, donde evidentemente hay un antes y un después. Hay que decirle que aquí comienza otra historia y ayudarlo a reconstruir su historia para que invente un camino nuevo causado por el trauma sufrido. En este recorrido es necesario un accionar con prudencia, ya que hay que saber medir hasta dónde el sujeto puede soportar el trabajo en estas dos vertientes del trauma.

Nuestra idea también apunta a pensar qué hospital necesitamos crear, inventar, producir juntos. La urgencia subjetiva actual nos ha llevado a reconsiderar las categorías clínicas, como así también los dispositivos. Así como vivimos en una sociedad fragmentada por el capitalismo actual globalizante, no podemos pensar en eso que quieren hacernos creer que somos, es decir, *la institución* que se dedica a las adicciones, la institución, por ejemplo, para el sujeto abandonado será la calle, en la cual la banda de la calle es su ley. Las instituciones de algún modo suplantán el lugar de la familia y un aspecto de sus funciones. Nuestra institución debe partir de la idea de que

no somos el gran Otro de las adicciones, que no tenemos una verdad única que dice sí o no, sino más bien que nuestra práctica es también con falla. No se trata de un accionar vago o nebuloso, sino que apostamos a que la incertidumbre nos permita llegar a la mejor solución para el sujeto.

Las instituciones especialmente de adicciones se caracterizan por sus reglas sólidas, van a lo seguro, a las identificaciones consistentes, y por lo mismo no toleran problemas o soluciones que se aparten de su modelo estándar. Por eso nuestro saber hacer con la urgencia parte de nuestra experiencia hospitalaria, que no se aparta de la formación epistémica ni de la experiencia personal de cómo cada uno ha transformado o intenta transformar su vida y, por qué no, su sociedad. Por eso tenemos que hacer de este hospital de salud mental una comunidad, no sólo por sus reglas, que por supuesto son necesarias, sino también por una práctica común. Es necesario que encontremos una lengua común en la que llevar adelante la práctica, una comunidad de vida que podamos pensar como una comunidad que practica una clínica del padecimiento que otorgue un lugar, una particularidad a la invención que pueda hacer cada sujeto con su padecer. Lo que no podemos dejar de tener en cuenta es la clínica que nos convoca y la sociedad en la que vivimos, y la sociedad en la que vivieron los pacientes que nos llegan.

Eric Laurent en su artículo «Hijos del trauma» (2012) dice que nuestras sociedades se dirigen cada vez más a la ciencia como nueva religión, y la religión científica busca remedios para lo que podemos llamar «la nueva inseguridad social». Tenemos que tener en cuenta que la ciencia hace una descripción programada de cada uno de nosotros, desde la programación genética hasta la programación del entorno, pasando por el cálculo cada vez más preciso de los riesgos posibles; entonces intenta hacer existir una causalidad programada, y el problema con el trauma escapa a toda programación. Por eso el estrés postraumático nació para también encasillar a las causas no programables, y no nos referimos sólo a las reales, sino a aquellas que surgen fuera del casillero de causas y consecuencias. Otra manera

de decirlo es que, para la ciencia actual, todo lo que no es programable deviene trauma.

Trauma desde Freud y más allá

Freud abandonó la teoría del trauma cuando, en una carta a Fliess, exclamó: «Mis histéricas me han engañado». Es decir, pasó de una teoría del trauma que daría cuenta del malestar en la sexualidad del sujeto a buscar las causas científicas, estructurales de éste. Después de Freud, los psicoanalistas abandonaron el recurso al trauma para reencontrarlo veinte años más tarde. Tomemos como ejemplo de aquello que resiste a la teoría del principio del placer el síndrome traumático de guerra: este síndrome está caracterizado por un núcleo constante, según el cual, durante largos periodos, se dan sueños repetitivos que reproducen la escena. Finalmente, lo que cambió la concepción del trauma en la psiquiatría militar fue la guerra de Vietnam. En la forma las tropas americanas, bien provistas de mandos de psiquiatras, aprovechan las enseñanzas de las dos Guerras Mundiales: se mantiene a los soldados en relación constante con su familia, sus camaradas y su modo habitual de diversión, y esto gracias a los poderes de los medios de comunicación, como nos muestra el film de Ford Coppola *Apocalypse Now*. El trauma pasa a ser un fenómeno clínico que puede estar ligado a las catástrofes individuales o colectivas de la vida social. Hay un segundo gran campo de reelección, más secreto, pero que constituye acaso el corazón de nuestra reflexión sobre el trauma, o al menos de la versión del siglo XX, que son los campos de concentración, el síndrome de culpabilidad del sobreviviente que deviene en trastornos somáticos, ansiedad, depresión.

El tercer factor es más cotidiano y está atado a las grandes ciudades y a la democratización del automóvil. Éstas permiten un espacio nuevo y engendran un efecto de irrealidad. Walter Benjamin señalaba lo que él llamaba el mundo de la alegoría propio de la gran

ciudad, donde el reino de la publicidad sumerge al sujeto a una presencia artificial, acentúa el carácter de irrealidad, ese sentimiento de virtualidad. Pero al mismo tiempo, las grandes ciudades que promueven este artefacto son el lugar de la violencia, la agresión sexual, el terrorismo, etc.

Una propuesta, confluir con los actores del drama social...

Para concluir, nuestra propuesta es no ceder a los modelos clasificatorios, sino considerar que siempre se trata de un sujeto, de su inconsciente y de lo que para él quieren decir las palabras del Otro y las suyas. Por eso no consideramos inscribir a los sujetos traumatizados en grandes categorías, sino intentar encontrar con ellos su particularidad, porque no se puede volver a aprehender al Otro sino encontrándose como sujeto, a partir de su particularidad. La propuesta se basa en confluir con los actores del drama social, los psiquiatras, los trabajadores sociales, los responsables políticos, los practicantes de otras terapéuticas para reflexionar acerca de la interdisciplina y de qué hospital queremos.

Bibliografía

- Belaga, G. (2004). «La urgencia generalizada. La práctica en el hospital». En *La urgencia generalizada*. Buenos Aires: Grama.
- Freud, S. (2008). *Cartas a Wilhelm Fliess (1887-1904)*. Buenos Aires/ Madrid: Amorrortu.
- Laurent, E. (2011). «El objeto droga en la civilización». En *Pharmakon. Publicación de Grupos e Instituciones de Toxicomanía y Alcoholismo del Campo Freudiano*, vol. 12. Buenos Aires: Grama.

«Arte-sanal». Puntualizaciones sobre la primera escucha

Claudia Cartier y Nicolás Oviedo

Qué es la primera escucha

Este trabajo abordará la experiencia de trabajar en la clínica con pacientes que consumen sustancias; aquellos que atendemos diariamente en el Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo), en el dispositivo de ADE (Atención a la Demanda Espontánea), y que no sólo nos enfrentan con dudas e incertidumbres acerca de cómo intervenir en esta primera escucha, o acerca de la dirección de la cura posible, sino también con la necesidad de investigar, consultar y compartir la tarea con otros.

Lo que nos motivó a pensar este ensayo fue encontrarnos en la clínica con sujetos centrados exclusivamente en la sustancia de consumo, en depositar en ella la causa de dicho consumo; situación que llevó a plantearnos ciertas intervenciones para correr al sujeto de allí, y de este modo permitir que surja un sujeto, una demanda. Se trata de intervenciones particulares –ya que la primera escucha es un momento particular, entre la urgencia, la necesidad de dar respuesta, de alojar, de no generar transferencia en sentido estricto–, que tienen que ver con cada sujeto, creativas, sorprendentes.

«El cuerpo me pide», «Voy a la esquina y me junto con los pibes», «Venía limpio y recaí», «Me quiero internar, pero esta vez es por mí» son las frases que más se escuchan entre quienes consultan. Se escucha sufrimiento. Se escucha repetición. Pero no se escucha sujeto. Trabajamos con la hipótesis de que hay un sujeto allí.

¿Son semblantes? Creemos que es útil pensarlos como tales. Siguiendo a Miller (1993), la noción de «semblante» sirve para emplear lo simbólico y lo imaginario conjuntamente, en oposición a lo real y no en oposición al ser. Así, se trataría de semblantes masculinos, como aquellos semblantes culturales tan «necesarios» y «esenciales». Semblantes que, según Freud (1998), representan la civilización, los productos de la civilización, incluidos los intereses libidinales producto de la sublimación cultural.

Con este horizonte, intervenimos, creamos, probamos, escuchamos, alojamos, haciendo de esta primera escucha un escenario nuevo cada vez, intentando no caer en la rutinaria y administrativa admisión. Se trata de abrir un espacio a la palabra, al significante, al inconciente, a lo real, partiendo del deseo del analista. Estando disponibles para ello, con el cuerpo, sosteniendo este espacio no sólo desde el saber del psicoanálisis, sino apostando a ese saber no sabido de ese otro, dispuesto a aflorar mediante ciertas intervenciones. Como premisa, habilitarse a crear, sabiendo que no va a poder ser siempre tal escenario, pero teniéndolo en cuenta, nos acercamos en tanto escenario posible.

Intervenciones. Lo artesanal

¿Si no va sin freno no anda bien?

Paciente de 33 años, quien se encuentra realizando tratamiento psicológico en el Centro Carlos Gardel de Asistencia en Adicciones. Refiere querer internarse y se muestra notablemente rígido en cuanto a aceptar cualquier otro tipo de modalidad de tratamiento. Relata antecedentes de consumo problemático de cocaína. Puntualiza que hace dos semanas su consumo se intensificó: «Me tomé el auto, me quiero internar, nunca había llegado a esto», dice. Asimismo, en ese momento lo echaron del trabajo y abandonó los estudios, para lo cual ubica como causa el aumento del consumo. Refiere además que

vive en la casa de su madre, quien está viviendo en el Sur. En el día de esta entrevista regresaba a esa casa su padrastro.

Se vislumbra aquí una conflictiva reducible a algo que habría ocurrido hace unas dos semanas, momento en que el paciente habría perdido ciertos lazos. También se desprende algo en cuanto a su relación con su madre y su padrastro. Se escuchaba una cierta necesidad de escape. No podíamos puntualizar de qué, pero trabajamos con esta hipótesis como guía. La intervención fue plantear una pausa, un paréntesis, un momento para comprender. Así, lo citamos para una segunda entrevista dentro de una semana, e instauramos un plan de medicación que facilite poder sostener la pausa propuesta.

Finalmente esta pausa tuvo el efecto de un periodo para comprender. El paciente ya no demanda la internación y consiguió turno con un psiquiatra en el dispositivo donde realizaba tratamiento. Pudo generar entrevistas laborales y decidir retomar los estudios. «No sé qué pasó, pero me siento mejor, estoy haciendo cosas, no me quiero internar».

Nadie se atreva a tocar a mi vieja

Paciente de 35 años que vive con sus padres. Consume cocaína y paco desde los 18. En los últimos años la familia adaptó la casa para que en ella esté la fábrica y sección comercial de la empresa familiar, con el fin de que el paciente pudiera permanecer, ya sea trabajando o consumiendo, «cuidado por sus padres», en su casa. La madre le administraba la medicación cuando él regresaba intoxicado.

En su discurso se escucha un goce en relación con el consumo y con las vivencias marginales que le suceden en la villa, en donde él se presenta como «un capanga». Ubica, sin embargo, haberse quedado detenido en la adolescencia, a diferencia de sus amigos, quienes terminaron su carrera y están trabajando. «Yo por la droga no puedo tener pareja, no puedo trabajar». Se compara con su hermano, abogado, quien tiene su propia casa, su auto y su familia.

Si bien fue traído por su madre despotricando por ello, él se acercaba a la institución y había algún tipo de demanda. Se quejaba en relación con aquélla, ya que irrumpía en el cuarto del paciente y le exigía cierto orden.

Se interviene sobre la relación del paciente con su madre, de donde se desprende que no puede pensarse viviendo sin ella. Se angustia. Se le propone trabajar sobre esto en su tratamiento en el dispositivo de Internación.

Se intenta aquí deconsistir el goce implícito en sus hazañas en relación con el consumo, correrlo de este eje, adentrándonos en la historia del sujeto a partir de ciertos dichos suyos, proponiendo trabajar sobre la relación con su madre.

Venía rápido y se le soltó el patín

Paciente de 26 años con un historial amplio de internaciones por consumo problemático de sustancias. En la actualidad consume diariamente paco y se encuentra en situación de calle hace unos días, tras haberse peleado con su familia por conflictivas en relación con el consumo. Llega con la demanda de querer internarse en la institución, con urgencia. Se escucha que la demanda pasa por tener un lugar en donde dormir, sin ubicar nada en relación con la causa de su consumo y de su padecer. Por esto, intervenimos creando una pausa, intentando que algo de lo que se puntualizó en la entrevista pudiera hacer marca.

En la segunda entrevista, el paciente se presenta con la misma demanda, la de internarse en la institución, sin haber pensado en nada de lo que se había trabajado. Se le propone la posibilidad de comenzar un tratamiento ambulatorio con la idea de implicar al paciente en éste. Se le marca que lo que tiene que hacer es venir, que no esperamos que deje de consumir de un día para otro y que eso no es un impedimento para realizar un tratamiento. Ante esta propuesta, un tanto irritado y de manera impulsiva dice: «Por culpa de ustedes perdí todo, la pipa, la virulana, yo me venía a internar». Ante

este escenario, le decimos que a nosotros nos parece mejor que in-
tente con un tratamiento ambulatorio, que no es por capricho que
se lo indicamos, pero que si él prefiere, podemos tramitarle una
internación en una comunidad terapéutica. Tras esta intervención,
se observa un efecto apaciguador en el sujeto, y acepta el tratamiento
bajo la modalidad ambulatoria.

Así, la intervención apuntó a no tomar como referencia el eje a-a'
(eje imaginario). Sino que leyéndolo *a posteriori*, habría tenido lugar
una posición del analista que Lacan llama «vacilación calculada de
la neutralidad». Es hacer gala de su no saber, para dar lugar al deseo
del paciente.

Si no hay deseo, que no haya nada entonces.

Habilitarse a crear

Sujetos que sufren, casi sujetos, sujetos a surgir. Demandas urgentes,
casi demandas, hacia la demanda de tratamiento, hacia una pregunta.
Se escucha la inmediatez, la incapacidad de soportar la espera, cier-
tos pedidos a ser satisfechos en el acto. Posiciones infantiles, estrago,
castración y terceridad desfallecientes. Posiciones que se repiten
sistemáticamente en toda relación del paciente con otros, incluida
la sustancia.

Habilitar la escucha para poder entender la posición del sujeto,
para luego comenzar a intervenir sobre ella, nos parece de impor-
tancia capital, desde la primera escucha y durante todo el tratamiento.

Para esto es que en tanto analistas, abrimos el campo de la palabra,
y hacemos semblante, semblante de saber de la experiencia analítica.
De este modo, surge siempre un efecto de significado. Un ejemplo
lo da el segundo caso presentado, donde debajo del texto que trae el
paciente, se lee la imposibilidad de separarse de su madre. El anali-
zante está seguro de que no es por azar que dice tales palabras, y el
analista está seguro de lo mismo. Así, el sujeto supuesto saber es un
semblante. Semblante de saber sobre el inconsciente, que implica un

no saber, un no todo. Si como analistas no nos remitimos a ese agujero de no saber, no podemos causar en el sujeto el deseo de saber.

Lacan pone el acento en el deseo del analista, lo que implica «una sumisión completa a las posiciones propiamente subjetivas del enfermo» (Lacan, 1966). Apunta a crear las condiciones internas que den lugar a un cambio en la posición del sujeto, como consecuencia, no como fin. El deseo del analista no educa, no obliga. Por eso Lacan insistió en que la cura se produce por añadidura; lleva al paciente a su fantasma original, eso no es enseñarle nada, es aprender de él cómo hacerlo.

En algunos casos apunta a aflojar las identificaciones; en otros, a dialectizar; en otros, instala puntos de detención, interroga, afirma. Se vale de distintos recursos. Hasta puede emplear la sugestión. Es por el lugar al que el analista está llamado a encarnar que sus intervenciones valen.

En esta primera escucha, pensamos que de nada sirve sostener posiciones de saber, de un ideal de sujeto, alejado del consumo como premisa; de nada sirve dar directivas en relación con lo debería hacer o dejar de hacer, dispersarse en temas banales que no hacen a la singularidad del sujeto y que él mismo no trae como relevantes a la consulta. Tampoco sirve sumirse en un cuestionario automático y burocrático que no apunta al uno por uno.

Este escenario a inventar, entre quien consulta y los analistas, comienza a crearse desde el momento del saludo en la sala de espera. Desde ese instante, sin saber cómo, apelamos a un chiste o a un semblante de seriedad, a un apretón de manos, a una pregunta, entre otros. Se trata de crear un lazo, aunque no sea transferencia propiamente dicha. Se trata de habilitar el cuerpo, de habitar el espacio, de escuchar a ese sujeto.

Todo esto es posible desde un trabajo interdisciplinar que permita ciertas posiciones del equipo que entrevista en tanto analistas, en sintonía, con un mismo horizonte. Según nuestro decir, «en transferencia mutua», que dará lugar, aunque no siempre, a la división subjetiva del paciente.

El psicoanálisis, el deseo del analista, la transferencia mutua, poner el cuerpo, escuchar, alojar. Habilitarnos a tomar del bagaje que tenemos, intervenciones creativas, únicas..., arte-sanales.

Bibliografía

- Freud, S. (1998). «El malestar en la cultura». En *Obras Completas*, tomo XXI. Buenos Aires: Amorrortu.
- Lacan, J. (1961). *El Seminario 8. La transferencia*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1992). *El Seminario 17. El reverso del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1996). «Una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de las psicosis». En *Escritos II*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Lacan, J. (2006). *El Seminario 10. La angustia*. Buenos Aires: Paidós.
- Miller, J.-A. (1993). *De mujeres y semblantes*. Buenos Aires: Paidós.
- 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.

De alojar lo urgente se trata

Maria Laura Mamani

«Así como el bramido del mar precede de lejos a la tempestad, así esta tempestuosa revolución se anuncia por el murmullo de las pasiones nacientes».

J. J. ROUSSEAU, *Emilio*

Introducción

El siguiente trabajo se contextualizará dentro del dispositivo denominado Consultorio de Adolescencia, correspondiente al Centro Integral Comunitario (CIC) «Canal de Beagle», de la ciudad de Palpalá, departamento ubicado a unos 12 km de distancia de la ciudad de San Salvador de Jujuy.

Éste se encuentra conformado por un equipo interdisciplinario en el que se encuentran: pediatras, trabajadora social, nutricionista y personal administrativo, e inicia sus actividades desde septiembre del año 2012. Su modalidad de atención son las entrevistas de admisión que se realizan en forma interdisciplinaria, instancia que se considera fundamental, la cual se entiende como un primer momento de la consulta, encuentro, acercamiento a un lugar que ofrece un espacio para la palabra del púber y/o familiares que consultan, lo que permite orientar y diseñar el abordaje a seguir.

El interés es reflexionar sobre el desafío constante en las prácticas, maniobrar y alojar aquello que urge en la clínica con púberes.

Este trabajo se ocupará de plantear cómo lo urgente, lo que urge, la urgencia aparece en la práctica con púberes y cuáles son los modos

posibles de alojarlo desde una práctica que tenga como orientación el psicoanálisis.

Desarrollo de lo urgente

Del rastreo de lo «urgente»: el diccionario dirá que es una palabra que proviene del latín *urgens*, «que no sufre retraso», *urgere*, «empujar», «apurar», está en la palabra «urgencia» ya la noción de que hay que obrar rápido. Miller señala que «hay algo que empuja [...] como urgencia de satisfacción. Lo que urge, lo que empuja de la pulsión por satisfacerse» (Miller, 2012, pp. 129-130).

De la urgencia subjetiva, Ricardo Seldes la referirá como una noción ligada al psicoanálisis que hace a una cuestión de la práctica psicoanalítica, «de lo que se trata es de la dimensión de lo real en juego» (Seldes, p. 34). Aquello que no anda, lo que el discurso no logra constreñir.

Podríamos pensar en aquellos momentos de crisis en la vida de un sujeto, cuando el discurso no le alcanza, sin palabras, sin imágenes, o cuando queda encerrado en el mayor mutismo, es impulsado a realizar actos desesperados o es presa de la más cruel angustia, sean, por ejemplo, el *acting out* o el pasaje al acto; respuestas motrices y silenciosas frente a la angustia, formas extremas o modos drásticos a los que se recurre para verse aliviado de los efectos mortificantes del significante.

Se tratará de darles un marco a estos fenómenos, a fin de que posibiliten su apuesta en la palabra, transformarlo en discurso y que logre realizar una demanda. De propiciar un espacio libidinal, alojar al que sufre en su urgencia, que tenga a quien dirigirla, en tanto el lenguaje del inconsciente se ordena en discurso por el discurso analítico.

Belaga subrayará que la urgencia debe ser concebida como del orden del acto. Frente a lo cual se requiere diseñar estrategias en el dispositivo que se ofrezcan como marco para aquello que empuja,

y poder responder a la altura del actual sufrimiento subjetivo (Belaga, 2004, pp. 11-14).

De la intervención

El tratamiento analítico con adolescentes podría pensarse como la clínica de la urgencia subjetiva en general, en tanto en la adolescencia se pone en juego una manera de vivir la pulsión.

De las consultas de hoy escuchamos que surgen distintos usos del cuerpo, que evidencian ya un tratamiento de la urgencia. Se presentan como sujetos inmovilizados y deprimidos, con cuerpos anoréxicos, cortados, golpeados, anestesiados por la tecnología, el tóxico o la adrenalina de los *acting outs* o el denominado *bullying*.

Usos del cuerpo en actos y acciones descoordinados del saber inconsciente, arreglos que algunas veces se sostienen durante cierto tiempo, en forma solitaria, con el grupo de pares, o en conexión por Internet (López, 2014).

Presentaré un recorte de una intervención clínica realizada frente a una urgencia subjetiva y la maniobra realizada.

Se trata de la joven B., de 13 años, perteneciente a una familia con dificultades en sus lazos intersubjetivos, con tensión en relación con la madre; la joven es derivada por una orden judicial, «abuso sexual intrafamiliar», a realizar tratamiento.

No expondré los detalles del caso sino los movimientos e intervenciones que se llevaron adelante frente a la escucha de lo urgente en tanto apremiantes.

Del primer encuentro con la joven, ésta se pronunció con respuestas que giraban entre evasivas y desafiantes. Por ejemplo: «Nadie puede ayudarme», «No quiero venir aquí». Le explico que se le ofrecía este espacio donde sería escuchada, para cuando decidiera ella hablar.

Pasaron unas semanas y nuevamente regresó la joven, en esta oportunidad en compañía de su madre, con evidente ira y con in-

tención de desplegarla en este espacio estallando en gritos y acusaciones diversas para con ella.

Al parecer, B. pudo inferir algo de ese primer ofrecimiento, entendiéndolo como un espacio de escucha, al querer hacerse escuchar por esta madre que se esfuerza por mostrarse distante de las quejas y el malestar de su hija. No sólo la joven usó el grito a modo de llamado, sino que la oferta de un espacio distinto de algún modo le resonó.

Se puntuó que se la estaba escuchando. Se decidió continuar con la apuesta inicial de alojar, y, al despedirla, de forma contundente le expresé: «Te espero».

Esta intervención provocó a la siguiente semana la presencia de la joven, quien se dispondría a desplegar en un orden simbólico algo de aquello que la había empujado desde los 11 años a realizarse «cortes» en el brazo. Cortes: aquí la operación analítica consiste en insertar estas emergencias en una articulación y en hacer un discurso con ellas por medio de la asociación libre, donde se le presta atención a un significante inicial. La interpretación va a ese lugar, se despliega a partir de un sueño, de un acto fallido, un lapsus, una palabra o un pensamiento que retiene su atención y al que da valor de verdad (Miller, 2014, pp. 130-132).

Al transcurrir un par de meses ya dentro del dispositivo, la tensión agresiva con su madre se fue acrecentando; B. señaló que su madre se mostraba hostil y su agresión se traducía en una serie de restricciones y castigos que le imponía, como, por ejemplo, el encierro, prohibirle salir del cuarto, no tener acceso a Internet, no poder salir con las amigas, situación que B. expresó como «no soportar», «no aguantar». Ese «no aguantar» fue la orientación para diseñar una intervención, en una joven en estado de urgencia.

Se decide convocar a la madre para poder intervenir frente a esta hostilidad denunciada por B., con la estrategia terapéutica de promover un cierto marco de circulación de la palabra. Se decide realizarlo en forma conjunta con la trabajadora social para evaluar la situación y las estrategias que se llevarían adelante.

Lo que resultó de la entrevista con la madre fue que ésta confirmara de forma contundente dicha situación, dado que manifestó no soportar a B., no saber cómo hacer y solicitar querer enviarla a algún lugar para no tenerla en casa. Como, por ejemplo, internarla o enviarla al juzgado.

Las maniobras que se realizaron en ese momento estuvieron enfocadas en mantener a propiciar calma y paliar el nivel de tensión imaginaria entre ellas.

Se intentó contener este malestar de la madre, indagando sobre la familia ampliada (madrinas, vecinas, amigas, tías con las que B. pudiera pasar una temporada) con el fin de ofrecerle a B. otro lugar posible a fin de poder moderar la situación de tensión. De lo que no se obtuvo una respuesta posible, ya que la madre expresó no haber lugar alguno para dicha situación, ya que B. contaba con el rechazo de sus familiares y algunos vecinos debido a la situación de la denuncia realizada sobre el abuso intrafamiliar.

Dirá Miller que un estado de desprotección deja al sujeto a merced de su mundo pulsional (Miller, 2014, pp. 130-131). Fundamento que sirvió para maniobrar en forma conjunta con la trabajadora social en la elaboración de un acta-acuerdo para dejar sentada la responsabilidad de la madre por el cuidado de la joven y el comprometerse a sostener el tratamiento de ésta.

La apuesta en función de otorgar como lugar posible para B., luego de la negativa expresada por la madre, otro ámbito fuera del familiar y para mediar la tensión existente, fue que ese lugar fuera el espacio terapéutico, pensándolo como para que funcione de coto a la situación de agresión confirmada.

Por otro lado, de forma coincidente se daba la situación de que me encontraba a unos días de ausentarme de la provincia por razones de la solicitud de licencia anual.

Y a razón del trabajo que se venía realizando con B. es que se consideró la necesidad de garantizarle la continuidad del espacio simbólico, las sesiones. Se realizó la derivación con una colega del hospital, y se le explicó luego a la joven la estrategia que se imple-

mentaría, acentuando como marco regulatorio el acta-acuerdo firmada por su madre, en la que se asentaba el compromiso de la madre de llevarla al hospital y de la joven de asistir a las sesiones por el plazo de unas semanas, para luego regresar a su tratamiento. Propuesta que fue aceptada de buena forma por B.

Lo que resultó efectivo, ya que asistió de forma regular por el tiempo estipulado, y regresó luego a su tratamiento, en el que se encuentra actualmente.

Del cierre

Lo que me interesaba en este trabajo era presentar el desafío en el que nos encontramos acerca de cuándo y de qué modo tratar la urgencia que nos interpela. Cómo generar respuestas que conllevan de una intervención de la que sabremos en un segundo momento, si fueron efectivas o no. Podría decir que se trató de una maniobra que permitió darle un marco para que se regularan las tensiones, como el haberle asegurado un lugar y responsabilizado a su madre de alguna manera a bajar el nivel de tensión, oficiando el acta-acuerdo como instrumento en dicha situación.

En cuanto a la dirección de la cura de la paciente podría decir que se encuentra en una apertura del sujeto del inconsciente vía la palabra, ya que B. se dispone frente al acto (cortes) tomar la palabra y desplegar su fantasmática de rechazo.

Bibliografía

- Belaga, G. *et al.* (2004). «La urgencia generalizada, la práctica en el hospital». En *La urgencia generalizada*. Buenos Aires: Grama Ediciones.
- López, G. (2014). «Lo que quema del cuerpo en la adolescencia». *Virtualia, revista digital de la EOL*.

- Miller, J.-A. (2012). *Sutilezas analíticas*. Buenos Aires: Paidós.
- Seldes, R. *et al.* (2004). «La urgencia subjetiva, un nuevo tiempo». En *La urgencia generalizada*. Buenos Aires: Grama Ediciones.

Reflexiones acerca del trabajo interdisciplinario en urgencia

Natalia Campos, Graciela Cragolini de Casado, Rubén Ghía,
Ruth Leegstra y Silvia Rodríguez

Introducción

En el quehacer institucional son recurrentes las presentaciones donde lo urgente, lo perentorio, se hace presente al modo de algo que irrumpe y convoca a la inmediatez de una respuesta. Ante estas presentaciones, los equipos interdisciplinarios orientan sus acciones a partir de los marcos legales y protocolos que sirven como referencia a sus intervenciones.

Se trata de propuestas que tienen en cuenta la particularidad de cada caso, y que requieren de la constitución de un tiempo de espera y un espacio para comprender lo que acontece, y de flexibilidad para la adecuación de los dispositivos y las articulaciones interdisciplinarias e interinstitucionales. Carballeda analiza la actual complejidad de la cuestión social, y explica que surgen problemáticas que exceden la especificidad de las instituciones, así se suscitan situaciones que requieren de respuesta y trascienden la esfera del campo de la salud (Carballeda, 2008).

Dada la complejidad mencionada, surgen interrogantes que cuestionan saberes previos y en donde el encuentro productivo con lo que hace de obstáculo, con la falta, convoca a la interrogación, también a la invención.

En el caso particular de las urgencias, ante el desamparo del sujeto y el consecuente riesgo del *acting out* o del pasaje al acto, las intervenciones propician que algo de éstas comience a ser subjetivado,

que se articule discursivamente, con el fin de promover el sostenimiento transferencial y el despliegue de alguna demanda.

Las acciones se orientan a evitar el desenganche del Otro, anticipándose al riesgo de una caída de la escena, al corte, a la ruptura a la que se precipita el sujeto en estas circunstancias, que lo deja en posición objetalizada.

Presentación del caso clínico

R. tiene 29 años, es argentina, y llega al Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo) luego de estar internada dos meses en un hospital público especializado en enfermedades infecciosas por presentar tuberculosis, con antecedentes de múltiples abandonos de tratamiento y consumo problemático de pasta base de cocaína. Tiene dos hijos varones: F., de 6 años, y N., de 1 año y medio. El mayor quedó al cuidado de su cuñado y una niñera. El pequeño fue internado en el Hospital Garrahan por trastornos deglutorios, tras ser hospitalizado. La Defensoría Zonal interviniente toma una medida de protección incorporándolo a un hogar.

R. llega a la institución acompañada por la médica neumóloga tratante demandando una internación, sostenida en el propósito de recuperar el vínculo con sus hijos. Esta cuestión atraviesa además a modo de repetición, toda su historia vital, en la que hubo abandonos tempranos, reiteradas pérdidas e intentos fallidos para poder sostener a su familia primaria unida.

Los pedidos iniciales que R. despliega giran en torno a lo mencionado, y se evidencian en su relato cuestiones relacionadas con frustraciones recurrentes, situaciones traumáticas, duelos no elaborados. La dirección del tratamiento se orientó desde un principio a que R. comenzase a desplegar en los diferentes espacios aquello que la convocó a concurrir a la institución, por medio de la realización de intervenciones interdisciplinarias y el armado de articulaciones interinstitucionales.

Desde el Servicio Jurídico Asistencial y desde trabajo social se propiciaron encuentros con otras instancias para coordinar acciones que favorecieran y acompañaran el fortalecimiento de los vínculos de R. con sus hijos. A tal efecto, se tomó contacto con la Defensoría Zonal que venía actuando con respecto a la situación de N., su hijo menor. Esto se decidió luego de una conversación con la paciente, para quien no quedaba en claro qué posibilidad tenía de visitarlo en el hogar en el que estaba alojado.

Se construyó así un canal de comunicación entre ésta y la defensoría, se propició un encuentro en el hospital con los equipos de ambas instituciones, con miras a ser tenido en cuenta como un interlocutor válido y participativo en la construcción con R. de una estrategia que le permitiera reunirse con sus hijos e instalarse junto a ellos.

El hospital también fue convocado por el juzgado interviniente en el control de legalidad de una medida adoptada por el consejo, y acompañó a R. a una audiencia en la que se le informaría la resolución adoptada, poniendo a resguardo su derecho de defensa. Se realizó esta intervención, considerando la gravitación que podría infligir en su salud la adopción de una medida que desconociera el tratamiento que estaba llevando adelante.

La Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes n.º 26.061 y la Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657 constituyen parte del plexo normativo que consagra derechos de protección hacia las personas en el marco del fortalecimiento de los derechos humanos, en este caso son normas que regulan la protección a la niñez y la protección a la salud mental. Ambos ordenamientos se asientan sobre la ampliación y protección de derechos. La armonía de estos dos preceptos no debería constituir un desafío para el equipo interviniente, sin embargo éste se presenta cuando se trata de personas cuyos hijos se encuentran en hogares con la intervención y control de defensorías zonales y juzgados del fuero civil.

La Ley n.º 26.061 consagra ya en el artículo 1º como principio rector el del interés superior del niño; en esa línea la decisión que se

adopte requiere de tiempos en los cuales no siempre existe un punto de acuerdo entre las posibilidades del paciente, y los tiempos que requiere para instalarse en un tratamiento, o para estabilizar la situación que impulsó la toma de la medida de protección a favor del niño. El equipo interdisciplinario fue canal de comunicación interinstitucional, para impedir que queden excluidos elementos de análisis capaces de incidir sobre la continuidad o no de medidas de protección adoptadas, las que a su vez también incidirán en la salud de R.

No obstante el esfuerzo institucional, sostenido en la orientación del tratamiento mencionada, desde dicha institución se resuelve tomar una medida de protección sobre F, el niño mayor, quien se encontraba al cuidado de un familiar, que según consideraba el equipo de la Defensoría Zonal, no se hallaba en condiciones de cuidado y protección, situación que se agravaba al encontrarse su madre internada. Una vez tomada dicha resolución, la informan al equipo del hospital.

El equipo consideró que la «medida de protección» tomada desde la defensoría sería visualizada por R. como un castigo, no como medida de cuidado, dada su historia de vida, atravesada por el abandono temprano, su niñez sin referentes estables, sus esfuerzos por mantener a sus hermanos unidos y evitar las intervenciones de instituciones de protección de la niñez.

Dado que días previos a esta decisión R. había planteado al equipo que, ante la posibilidad de que «le saquen a su hijo», ella se iba a suicidar, se puso en evidencia que se configuraba el escenario para un posible pasaje al acto de la paciente. Ante estas circunstancias, los profesionales conjuntamente con la coordinación deciden elaborar alternativas posibles de intervención frente a la inminencia de la situación mencionada.

En principio, se convocó a la defensoría a los efectos de que desde dicha institución comunicasen a R. lo resuelto, y se acordó un encuentro en el hospital con los profesionales de su equipo presentes. Dicha estrategia tenía como objetivo preservar el vínculo

de la paciente con el equipo tratante, a modo de sostén y acompañamiento.

Se elaboró, previamente a la entrevista, un entramado que previera la necesidad de contención ante una probable actuación consecuente a la comunicación de lo decidido. En primer lugar se resolvió que su psiquiatra y el enfermero permanecerían cercanos al ámbito en el que ésta se realizaría.

Cuando en el contexto de la reunión, la trabajadora social de la defensoría comunicó a R. lo resuelto, su respuesta fue de un gran enojo hacia ella y también hacia el cuñado que se encontraba al cuidado del niño, quien había aceptado que el personal del juzgado trasladase a su hijo al hogar.

En estas circunstancias, sumida en un estado en donde el afecto predominante era la angustia, la joven comenzó a mencionar que «se quería matar», pero que «antes iba a matar a su cuñado». Intempestivamente, R. se levantó intentando retirarse del consultorio. Fue en ese momento que un psicólogo del equipo se acercó a R. y la abrazó, intervención que se orientó en diversos sentidos: acercamiento, contención, protección, afecto. A diferencia de otras oportunidades en que R. rechazaba el contacto corporal, esta vez no se opuso a esta intervención. Seguía llorando y manifestando que quería morirse, pero aceptó sentarse sostenida y contenida aún por la cercanía del profesional.

En este contexto inicial, su terapeuta comenzó a hablarle, procurando armar algún entramado que permitiese incluir a la joven en un lazo discursivo, sosteniéndola y sosteniéndose además en el vínculo transferencial, intentando anudar nuevamente algo de esa trama que sostenía a la paciente.

Las intervenciones fueron en la línea de presentarse como un otro, un semejante, que a partir de los dichos de la paciente: «¿Ustedes tienen hijos?, ¿saben lo que es ser madre?», compartía, a partir de haber atravesado dicha experiencia, cierta empatía en cuanto a comprender su padecimiento. Como equipo profesional entendíamos que el semblante de la maternidad había sido para R. su con-

dición de posibilidad para iniciar y sostener el tratamiento en este hospital.

A los efectos de preservar el investimento transferencial y reconocer aspectos relacionados con su implicación subjetiva, se hizo referencia al compromiso de R. hasta ese momento con el tratamiento, y la decisión del equipo y la institución de acompañarla en la búsqueda de alternativas que le permitieran vincularse con su hijo.

Un poco más calmada se retira a su habitación, pero persiste en su idea de abandonar el tratamiento. El equipo decide, entonces, llamar a su médica neumóloga, con la cual tenía un vínculo positivo y que funcionaba como uno de sus referentes. Esta intervención permitió que R. pudiese explicitar su queja, su dolor a alguien en quien confiaba, pues reconocía los obstáculos que había tenido que sortear para comenzar tratamiento.

Simultáneamente, la terapeuta sostuvo un acompañamiento permanente. La paciente seguía argumentando que «desde la defensoría no consideraron sus esfuerzos para poder recuperar a sus hijos». En relación con estos comentarios le señaló que aun en estas circunstancias, ella tenía posibilidad de generar acciones en el sentido de poder ocuparse, cuidar y contener a F.

En tal sentido, desde trabajo social se realizó una gestión para que hablara con su hijo, quien ya se encontraba en el hogar. En ese llamado la joven procuró calmarlo y le prometió que pronto lo iría a ver. Esta intervención permitió a R. sostener y sostenerse en una posición materna. Además, se mantuvo institucionalmente el compromiso de continuar acompañándola y realizando las gestiones necesarias para su revinculación con su hijo. Finalmente, algo más calmada resuelve permanecer en el dispositivo de Internación.

Fue a partir de ese alojamiento inicial que, en sucesivos encuentros, R. comenzó a desplegar el inicio de una demanda, preguntas en relación con su historia que la implicaban, sostenida en el lazo transferencial con la institución y con su terapeuta. La demanda implica una direccionalidad a un Otro, convoca a otro tiempo que ya no es el de la urgencia.

Comentarios

Entendemos la urgencia como

[...] momentos de crisis en la vida del sujeto que al no poder dar cuenta de su sufrimiento, o sea cuando el discurso no 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).

Estas manifestaciones tienen en común lo disruptivo, lo perentorio, el desborde; se trata de distintas expresiones de la angustia que reclaman una respuesta inmediata. En ellas no siempre hay posibilidad de articular una demanda, en tanto «el acto» predomina sobre la posibilidad de la palabra.

Ante la situación que pudo precipitar a R. a un punto de desestabilización, de crisis, de pérdida de soportes imaginarios y simbólicos, que la dejaron sin recursos, las intervenciones interdisciplinarias promovieron la posibilidad de alojarla, habilitando un espacio para escuchar y contener, un tiempo para comprender; intervenciones realizadas en diferentes secuencias orientadas a que la paciente recuperase su palabra, lo cual posibilitó cierta restitución subjetiva. En este sentido se procuró sostener el vínculo transferencial con la institución, armando un entramado de contención hacia R. ante el riesgo de un pasaje al acto con el consecuente desfallecimiento subjetivo y la ruptura del lazo.

Los profesionales operaron en el sentido de posicionarse como semblantes de un semejante que «comprendía», y así se habilitó un espacio para alojar su padecimiento; semblantes que intentaban causar y sostener a R. ofreciéndole su mirada, su voz, sus palabras, operaciones orientadas a separarla de ese lugar de resto con el que estaba identificada

Este posicionamiento operaba como barrera ante la invasión de ese Otro absoluto representado por la Defensoría Zonal, que, ante

una decisión que la paciente entendía como arbitraria, la empujaba a un padecimiento indecible.

Abrazar a R., sentarse frente a frente ofreciendo la unificación corporal del propio cuerpo, mostrarse como un semejante, comprenderla, acompañarla a hablar con su hijo fueron intervenciones que promovieron el sostén de un otro frente a la fragmentación y el desenganche. Se ofreció así un soporte en lo real pulsional, también un entramado que dio un sentido, un sostén en lo imaginario. Se intervino además con palabras, lo que habilitó la inclusión de lo simbólico.

Estas intervenciones fueron lo predominante, hasta que la propia palabra de R. comenzó a recuperar su eficacia. Así la joven comenzó a esbozar un relato, una queja, el inicio de una demanda. La posibilidad discursiva comenzó a operar como corte, como barrera al padecimiento, también como el inicio de la direccionalidad a un Otro.

Conclusiones

Desde un trabajo interdisciplinario se evaluó la oportunidad, el momento y la complementariedad de las intervenciones a partir de los obstáculos y desafíos propios de la presentación, orientándose a que, en el caso particular de la urgencia, ésta pudiese ser subjetivada.

Cada disciplina intervino, en un punto, desde su especificidad: la terapeuta, habilitando la posibilidad de que R. consintiera abrirse a los enigmas que su demanda generaba. La trabajadora social, promoviendo la constitución de redes que permitiesen un lazo posible con sus hijos. El Servicio Jurídico, realizando intervenciones que promoviesen el ejercicio pleno de sus derechos. El psiquiatra, focalizándose en la modalidad impulsiva de R., que se reiteraba en diferentes momentos de su historia personal. La neumóloga, trabajando lo relacionado con un severo compromiso clínico.

No obstante, fue a partir de la construcción conjunta del caso, tomando como orientador para las intervenciones la demanda inicial realizada por R. de recuperar a sus hijos –que la interpelaba pero

que también interrogaba y hacía de límite a cada intervención disciplinar—, que se produjo un salto cualitativo, un hecho creativo, en el que se puso en juego el acontecimiento interdisciplinar. Esta misma orientación se sostuvo también en el punto crítico y disruptivo relatado, lo que permitió que R. continuara en tratamiento.

La articulación de estas intervenciones interdisciplinarias sostuvieron la lógica de una terceridad institucional que contenía y comprendía lo que le ocurría, con lo cual se promovió el entramado de un lazo posible, se reinstaló a R. dentro de una escena, y se la separó de ese Otro absoluto y arbitrario que la arrojaba fuera de ésta, y la aproximaba peligrosamente a una posición de desecho, la empujaba a lo peor.

Bibliografía

- Aronson, A. *et al.* (1998). «Dispositivo de atención de crisis en un hospital general». *Psicoanálisis y el Hospital*, año 7, n.º 13. Buenos Aires: Ediciones del Seminario.
- Belaga, G. (comp.) (2004). *La urgencia generalizada. La práctica en el hospital* (1ª. ed.). Buenos Aires: Grama.
- Belaga, G. (comp.) (2005). *La urgencia generalizada 2. Ciencia, política y clínica del trauma* (1ª. ed.) Buenos Aires: Grama.
- Carballeda, A. (2012). «La intervención del trabajo social en el campo de la salud mental. Algunos aportes, interrogantes y perspectivas». *Revista Margen*, vol. 65.
- Carballeda, A. (2008). «La intervención en lo social y las problemáticas sociales complejas: los escenarios actuales del trabajo social». *Revista Margen*, vol. 48.
- 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.
- Fleischer, D. *et al.* (2001). «Términos actuales». *Psicoanálisis y el Hospital*, año 20, n.º 39. Buenos Aires: Ediciones del Seminario.

- Freda, H. (1994). «Urgencias subjetivas y urgencias sociales». En AA. VV. *Psicopatología de la urgencia. 1as. Jornadas Hospital Juan A. Fernández* (1.ª ed.). Buenos aires: Surge Editores.
- Ghía, R. (2014). «El tratamiento de la demanda». En AA. VV. *1a. Jornada de salud mental y adicciones. Dispositivos de intervención clínica* (1.ª ed.). Buenos Aires: Ediciones Licenciada Laura Bonaparte.
- 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* (1.ª ed.). Buenos Aires: Letra Viva.
- 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 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 26 de octubre de 2005.
- Miller, J.-A. y Laurent, E. (2005). «La secta y la globalización». En *El Otro que no existe y sus comités de ética* (1.ª ed.). Buenos Aires: Paidós.
- Miller, J.-A. (2013). *El lugar y el lazo* (1.ª ed.). Buenos aires: Paidós.
- Naparstek, F. (2005). *Introducción a la clínica con toxicomanías y alcoholismo* (1.ª ed.). Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Nicoletti, E. et al. (2000). «Alojar el desamparo». *Psicoanálisis y el Hospital*, año 9, n.º 17. Buenos Aires: Ediciones del Seminario.
- Seldes, R. (s/f). «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 al. (2005). *Tiempos de urgencia. Estrategias del sujeto, estrategias del analista* (1.ª ed.). Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Sotelo, I. (2007). *Clínica de la urgencia* (1.ª ed.). Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Sotelo, I. (comp.) (2009). *Perspectivas de la clínica de la urgencia* (1.ª ed.). Buenos Aires: Grama.

IV. INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA Y EXTERNACIÓN

No hay dudas de que la externación de pacientes es un proceso complejo que, además, requiere ser reconsiderado en el marco normativo actual en salud mental y adicciones. Entre otras razones, porque este marco establece que la internación es el último recurso clínico e institucional por su carácter restrictivo sobre la libertad ambulatoria de los pacientes. Teniendo en cuenta este contexto normativo y sin perder de vista tanto las transformaciones epocales como los contextos sociales y la situación subjetiva de los pacientes, las comunicaciones que integran este apartado se preguntan sobre las estrategias de externación desde una perspectiva interdisciplinaria.

La externación en el modelo de reducción de riesgos y daños. Reflexiones sobre el abordaje interdisciplinario

Ruth Leegstra y Ana Said

Introducción

La complejidad de la clínica actual nos lleva a repensar nuestras prácticas como profesionales de la salud mental que desempeñamos nuestro trabajo en el dispositivo de Internación del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo). Ellas se encuentran enmarcadas en la Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657, que promueve el abordaje interdisciplinario e intersectorial, y, preferentemente, fuera del ámbito de internación. Desde esta perspectiva, consideramos la Internación como un dispositivo que posibilita alojar y brindar tratamiento al padecimiento cuando el abordaje ambulatorio se encuentra obstaculizado.

A menudo, la externación de un paciente resulta una instancia compleja en la que confluyen diversas problemáticas a considerar. En este sentido, se torna necesario agudizar el trabajo interdisciplinario con el objetivo de plantear una estrategia que contemple la singularidad del paciente y la particularidad de su situación actual.

En el siguiente trabajo nos proponemos reflexionar sobre los obstáculos y desafíos que conlleva la estrategia de externación. Para esto nos serviremos de un material clínico que posibilita pensar la externación no sólo como el momento conclusivo del proceso de internación, sino también como una intervención que acarrea efectos subjetivos.

Casa tomada: una experiencia clínica

«La entrada a una internación resulta, casi siempre, una entrada alienada a un sentido ajeno, impropio. Considero posible, durante el tiempo de una internación, la realización de un trabajo que constituya a la salida como propia».

LILIANA NEGRO

José, un hombre de 50 años y mirada perdida, se presenta diciendo no saber el motivo por el cual su hermana lo trajo al hospital. Refiere consumo compulsivo y problemático de alcohol de 30 años de evolución, agudizado en el último año tras la muerte de su madre.

El equipo de Atención a la Demanda Espontánea entrevista a la hermana del paciente, quien relata que días atrás lo encontró viviendo en condiciones de absoluto deterioro, alcoholizado, comiendo comida podrida. La casa familiar en la que José vive fue ocupada por inquilinos que tomaron la vivienda y que contribuyen al deterioro del paciente facilitándole alcohol para no pagar lo acordado. José tenía un taller mecánico, pero tras la agudización del consumo le robaron todas sus herramientas.

Al momento de su ingreso al dispositivo de Internación, el paciente se encontraba tranquilo, vigil, parcialmente orientado en tiempo y espacio; presentaba un marcado deterioro cognitivo, hematomas en la cara y el cuerpo que él asociaba con caídas en contexto de consumo. Su discurso se caracterizaba por un lenguaje concreto, fallas mnésicas y una marcada dificultad para historizar aspectos de su vida.

Las primeras entrevistas apuntaron a habilitar cierta subjetivación del paciente, que se presentaba en posición de objeto, sin una demanda propia: «Mi hermana está preocupada porque tomo mucho. Me interné por sugerencia de ella. No sé cuál es mi problema». José podía pasar horas sentado mirando el televisor; a veces, se perdía adentro del hospital. Su silencio y su quietud, rasgos distintivos de

su presentación inicial, llevaron a que el equipo oriente el trabajo a alojar su voz, para posibilitar el despliegue de una palabra propia.

Con el correr de las entrevistas, manifiesta que consume cinco litros diarios de alcohol y que quiere disminuir su consumo pero de ningún modo abandonarlo. Ubica el inicio del consumo a sus 20 años de edad y lo relaciona con las peleas entre sus padres. Inicialmente, sólo dirá que su padre se alcoholizaba y agredía físicamente a su mamá.

José comienza a hablar de lo que recorta como su problema: su casa tomada y su objetivo de recuperarla. Hablar de la casa lo lleva a decir: «Me acuerdo de mi mamá y de cuando me robaron las herramientas, y tomo». Este momento de localización de un malestar propio coincide con un aumento en su orientación temporoespacial, que se verifica en los trayectos que comienza a hacer dentro del hospital. Ubica como un punto de inflexión en su vida el fallecimiento de su madre: «Mi mamá era todo para mí, era mi sostén».

Durante el primer período del tratamiento, el equipo tratante mantuvo una doble orientación. Por un lado, entrevistas diarias con José, en las cuales iba poniendo palabras a su malestar; resultó clave respetar sus tiempos subjetivos, tiempos lógicos que marcaron el compás de su tratamiento. Por otro lado, entrevistas con la hermana, que aportaba datos significativos de la historia familiar. También, entrevistas conjuntas en las que ambos hermanos confrontaban sus expectativas e intereses respecto de la vivienda familiar. La casa, herencia compartida, es el asunto que convoca el decir de ambos. Sus padres consumían alcohol compulsivamente, llegaron a tener un marcado deterioro cognitivo y corporal. El padre falleció hace siete años y la madre, hace un año.

La externación: obstáculos y desafíos

Transcurrido un mes de internación, la tía materna invita a José a pasar unos días a su casa en una provincia vecina. Esta tía ocupaba en el recuerdo del paciente un lugar próximo a lo materno. El equipo

interdisciplinario mantiene entrevistas con la tía, quien se encuentra sorprendida por el actual deterioro del paciente. El viaje tiene sus efectos: José regresa decidido a volver a su casa, que continúa tomada; quiere ir él mismo a sacar a la gente.

El equipo advierte la necesidad de comenzar a trabajar en función de la externación, ya que el paciente da muestras de que la internación cumplió un ciclo, y permitirle encausarse en el proyecto de recuperar su casa. Asimismo, durante la internación José había podido estabilizarse en su cuadro de base y distanciarse del consumo. A la hora de plantear la estrategia de externación, el equipo tratante se ve confrontado con obstáculos y dificultades que implicaron reforzar el trabajo interdisciplinario: José decía estar aburrido y querer irse, pero el equipo evaluaba que aún no estaba en condiciones de vivir solo. A su vez, la casa continuaba tomada y su hermana se negaba a recibirlo en su hogar. El paciente se presentaba obstinado en su decisión de irse a su casa. Se trabaja intensamente con José la estrategia de externación, reforzando la importancia de contar con cierta contención que posibilite la continuidad de su tratamiento de forma ambulatoria. Finalmente se acuerda que irá a un dispositivo de Medio Camino hasta que su casa esté en condiciones de alojarlo. Asimismo, se acuerda que, llegado el momento, su hermana se mudará con él. De este modo, se concreta su externación.

Efectos subjetivos del cambio de escenario

José nos sorprende al confrontarnos con algo inesperado. A los dos días de externarse, se presenta en el hospital para contarnos que se fue de la institución de Medio Camino para concretar el objetivo de ir a su casa. Se encuentra viviendo solo, ya que su hermana logró sacar a las personas de la casa, pero decidió suspender su mudanza acordada previamente con el equipo tratante. Un amigo y un vecino lo están ayudando a poner en orden su casa, que se encuentra prácticamente en ruinas.

La estrategia de externación planteada anteriormente por el equipo queda suspendida por el acto de José. Se inaugura una nueva etapa en el tratamiento que lleva el signo de la sorpresa por el modo en que José se las arregla para poner su casa en condiciones habitables, para conseguirse algunas «changas» con los pocos elementos que han quedado en su taller y para servirse de la ayuda de distintos referentes sociales que habían estado invisibilizados durante su internación. El equipo se confronta con la necesidad de replantear la estrategia planteada. Nos dejamos sorprender por lo inesperado, pero advertidos de la necesidad de repensar la orientación del tratamiento. Sorprendió la emergencia de diversos vínculos sociales, los cuales no se habían podido relevar durante su internación, pues estaban silenciados por José y su hermana.

En este nuevo escenario, decidimos convocar al amigo, al vecino y a la hermana nuevamente. Mantenemos entrevistas y contacto telefónico, con el objetivo de fortalecer la red de contención social que José había rearmado al momento de su externación. Se articula una red de contención que posibilita la continuidad del tratamiento ambulatorio. Estos referentes brindan ayuda en el cuidado de la casa, garantizan que el paciente tenga alimentación y recursos económicos para trasladarse.

Realizamos entrevistas de seguimiento, inicialmente tres veces por semana y luego dos. Si bien José vive algo alejado del hospital, concurre solo y de forma sostenida, realizando un trayecto que da cuenta de un ordenamiento temporoespacial.

A los pocos días de su externación, José retoma el consumo de alcohol pero no deja de concurrir al hospital. Su consumo genera malestar en los referentes, quienes parecen sostener el ideal de la abstinencia. Se trabaja con ellos y con el paciente desde el modelo de reducción de riesgos y daños.

El consumo de José se torna preocupante en tanto expone nuevamente al paciente a robos y situaciones donde intentan ocupar su vivienda. Esta cuestión habilita un intenso trabajo con su equipo tratante que lo llevará a un cambio de posición. Al finalizar una

entrevista, concluye: «Cuando tomo, me toman por tonto y se meten en mi casa. No quiero que me tomen más por estúpido». Los dichos del paciente introducen cierta dimensión de la responsabilidad subjetiva, lo cual posibilita otro abordaje del malestar.

José se propone disminuir su consumo para evitar poner en riesgo su casa. La reivindicación de la vivienda familiar constituyó, en ese momento, el motor del cambio de su modalidad de consumo. Disminuyó la dosis: pasó inicialmente de cinco a tres litros, y luego a dos. Actualmente toma tres cuartos litros, que constituyen la medida justa que le permite estar lúcido para defender su casa y sin dolor de cabeza para hacer las «changas» que va consiguiendo. También modificó la frecuencia: pasó de consumir indistintamente todo el día, a tomar en las comidas. De este modo, el consumo queda localizado, enmarcado en una escena que introduce una regulación temporal. Esbozando una sonrisa, José cuenta que dejó el tetrabrik para pasar a una botella de una marca que le recuerda el nombre de su terapeuta. Mejorar la calidad de lo consumido fue un recurso que dice haber encontrado para disminuir el malestar físico, especialmente el embotamiento y el dolor de cabeza.

Otro tiempo

En la medida en que José comienza a relatar la historia de la casa, va reconstruyendo su propia historia. Cuenta que él decidió quedarse con sus padres para proteger a su madre de la violencia paterna. Donde no operaba un ordenamiento simbólico que regulara la agresión de sus padres, José ofrecía su cuerpo. Su *madresostén* fue todo para él. Tras la muerte de ésta, dejó intacta su habitación, al modo de un altar. Hablar de su madre lo conmociona, resalta que su muerte lo dejó *solo*. Lleva consigo una foto de ella, que, en varias oportunidades, mostrará a su equipo tratante.

Luego de haber puesto su casa en condiciones, José decide retomar su actividad laboral. Su oficio quedó interrumpido tras el robo

de sus herramientas y el deterioro de su taller. Dicho oficio es el resultado de la transmisión de un amigo paterno que lo llevó a trabajar con él en su juventud. Resulta interesante que dicho *saber hacer* habitaba un más allá del ensamble que constituía con sus padres, de modo que constituía algo propio y ocupaba un lugar privilegiado en su vida. De forma decidida, en las últimas semanas, se ocupó de conseguir las herramientas faltantes, y de ordenar su taller. Entendiendo la relación particular de José con su oficio, y el rol que juega el trabajo en su vida como organizador, el equipo tratante pretende articular con alguno de los programas existentes a fin de gestionar el motor que le falta para poder reabrir su taller.

Retomar su oficio implica un doble movimiento en vías de profundizar su proceso de subjetivación. Por un lado, le permitiría recuperar su actividad laboral y de esta forma fortalecer la creación de lazos, sustentarse económicamente mediante una actividad que instaure un rol social. Por otro, implicaría contar con algo propio que propicie una mayor autonomía respecto de su hermana, pacificando ciertas tensiones imaginarias que actualmente preocupan a José.

Reflexiones para concluir

La complejidad del abordaje clínico de las adicciones nos confronta, como sostiene Eric Laurent (2005), con los límites del paradigma problema-solución. Debemos renunciar a soluciones universales, generalmente sostenidas en ideales o mandatos superyoicos, para hacer lugar a la emergencia de lo singular.

Numerosa bibliografía da cuenta del fracaso de los tratamientos abstencionistas, sostenidos en una concepción idealista que acarrea la lógica del todo o nada. Trabajar bajo el modelo de reducción de riesgos y daños permitió contemplar la elección de José de «disminuir la cantidad, sin dejar de tomar». Silvia Quevedo (2014) explica cómo dicho modelo habilita intervenciones clínicas que contemplan

cierta regulación por parte del sujeto, introduciendo la dimensión de la responsabilidad subjetiva. Sostenido en el trabajo con su equipo tratante, José reguló su consumo y logró una modalidad que le permite sostener –y sostenerse– en un proyecto propio.

La externación constituyó una instancia crucial del tratamiento. A la complejidad del caso se sumaron nuevas variables que llevaron al equipo a agudizar el trabajo interdisciplinario. Siguiendo a Stolkiner (1999), consideramos que la perspectiva interdisciplinaria nos permite complejizar las explicaciones causales de los fenómenos que abordamos, apuntando a la lectura de esa complejidad desde la diversidad de dimensiones que la componen, evitando la fragmentación en la definición de los objetos teóricos y los métodos.

Entendemos la interdisciplina como un posicionamiento que parte de «reconocer la incompletud de las herramientas de cada disciplina» (Stolkiner, 2005). No se trata de llegar a un estado de completud mediante la sumatoria de disciplinas, sino de un abordaje que sostenga las tensiones y los interrogantes que surgen en el entrecruzamiento discursivo de los distintos saberes en juego.

En el caso descripto, el equipo tratante sostuvo la posibilidad de que prepondere una disciplina sobre otra, atendiendo al momento en que se encontraba José. De este modo, el tratamiento psicoterapéutico propició un trabajo de subjetivación que habilitó la emergencia de los aspectos singulares de José tanto en lo concerniente a su malestar y a su historia como en lo referido a sus proyectos actuales. Desde lo social, la intervención priorizó el fortalecimiento de la red de contención y su inclusión en dispositivos de protección social, con el fin de garantizar el ejercicio de sus derechos.

Al momento de la externación, la complejidad de la situación llevó a realizar entrevistas de forma conjunta que facilitaron repensar y sostener una estrategia integral. Si bien en este escrito se resalta el trabajo de articulación de estas dos disciplinas, también se trabajó con otras: psiquiatría, clínica médica y neurología. Sin embargo, por la particularidad del caso, preponderó el trabajo de las disciplinas aquí descriptas, como así también la incorporación de saberes no

disciplinarios que aportaron los referentes sobre las características del barrio, de la casa, y sobre la historia familiar.

Además, se interconsultó con el Servicio Jurídico del hospital con el objetivo de brindarle asesoramiento legal respecto de la herencia de su casa. Dicha interconsulta surgió a partir del temor de José de que su hermana quiera vender la vivienda familiar. Destacamos la importancia que tiene para José preservar dicha casa, en tanto herencia que organiza cuestiones simbólicas.

Un interrogante que surge cuando reflexionamos sobre la externación de un paciente es el factor del tiempo de internación. Consideramos pertinente hablar de tiempos, en tanto entendemos que existen distintas dimensiones temporales que se ponen en juego: tiempos legales, instituciones y subjetivos que confluyen en el abordaje clínico. Sostenemos la apuesta de que la internación sea el menor tiempo posible, pero el necesario para que se instaure una diferencia que habilite la continuidad del tratamiento de forma ambulatoria.

Bibliografía

- Carballeda, A. (2001). «La interdisciplina como diálogo. Visión desde el campo de la salud». En Revista *El Margen*, n.º 23.
- Laurent, E. (2005). «El objeto droga en la civilización». En *Pharmakon*. Publicación de Grupos e Instituciones de Toxicomanía y Alcoholismo del Campo Freudiano, vol. 12. Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Ley n.º 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 3 de diciembre de 2010.
- Quevedo, S. (2014). *Modelo de reducción de riesgos y daños*. Curso virtual del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo), Buenos Aires, Argentina.
- Romero, F. (2004). «La política de reducción de daños y su desarrollo en la Argentina». En Dobón, J. y Hurtado G. (comps.). *Las*

- drogas en el siglo... ¿que viene?* Buenos Aires: Fundación Acción para la Comunidad (FAC).
- Stolkiner, A. (1999). «La interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas». *Revista Campo Psi*, año 3, n.º 10. Rosario.
- Stolkiner, A. (2005). «Interdisciplina y salud mental». Trabajo presentado en las *IX Jornadas Nacionales de Salud Mental. I Jornadas Provinciales de Psicología, Salud Mental y Mundialización: estrategias posibles en la Argentina de hoy*. Posadas.

Un puente para Juana

Claudio J. Cianci

Introducción

Cuando hablamos de «interdisciplina» hacemos referencia a un vínculo con otro, el cual está muñado de vicisitudes. Desde un primer momento el encuentro con otro no es sencillo, hay diferencias y similitudes, las cuales nos permiten distinguirnos y circular por el mundo como sujetos. El panorama es más complicado si a esto le sumamos nuestros bagajes teóricos, los cuales nos marcan en nuestras diferentes profesiones.

El desarrollo de este trabajo nos permite ver que ese «encuentro con el otro» puede ser posible en pos de la salida terapéutica de una paciente con consumo problemático de sustancias.

Desarrollo

La interdisciplina es considerada como un método, como un modelo de trabajo en el cual su aplicación implica una puesta en común, una forma de conocimiento aplicado que se produce en la intersección de saberes.

Teniendo presente este concepto, es necesario describir el servicio en el cual estoy inserto. El Servicio de Adicciones del Hospital Psiquiátrico Nuestra Señora del Carmen, de San Miguel de Tucumán, es un servicio para pacientes agudas, en el que se internan mujeres para desintoxicación y deshabitación del consumo problemático de

sustancias. En este sentido, la paciente ingresa por el servicio de emergencia, es evaluada por el médico psiquiatra de guardia, y si tiene criterios de internación en la Sala de Adicciones, es trasladada a ésta.

Cuando ingresa a la sala es recibida por un psicólogo y un psiquiatra, quienes realizan las primeras apreciaciones del caso y, junto con la trabajadora social, elaboran las estrategias pertinentes a seguir.

La sala está constituida por un espacio en un primer piso del hospital, y en ella se encuentran seis camas para internación; un espacio en donde las pacientes almuerzan y cenan, y también realizan los diferentes talleres propuestos, tres consultorios y una enfermería.

Con respecto a los recursos humanos, la sala cuenta con dos psiquiatras (uno especialista en drogadependencia), dos psicólogos especialistas en drogadependencia, una trabajadora social, un jefe de enfermeros, enfermeros de guardia (guardia de 12 horas), una licenciada en Arte y cuatro operadores socioterapéuticos.

Diariamente las pacientes tienen actividades con los operadores y con la tallerista, y también tienen entrevistas psicológicas y psiquiátricas, y control de medicación.

De acuerdo con la canasta prestacional, y en función de la nueva Ley de Salud Mental, no se podría pensar un trabajo en esta sala si no es desde el trabajo interdisciplinario.

En este punto citaré un caso cuyo desarrollo muestra dicha tarea.

Caso Juana

Desarrollaremos el caso teniendo presente que la paciente tuvo dos internaciones. Su nombre es Juana y tiene 22 años, nació el 13 de septiembre de 1993.

Con respecto a su historia familiar, cuando la paciente tiene 5 años de edad, su hermana, quien en ese entonces tenía 16 años, se suicida. Juana comienza a consumir sustancias psicoactivas a la edad de 11 años, y es policonsumidora (pasta base, psicofármacos, pegamento, marihuana, alcohol).

A temprana edad de Juana, sus padres se separan y ella va a vivir con su padre. Con la edad de 12 años y tras una pelea con la pareja del padre, Juana se retira del hogar paterno, y, como no tiene un lugar a donde ir, en ese momento comienza su situación de calle.

Luego conoce a un hombre, y se va a convivir al domicilio de él. A los 14 años aproximadamente tiene un hijo con esta pareja; el menor queda al cuidado de su padre.

Retoma su situación de calle y a los 19 años de edad Juana da a luz a su segunda hija. La paciente es derivada del Instituto de Maternidad al Hospital Psiquiátrico Nuestra Señora del Carmen.

La segunda niña de Juana continúa su internación en el Servicio de Neonatología de la Maternidad, quienes dan intervención a la Defensoría de Menores e Incapaces de turno, y posteriormente es trasladada por oficio judicial del Juzgado en lo Civil en Familia y Sucesiones de la IV Nom. al Instituto de Puericultura «Alfredo Guzmán».

Luego de que la paciente se retira del hospital por voluntad propia, la trabajadora social del Servicio de Adicciones se traslada a su domicilio para una visita, pero señala que la paciente, al egresar del hospital no se presentó en ningún momento en la vivienda familiar (éste es el relato de uno de sus hermanos). Se informó al juzgado sobre la ausencia de la paciente.

El día 25 de agosto de 2014, Juana da a luz a su tercer hijo. A los pocos días, la paciente es trasladada al Servicio de Adicciones del Hospital Psiquiátrico Nuestra Señora del Carmen, mientras que su hijo es llevado al Instituto de Puericultura «Alfredo Guzmán». En el mismo acto del parto le realizan a la paciente ligadura de trompas, con su consentimiento.

Primera internación

La paciente ingresa por el Servicio de Emergencia el día 6 de septiembre de 2013 para desintoxicación. Se encuentra cursando un

período de puerperio inmediato, habiendo dado a luz a una nena el día 2 de septiembre 2013.

Según informe en historia clínica, Juana vive desde los 12 años «en la calle»; específicamente en este último tiempo la paciente pernoctaba bajo el puente Lucas Córdoba, el cual une San Miguel de Tucumán con la localidad de La Banda del Río Salí.

Luego de que la paciente es asistida en Guardia, se evalúan criterios de internación, y es trasladada a la Sala de Adicciones. Se inician entrevistas psicológicas y tratamiento psicofarmacológico. El día 3 de octubre de 2013, a las 14:30 h, la paciente se retira de la institución por su propia voluntad, firmando la denegación de tratamiento.

Segunda internación

El día 27 de agosto de 2014 ingresa la paciente al servicio de Emergencia, derivada del Instituto de Maternidad, por consumo activo de pasta base, cursando nuevamente un período de puerperio inmediato.

La paciente se muestra desaliñada, sin higiene general, de aspecto descuidado, con actitud pasiva y con colaboración parcial.

El día 29 de agosto de 2014 la paciente refiere que se encuentra en situación de calle, ya que no quiere vivir con su pareja, ni con su madre, ni con su padre. Ella refiere: «Nací para la calle».

En un primer momento Juana manifiesta una falta de deseo de ver a su hijo y se quiere retirar del hospital.

Durante las entrevistas, la paciente manifiesta que sus familiares desconocen su situación actual, por lo cual se realiza visita al domicilio de la familia y se la convoca a una entrevista con el equipo terapéutico. Sin embargo, no asisten. Su madre asistió sólo una vez, se comprometió en continuar apoyando y acompañando a Juana en su tratamiento, pero no volvió a visitarla hasta la fecha.

Se comenzaron a trabajar dos aspectos; por un lado, la deshabitua-
ción de sustancias psicoactivas; y por otro, el vínculo materno-filial.

El día 26 de septiembre 2014 se realiza traslado de la paciente al Instituto de Puericultura «Alfredo Guzmán» para ser entrevistada por el equipo técnico, con la finalidad de iniciar visitas a su hijo. En un primer momento Juana se muestra reticente; sin embargo, con el transcurso de las visitas y el trabajo realizado en psicoterapia, se muestra contenta y con ganas de asistir.

A partir de esta gestión se abordó la problemática de Juana de manera interministerial, con la participación de las siguientes instituciones, sosteniendo reuniones periódicas y audiencias judiciales hasta la fecha:

- Hospital Psiquiátrico Nuestra Señora del Carmen (Ministerio de Salud).
- Dirección de Juventud (Ministerio de Desarrollo Social).
- Unidad de Gestión de Documentos (Ministerio de Desarrollo Social).
- Instituto de Puericultura «Alfredo Guzmán» (Ministerio de Desarrollo Social).
- Poder Judicial de Tucumán.

Hasta la fecha la paciente no hizo intento de fuga y continúa internada en el hospital.

De acuerdo con lo señalado en ambas internaciones, es notable la «desvinculación» que presenta Juana para su familia y para cualquier referente simbólico. Con el último ingreso al Servicio de Adicciones, se modificaron las estrategias para su abordaje, en el cual primaron las entrevistas grupales y el trabajo interdisciplinario. Dicho abordaje requiere de un trabajo sostenido y constante, según Norma Elichiry: «[...] una cooperación ocasional no es interdisciplina, se requiere de una actitud de “cooperación recurrente”» (Elichiry, citada en Stolkiner, 2005).

El trabajo interdisciplinario es un posicionamiento que obliga a reconocer la incompletud de las herramientas de cada disciplina, y, con esta incompletud, poder pensarnos más allá de un bagaje teórico. Se puede afirmar que la teoría sirve en cierta medida para abordar diferentes problemáticas, pero es necesario ser conscientes de que a

veces dicho bagaje es insuficiente. Es necesario posicionarnos como sujetos barrados, castrados, lo cual implicaría darle un lugar de «saber no sabido» a otro, y viceversa.

Este lugar implica poder trabajar en equipo, y en este punto se pondría en juego la cuestión de «poder». Dicho poder es tentador en relación con el lugar de omnipotencia que se ejerce cuando se evidencian competencias profesionales frente a discursos disciplinarios. Sin embargo, poder pensar en equipo implicaría aceptar limitaciones personales y teóricas, con lo cual se reduciría dicha puja. En los equipos de salud, la interdisciplina se pone en práctica cuando se pueden ejercer diferentes roles con funciones estratégicamente distribuidas, otorgando la importancia necesaria a cada saber.

El psicoanalista Fernando Ulloa define claramente lo que podría suceder si trabajamos en soledad:

[...] en esas condiciones negativas, los operadores clínicos tienden a transferir sus herramientas conceptuales y metodológicas, y herramientas espaciales, geográficas, no en herramientas para el abordaje del sufrimiento del que lo reclama, sino en baluartes defensivos. Y se da una figura muy común que es sitiado, porque cuando uno ha transformado sus herramientas en baluartes, queda sitiado, y ha degradado automáticamente a los pacientes en sitiadores, ¿y qué le pasa a un sitiado? Lo único que se le ocurre a un sitiado es defenderse (Ulloa, 1992).

En la historia de vida de Juana se puede apreciar que hubo muchas ausencias, desde los 12 años fue excluida de un sistema familiar, el cual, si bien era disfuncional, era «su familia», y también fue excluida de todo sistema social, al vivir en situación de calle desde muy joven, sin escolarización.

Se puede considerar que el consumo es la manifestación de un malestar, y son justamente las drogas las que aportan una solución rápida y efectiva para ese malestar.

Si pensamos un posible tratamiento frente a esta problemática, debemos tener en cuenta que podemos ingresar en lo que el psicoanalista Oscar Gutiérrez Segú (2013) denomina «ideología toxicomana», haciendo referencia a un posicionamiento que tiene como objetivo el anular la escucha e interrogación subjetiva sobre éste:

Podemos señalar que los fundamentos de esta ideología son la exclusión del sujeto de la cuestión, del sujeto tal como lo entendemos en psicoanálisis. No hay sujeto de la palabra, sino tan sólo un individuo que adquirió «malos hábitos» (siendo esto responsabilidad de los otros), que es necesario corregir, a través de un sistema de tratamiento que evoca una cierta reeducación conductual. Es común que ante esta demanda cultural, cargada de un profundo moralismo, el sujeto trate de eludir su cumplimiento, en tanto éste lo deja en una situación de sumisión al orden establecido que no se caracteriza por considerar a los individuos como «sujetos de deseo», sino que intenta transformarlo en meros miembros de un rebaño complaciente y dócil (Gutiérrez Segú, 2013).

La apuesta del Servicio de Adicciones del Hospital Psiquiátrico Nuestra Señora del Carmen es la producción de una «conciencia de enfermedad» como modo de reconocimiento de la implicancia del sujeto en el desarrollo de su malestar, que posibilite el surgimiento del interés en continuar el tiempo necesario para lograr una profundización de la interrogación subjetiva hasta conseguir una modificación de su posición ante el Otro, teniendo como efecto una mejora del bienestar.

Para realizar este recorrido nos sustentamos de una «abstinencia» como condición necesaria para poder pensar en el camino de una posible «cura», la cual implicaría la aceptación de un tiempo de pago o renuncia definido por una falta concreta en la que comenzaría a esbozar un malestar.

Se propone que las pacientes puedan salir de esa queja constante muñida de una posición de víctima a la que agregaban el consumo

de sustancias psicoactivas como modo de cancelación rápida y engañosa del malestar, modificando el reconocimiento social de «ser adictos», y puedan transitar por el difícil pasaje de esta pérdida de «ser» hasta la construcción de una nueva categoría de reconocimiento.

En la actualidad Juana se encuentra estabilizada, sin deseos de consumo, con mínima medicación, pudiendo pensar-se en relación con su historia y con sus proyectos. Se encuentra asistiendo dos veces por semana al Instituto de Puericultura «Alfredo Guzmán» a visitar a su hijo. Asiste a grupos terapéuticos de la Dirección de Juventud. Se está gestionando su reinserción en el sistema educativo y la posibilidad de iniciar talleres de repostería. La paciente se está vinculando nuevamente con una de sus hermanas y con un compadre, a fin de poder pensar una posibilidad para su externación.

Desde esta posición activa de la paciente se abren nuevos interrogantes que ella misma propone en su terapia, como, por ejemplo, su posición de mujer frente al deseo de un hombre, la posibilidad de trabajar el vínculo materno-filial con su hijo mayor, etc., interrogantes que se continuarán trabajando para fortalecer las columnas de su nuevo «puente».

Conclusión

Son reales las dificultades que existen en el trabajo interdisciplinario, pero somos conscientes de que en la actualidad nuestra función como profesionales en soledad es acotada.

El trabajo interdisciplinario permitió esbozar la construcción de un andamiaje en el cual Juana puede circular. En lugar de vivir y «ser» bajo un puente, poder permitirse caminar sobre ese puente, rearmar su proyecto personal, su vínculo materno-filial y su vínculo con su familia de origen.

Desde esta perspectiva es necesario poder pensar cada caso desde una visión global, es decir, poder construir andamiajes teóricos y reales, desde la articulación disciplinaria y profesional, en donde las

pacientes puedan sostenerse y continuar, y los profesionales puedan tomar conciencia de situación a fin de responder de manera más efectiva y eficaz.

Bibliografía

- Gutiérrez Segú, O. (2010). *Las adicciones, una propuesta de abordaje clínico* (1.ª ed.). Buenos Aires: Letra Viva.
- Gutiérrez Segú, O. (2013). *Adicciones y psicoanálisis* (1.ª ed.). Buenos Aires: Letra Viva.
- Menéndez Osorio, F. (1998). «Interdisciplinariedad y multidisciplinariedad en salud mental». *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol. XVIII, n.º 65, pp. 145-150.
- Morin, E. (1998). «Sobre la interdisciplinariedad». *Boletín del Centre International de Recherches et Etudes Transdisciplinaire*, n.º 2.
- Stolkiner, A. (1999). «Equipos interprofesionales y algo más. ¿Es posible hablar de inter-saberes?». *Revista El Campo Psi*, año 3, n.º 12.
- Stolkiner, A. (2005). «Interdisciplina y salud mental». IX Jornadas Nacionales de Salud Mental. I Jornadas Provinciales de Psicología. Misiones, Argentina.
- Ulloa, F. (1992). «La clínica psicoanalítica en el abordaje de la institución hospitalaria». S. d.

Loca ella, ¿loca yo?

Pablo Fabrykant, Andrea Pereyra y Roxana I. Piediferri

La paciente D., de 20 años, ingresa el 1 de noviembre de 2014 al servicio de Internación Breve del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo). Es acompañada por un primo paterno: A., de 22 años. La indicación de internación fue motivada por una sobredosis de cocaína, por ello fue asistida en un hospital general durante cuatro días y luego fue derivada a nuestra institución en compañía de A., quien solicita atención en el hospital refiriendo no poder ayudar a D. frente al estado físico y de desorganización al momento de la evaluación.

Se decide la internación de D. en el servicio de Internación Breve. Dicho dispositivo acoge a pacientes que presentan un episodio agudo en relación con su condición psicopatológica y/o de desestabilización subjetiva, condicionado por diversas circunstancias; pacientes que asisten en aquellos momentos en los cuales la función de respuesta que trae consigo el tóxico se encuentra desfalleciendo o ha perdido su poder. El consumo deviene problemático por afectar la vida cotidiana, el lazo con los otros, lo que respecta al cuerpo y sus funciones vitales, etc.

D. mide 1,50 m y pesa 37 kg. Durante las primeras entrevistas refiere que quiere dejar de consumir cocaína y abandonar el ejercicio de la prostitución. Presenta temblores en sus manos, realiza movimientos de su cabeza de lado a lado y los acompaña con sonidos guturales de tono agudo. D. no puede sostener entrevistas largas, por lo que se acuerda en el equipo interdisciplinario un seguimiento

diario de múltiples entrevistas cortas, dado que refería: «No recuerdo casi nada de mi vida, ¿me estaré volviendo loca?».

«El analizante no recuerda, en general, nada de lo olvidado o reprimido, sino que lo actúa. No lo reproduce como recuerdo, sino como acción, lo repite de algún modo, sin saber, desde luego, que lo hace» (Freud, 2007).

Se acuerdan estrategias con el dispositivo de Nutrición, ya que la paciente presentaba bajo peso por un posible trastorno alimentario comórbido.

Se le indicó a la paciente risperidona, 1 mg/día; pregabalina, 225 mg/día, a fin de disminuir la ansiedad, controlar el *craving* (ansia de consumo) y lograr un mejor nivel de organización de éste. La desorganización de la paciente impresionaba, y era consecuencia del episodio tóxico de cuatro días de evolución, sumado a su estado nutricional.

En las sucesivas entrevistas despliega un relato en el que se comienza a tejer la trama subjetiva de su padecimiento, respecto del cual se destacan situaciones de violencia y abuso vividas durante su infancia.

Comenta que consume cocaína desde hace dos años. Refiere que sus clientes la prefieren por su cuerpo aniñado y porque pueden consumir con ella.

Relata que su padre era un hombre alcohólico, de carácter débil «hasta el punto de haberse suicidado» por no haber podido soportar una situación en la que D. había sido abusada sexualmente cuando tenía tan sólo 5 años.

Respecto de su madre, la define como a una «loca esquizofrénica» que tuvo varias internaciones psiquiátricas, pero abandonó todos los tratamientos. D. comenta que cuando era muy pequeña y hasta los 11 años de edad, su madre abusaba sexualmente de ella, le daba anfetaminas para que adelgazara y le retiraba el plato de comida cuando D. aún no había terminado de comer. La obligaba a tomar clases de *ballet* «porque ella había querido ser bailarina y su locura no se lo permitió», y en varias oportunidades la llevó a mantener

relaciones sexuales con hombres que la paciente desconocía y a quienes, según refiere, «les gustaba tener relaciones con niñas».

En los tiempos en que la madre estaba internada, D. era llevada a institutos de menores. Cuando D. tenía 14 años, durante una salida de fin de semana, su madre la lleva a la provincia de Córdoba a la casa de unos conocidos, en donde ambas permanecen viviendo juntas hasta que la dueña de casa realiza una denuncia en el juzgado de menores de Córdoba, debido al maltrato físico y verbal que ejercía la madre sobre la paciente. Un año más tarde, D. decide escaparse y regresa a Buenos Aires, donde comienza a ejercer la prostitución como un vehículo de subsistencia. En ese contexto conoce a su pareja, un hombre mayor que ella, con quien se inicia en el consumo de drogas y a quien describe como «el único que la comprende y ayuda».

Refiere que el motivo de su internación se debe a que «necesita dejar de consumir y de prostituirse» porque no quiere que su vida corra más riesgos, que tiene que valorarse y ocuparse de ella. Se comienza a trabajar haciendo intervenciones acerca del cuidado de su cuerpo, de su posición de mujer y de los recursos intelectuales con los que cuenta.

Posteriormente, D. comienza a deslizar el temor de parecerse a su madre, interrogándose acerca de si podría terminar «loca como ella», pregunta que la paciente despliega en cada entrevista.

Freud define la identificación como «un proceso psicológico mediante el cual un sujeto asimila un aspecto, una propiedad, un atributo de otro y se transforma total o parcialmente sobre el modelo de éste. La personalidad se constituye y se diferencia mediante una serie de identificaciones» (Freud, 1979).

Los interrogantes que se despliegan son en relación con la posición frente al abuso por parte de su madre, sobre las consecuencias del abuso a nivel subjetivo, y las posibles incidencias en el vínculo con su pareja. Desde la práctica psicoanalítica, la oferta de escucha posibilita el advenimiento de un nuevo estatuto del sujeto en el campo de la palabra, que puede producir un cambio de posición subjetiva que va desde un primer encuentro con alguien que acude

como objeto a ser desintoxicado, 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.

Luego de una semana de internación se acuerda una entrevista con un referente familiar, con el que se dificultó el contacto durante los primeros días. A. refiere alivio en saber que su prima se encuentra internada.

En las primeras entrevistas se posibilita armar parte de la historia familiar, a través del relato de su referente, que tiene casi la misma edad que D.

Cuando niña, en el momento en que su madre estaba internada en el Hospital Moyano, estuvo bajo una medida de abrigo a cargo de una defensoría. Ésta interviene y realiza una búsqueda de referentes, dado que su padre sostenía consumo problemático de alcohol. D. es hija única. Es en ese momento donde se ubica al referente mencionado anteriormente de la familia en la provincia de Córdoba, quien se desempeñará como tutora hasta la mayoría de edad de D.

El equipo tratante mantiene entrevistas con el primo de D., quien refiere no poder aportar información de años anteriores al presente, ya que D. se vincula nuevamente con su familia unos meses antes de la internación, solicitando ayuda. Se presentó alcoholizada y con signos de desnutrición.

Se mantiene comunicación telefónica con la referente que oficiaba de tutora, ella realiza una cronología de situaciones y acontecimientos familiares describiendo una historia de abandono, pérdidas, abuso y desencuentros.

Durante el transcurso de la internación, aparece la necesidad por parte de D. de revincularse con su abuela paterna y el hermano del padre. Para ello D. comunica al equipo tratante los datos de referentes familiares, comunitarios y de diferentes organismos intervinientes a lo largo de su vida. Se inicia un primer acercamiento programando llamados, entrevistas domiciliarias, institucionales y con red de profesionales.

En el armado de una red social inclusiva, se trabaja con diferentes referentes y efectores para acordar estrategias que acompañen las propuestas de D., apuntando a un proyecto vital.

Dentro de los objetivos terapéuticos, se plantean la resolución de la situación habitacional, la incorporación a cursos de capacitación, la búsqueda laboral y la revinculación familiar. Se trabajó sobre la conflictiva que provocó el distanciamiento vincular con la familia paterna.

Es en este proceso que se considera trabajar sobre ejes orientadores de acción tales como la integralidad, la situación relacional familiar en las interacciones con los miembros convivientes, la autonomía, el cuidado, el apoyo económico, hasta la inserción laboral, la responsabilidad en pautas de convivencia y la participación en tareas acordadas en la familia.

En todo momento D. sostiene su proyecto ligado a la familia paterna, quienes proponen alojarla en la vivienda. Se trabaja interdisciplinariamente, y, haciendo eco al pedido de D., se plantean estrategias para conjugar el derecho a la vida familiar y a su inclusión social. Posibilidad que permite pensar criterios de externación.

Se comienza con la programación de salidas dentro del dispositivo, en un primer momento acompañada por un referente, y luego alternando otras con cierta independencia.

En este punto del tratamiento, D. toma otra posición. Ya organizada y con su juicio conservado, comienza a referir que no tiene temor a volver a consumir, que ella ama a su pareja, y que las condiciones para estar con él no son un problema.

Aparecen en D. conductas refractarias a nuestras intervenciones, que oscilan entre el enojo, el odio y, «como contrapartida», conductas de tipo seductoras desde una posición infantil, además de que refiere querer revocar la internación. Esta posición se torna irreductible.

Luego de un mes de internación, D. firma la revocación a la internación, y acuerda con el equipo tratante continuar con entrevistas ambulatorias. D. concurre a la primera entrevista alcoholizada, acompañada de su pareja, solicitando benzodiacepinas y manifes-

tando que continuará tratamiento en otra institución. Se le ofertó una nueva entrevista a la que la paciente no accedió.

Algunas consideraciones

Ante la compleja presentación del caso, se abrió un abanico de posibilidades terapéuticas relacionadas con la compensación de la paciente, su mejora física, el cambio de posición de su red familiar, algunos interrogantes de su posición subjetiva.

Ante todas estas posibilidades, D. decidió hasta dónde llegar, con lo cual quedó nuestro margen de intervención acotado por obstáculos que probablemente requirieran de más tiempo para intentar zanjar. D. pudo desintoxicarse, generar otro vínculo con su red, mejorar su condición clínica general. Encontró alivio del padecimiento, el fármaco, que generó 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 D. decidió también volver a lo conocido. Nuestras múltiples estrategias interdisciplinarias no lo impidieron. Lo cual no es necesariamente malo, valorando el punto de partida del tratamiento. Respetamos el derecho de autonomía de los pacientes, y aceptamos el límite de nuestras prácticas.

Quizás algún día D. cruce la puerta del hospital para encontrar alguna respuesta a su interrogante: «Loca ella, ¿loca yo?».

Bibliografía

- Carballeda, A. (dir.). (2009). *Cuaderno Margen: Trabajo social y padecimiento subjetivo*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Comas, C. (2006). «Lo social del padecimiento subjetivo». Tesis de maestría. Buenos Aires, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.

- Freud, S. (1979). *Psicología de las masas y análisis del yo*. En *Obras Completas*, tomo XVIII. Buenos Aires/Madrid: Amorrortu.
- Freud, S. (2007). *Recordar, repetir, reelaborar*. En *Obras Completas*, tomo XII. Buenos Aires/Madrid: Amorrortu.
- Le Poulichet, S. (2005). *Toxicomanías y psicoanálisis. Las narcosis del deseo*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Nieto, M. (2007). *Pensando la Intervención*. Buenos Aires: Mimeo.
- Stahl, S. (2008). *Psicofarmacología esencial. Bases neurocientíficas y aplicaciones clínicas*. Madrid: Grupo Aula Médica.
- Szerman, N. et al. (2010). *Patología dual, protocolos de intervención*. Barcelona: Edikamed.

Más allá de la adversidad, la voluntad de seguir adelante

Julieta Valderrey

Introducción

En el presente trabajo desarrollaré mi experiencia por la rotación de internación del Hogar Confluencia, como residente de psiquiatría en la Colonia Nacional Montes de Oca. Cuando nos asignaron el caso de Horacio, internado desde su infancia con diagnóstico de discapacidad intelectual, quien además presenta como comorbilidad alcoholismo, el acercamiento fue lento, con gran resistencia de su parte en un principio, la que fue cediendo en el transcurrir de las entrevistas y del tiempo, lo que permitió observar a una persona que detrás de una mirada triste guardaba una historia de vida tan fuerte como conmovedora, con una voluntad admirable. El abordaje con el equipo interdisciplinario nos permitió comenzar a elaborar estrategias terapéuticas e intervenciones para poder abordar no sólo la problemática del alcohol, multifactorial desde diferentes ámbitos, y acompañarlo hacia su recuperación para una futura y tan esperada externación, sino también la búsqueda de sus hijos para una posible revinculación.

Desarrollo

El alcohol es una droga, y, como tal, es una sustancia capaz de generar una adicción, cuya ingesta requiere cantidades crecientes para generar el mismo efecto (tolerancia), y su interrupción en el consumo

provoca aparición de síntomas de abstinencia, resulta evidente que el alcohol cumple con los términos descritos en la definición. Se reserva el término «alcoholismo» al patrón conductual de consumo compulsivo y continuado de alcohol con un estado de dependencia psíquica y física por parte del individuo. El *DSM-V* aborda el tema del alcohol con una tendencia a recuperar el término «adicción» al alcohol, diferenciándolo del «uso» de alcohol, basándose en la pérdida en el control del hábito y la alteración en las prioridades en el uso del tiempo, acorde con la escala valorativa del individuo. Los criterios son:

- 1) Consumo recurrente que implica no atender cuestiones relevantes.
- 2) Consumo recurrente que en ocasiones puede comportar riesgos físicos.
- 3) Consumo continuado a pesar de la presencia de trastornos creados o exacerbados por el alcohol.
- 4) Tolerancia al alcohol.
- 5) Síntomas de abstinencia, o consumo para evitarlos.
- 6) Consumo de alcohol en cantidades superiores o periodos más prolongados que los previstos.
- 7) Deseos persistentes o esfuerzos fracasados para controlar el consumo de alcohol.
- 8) Utilizar mucho tiempo en actividades relacionadas con el alcohol.
- 9) Abandono o reducción de actividades laborales, sociales o familiares debido al consumo de alcohol.
- 10) Seguir bebiendo aun cuando se sabe que padece de algún problema creado o exacerbado por el alcohol.
- 11) *Craving* o deseo muy intenso de consumir bebidas alcohólicas.

Si se cumplen dos o tres criterios: trastorno por uso de alcohol moderado.

Si se cumplen cuatro criterios o más: trastorno por uso de alcohol severo (Derito 2015, pp. 41-42).

Caso clínico

Horacio nació en Comodoro Rivadavia el 21 de septiembre de 1953, «en la primavera», como refiere él. No hay fecha desde cuando estuvo en la Casa del Niño, sí que a los 7 años fue traído a la Colonia Nacional Montes de Oca con diagnóstico de oligofrenia, junto con dos niños más, Juana y Pedro.

No hay datos de familiares, según recuerda Horacio lo visitaba en la Casa del Niño una tía, que lo llevaba a la casa y le compraba zapatos, no recuerda su nombre.

De su infancia también recuerda, según refiere, que «iba a la escuela, usaba pantalones cortos; me portaba mal, era revoltoso, me hacían arrodillar en maíz y me encerraban en un sótano donde había pescado» (sus ojos se llenan de lágrimas). «Un día nos subieron a un barco, tenía ventanas redondas, después nos subieron a una ambulancia blanca y nos trajeron a la Colonia».

Según consta en la historia clínica, era un niño tranquilo, que se adaptó adecuadamente, aunque retraído y tímido. Los controles cada tres años desde la psiquiatría indicarían el buen comportamiento y estabilidad de Horacio.

Se desempeñaba en zapatería, para lo que realizó un taller de capacitación y formaba parte del equipo de atletismo y fútbol. Participó representando a la Colonia en juegos paralímpicos en diferentes ciudades del país.

Desde sus veintiún años tuvo varias externaciones por periodos cortos de tiempo.

Aproximadamente a los 25 años comienza con el consumo de alcohol.

A los 30 comienza una relación con Julia, quien es internada en la Colonia por trastorno psicótico; Horacio toma un rol protector y paternal con ella.

A los 35 años nace el primer hijo de ambos, también llamado Horacio, y en una externación conjunta se van a vivir a un terreno con una casilla, que había adquirido Horacio, cambiando una pro-

piedad que tenía en Luján. No pueden sostener esta propiedad, y su hijo Horacio, de 3 años, es dado en adopción a una pareja conocida del hermano de Julia.

Los problemas con el alcohol se agudizan y vuelven a ser inter-nados.

A sus 40 años nace la segunda hija de ambos, Fátima. La niña le es quitada al nacer a Julia de una forma traumática en un hospital público, y Julia es llevada a la Colonia con chaleco de fuerza por la crisis ocasionada por la separación de su hija.

A los 45 años Horacio comienza con tratamiento farmacológico por su alcoholismo, que toma en forma intermitente por su resistencia a recibir medicación.

Comienza a realizar tareas de limpieza en el pabellón 5, y su curadora le permite trabajar y poder percibir los beneficios de su trabajo en blanco, en la empresa de mantenimiento y limpieza.

En la actualidad se encuentra viviendo en el Hogar Confluencia, (ex pabellón 8). Según refiere, no es «un paciente», por lo que no ha querido integrarse en los proyectos de externación con compañeros del pabellón. Continúa su relación con Julia, con quien se ve y reúne a diario luego de terminar sus tareas de limpieza en un espacio que armó al costado de un galpón donde hay una mesa, sillas, su perro Tigre, quien tiene su cucha, y está rodeado de pequeños árboles que en primavera y verano se llenan de hojas y le dan un tinte de privacidad y resguardo. Trabaja en el pabellón 5 empleado por la empresa de mantenimiento. Pregunta regularmente por sus hijos, con los que hasta el momento no ha tenido contacto.

En la entrevista se lo observa vigil, orientado en tiempo y espacio, tranquilo, colaborador, aseado, euproséxico, normobúlico, eutímico, memoria conservada, no se observan ni manifiesta alucinaciones sensorperceptivas, no presenta ideas de ruina o muerte. Pensamiento de curso levemente enlentecido, contenido coherente, juicio levemente disminuido.

Abordajes terapéuticos

En un comienzo Horacio se mostraba resistente a las entrevistas, al no considerarse paciente, generaba una dificultad para el acercamiento, resistencia que fue cediendo con el tiempo, donde empezaron a surgir las necesidades que tenía. Se angustia al hablar de sus hijos, quiere reencontrarse con ellos, y plantea además la necesidad de irse de la colonia, con Julia. De acuerdo a estos interrogantes se comenzó a trabajar en ello. Negaba su problemática con el alcohol, lo que dificultaba poder ayudarlo. Toma carbamazepina, clonazepan y haloperidol a dosis bajas. Se le propone un proyecto de externación conjunta con Julia pero se le explica que para poder continuar con el mismo debería comenzar a concurrir a los grupos GIA que se realizan en Yénú Aiken, centro de día que se encuentra fuera de la Colonia; Horacio accede y es en un comienzo acompañado, luego empieza a ir en su bicicleta. También se hace un viaje a la ciudad donde viven sus hijos y se ubica a su madre adoptiva, con quien se está trabajando para una futura revinculación.

En un comienzo Horacio negaba que tuviera en la actualidad un problema con el alcohol, lo manifestaba en los grupos, decía que tomaba jugo, que ya no tomaba más, incluso en algunas oportunidades antes de comenzar a concurrir al grupo, aunque constaba en la historia clínica que había ingresado a la colonia luego de cobrar su sueldo con aliento etílico, Horacio negaba lo ocurrido, se lo observaba predispuerto a concurrir, hasta que luego de un tiempo se vuelve a constar en la historia que había ingresado nuevamente con aliento etílico, se le pregunta en el grupo y por primera vez se lo escucha decir que había tomado alcohol; según refiere, «sólo un poco con soda». Este avance que ha tenido Horacio es muy importante para poder abordar su problemática, y el grupo ha sido un contexto favorable para ello.

Terapia cognitivo conductual

A través de la terapia cognitivo conductual se intervino con las relaciones existentes de la conducta y con los antecedentes y las consecuencias de ellos. Estos sucesos ambientales son los que, de acuerdo con la modificación conductual, van a generar un efecto favorable o no al sujeto. La modificación conductual apunta al mejoramiento ambiental del sujeto, generando herramientas terapéuticas para aumentar las conductas adaptativas (autoayuda, comunicación, habilidades académicas) y disminuir las conductas desadaptativas (baja autoestima, intolerancia a la frustración, autoagresión).

El trabajo en la modificación conductual se caracteriza por interacciones entre la persona y el ambiente, y el resultado se observa en antecedentes-conducta-consecuencias. De acuerdo con esto, si las consecuencias son gratificantes o no, y son presentadas o retiradas de la situación, se darán distintos tipos de contingencias o patrones de relación entre los antecedentes, las conductas y las consecuencias. Las distintas contingencias posibles dan lugar a diferentes principios de la terapia conductual: reforzamiento positivo, reforzamiento negativo, extinción y castigo. Los principios de reforzamiento son aquellos que incrementan y mantienen las conductas, mientras que los de castigo son aquellos que las disminuyen o extinguen (Kazdin, 1982).

Grupos Institucionales de Alcoholismo

[...] Jorge Pellegrini inició su tarea que dio forma a los Grupos Institucionales de Alcoholismo teniendo en su cabeza un conjunto de ideas sobre las potencialidades de los grupos como herramientas para la salud y en su férrea voluntad de hacedor cotidiano, la conciencia de que, para acceder a la atención del problema del alcoholismo desde la institución de salud, debía transgredir y trascender las normas establecidas y encontrar métodos nuevos que

rompieran la negación que sobre este problema establecen tanto los afectados como quienes deberían dar soluciones (Bustos, 2008).

Este modelo de atención toma al grupo como herramienta terapéutica de construcción colectiva, sumando a las terapéuticas médicas, psicológicas y sociales, y de las diversas disciplinas presentes en estas instituciones. Un grupo que aloja en su seno a los protagonistas del proceso terapéutico integrando los diversos conocimientos que cada uno aporta. Son grupos que trabajan los distintos aspectos y momentos de la vida de sus miembros. No son controladores de la abstinencia o del tiempo que ésta lleva. Ponen acento en sostener el proceso de recuperación y construcción de nuevas alternativas de vida.

En los GIA se parte de la premisa de que sobre alcoholismo todos sabemos un poco (profesionales, pacientes, familiares, trabajadores de la salud, miembros de la comunidad), aunque mucho hay por aprender, y por esta razón desde sus comienzos se realizaron jornadas para debatir e investigar sobre el tema.

El GIA es un modelo en construcción, en el cual se ha estudiado y aportado sobre política sanitaria, participando desde la experiencia en redacción de ordenanzas, leyes provinciales y nacionales, colaborando con instituciones policiales y judiciales, realizando campañas educativas en los medios de comunicación y en establecimientos educativos, creando planes Municipales y Provinciales de Alcoholismo, teniendo en cuenta los factores históricos, culturales y sociales de cada realidad.¹

Conclusión

De acuerdo a lo descripto, la problemática del alcohol es multifactorial, una historia con ausencias, pérdidas y frustraciones. Aunque con una voluntad de sostener sus vínculos, responsabilidades, ne-

1. Para más información, véase <http://www.cipolletti.gov.ar/gia.php>.

cesidad de externación para poder vivir con su pareja y poder reencontrarse con sus hijos serían pilares positivos en la recuperación de Horacio, quien muestra una admirable voluntad ante la adversidad. Con una terapia cognitivo conductual, la concurrencia a los grupos y un plan farmacológico adecuado se ha producido un cambio positivo en él, se está dejando ayudar, es muy importante a partir de esto acompañarlo, darle herramientas terapéuticas y que él pueda ver que puede mejorar a partir de esto su calidad de vida.

Bibliografía

- Bustos G. (2008). *Alcoholismo hoy*. Buenos Aires: Dunken.
- Derito, M. N. C. (2015). *Urgencias en psiquiatría. Psicosis de base somática*. Buenos Aires: Sciens.
- Di Giacomo, L. y Pellegrini, J. (1990). *Alcohol, alcoholismo, alcohólicos*. Buenos Aires: Ediciones Cinco.
- «Grupos Institucionales de Alcoholismo» (en línea). Río Negro: Municipalidad de Cipoletti. Recuperado el 28/06/2015 de <http://www.cipolletti.gov.ar/gia.php>.
- Kazdin, A. E. (1982). «Current development and research issues in cognitive-behavioural interventions: A commentary». *School Psychology Review*, vol. 11, n.º 1.

Sumando acciones..., optimizando resultados

Ruth Leegstra, Mónica Valle y Mauro Vela

Introducción

Derivado al Servicio de Internación, llega Darío, con aspecto desaliñado, muy sucio, abandonado y con un claro deterioro cognitivo.

Concurrió al Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo) acompañado por un referente del hogar donde había vivido un tiempo. Presentaba un cuadro de consumo compulsivo de alcohol, tras encontrarse en situación de calle desde hacía varios días luego de que lo desalojaran de la pensión que había estado alquilando el último período.

Según la información aportada por el referente, se podía observar un notorio deterioro en relación con otros momentos de su historia: desorganizado, desorientado, exponiéndose a situaciones de riesgo, con su cuadro psicopatológico agudizado.

Se encontraba en situación de vulnerabilidad social en múltiples aspectos; en lo económico no contaba con recursos propios, luego de que fuera suspendida su pensión no contributiva. Si bien posee formación de enfermero, contaba con escasa experiencia laboral. Su red social se limitaba a un solo familiar, que se presentó cuando fue convocado por el equipo tratante, y que además manifestaba su hartazgo con respecto a la situación de Darío y se mostraba poco colaborador respecto de acompañarlo en su tratamiento.

En su primer tiempo de internación Darío se observaba ansioso, solicitando constantemente y sin regulación alguna todo tipo de elementos personales, lo que denotaba una demanda insaciable.

Como expresa Gutiérrez Segú: «Alojado así en las miserias del ser no parece tener más chances que las que graciosamente le otorgue el poseedor de los recursos» (Gutiérrez Segú, 2007, p. 78).

Según sus dichos, el paciente solía beber dos botellas de alcohol fino (mezclado con agua) por día. Bajo estados de intoxicación, presentaba episodios de alucinosis reiterados, conjuntamente con cuadros delirantes que remitían en los períodos de «resaca».

Anteriormente, y desde sus inicios en el consumo de sustancias, sólo consumía alcohol y benzodiacepinas. Se autodefine como un «bebedor de la noche y el boliche».

Posteriormente, y a partir del fallecimiento de su madre, fue incrementando las ingestas hasta llegar a realizarlas diariamente; las vinculaba con el deseo de «estar con alguien», «No había alguien que me esperara», «[...] para no hundirme en el punto profundo, lo ahogaba con alcohol».

El vacío se presenta como una expresión primaria que describe el efecto del trauma, padecimiento que da cuenta de la carencia de una red significativa eficaz.

Como explica Gutiérrez Segú: «[...] en cambio se presentifica una herida en su psiquismo que no cesa de doler» (Gutiérrez Segú, 2007, p. 96).

De acuerdo con Freud (1990), con el quitapenas se puede escapar de la realidad refugiándose en un mundo que brinde mejores condiciones. Para Freud el tóxico tiene una localización precisa, es el elemento más eficiente para evitar el encuentro con la verdad del ser hablante, que es el padecimiento que tiene en la vida el ser humano.

Darío recurre al alcohol como modo de llenar un vacío que manifiesta la carencia de inscripción simbólica, intentando anular el dolor de existir.

Como dice Ravenna: «El ahogo de la telaraña se siente y el sujeto empieza a vivir como un atrapado sin salida. Es el comienzo del circuito del sufrimiento, la culpa, la impotencia, la resignación, el mal humor y la caída de la autoestima» (Ravenna, 2008, p. 60).

En otras ocasiones relaciona las ingestas con trastornos del ánimo caracterial, y se autodefine como «muy nervioso».

De su historia personal y familiar se recabaron los siguientes datos.

Convivió con la madre hasta el fallecimiento de ésta, y luego continuó viviendo solo en forma alternada con parejas transitorias.

Se autodefine homosexual, y marca como la etapa de «mayor locura en cuanto al consumo de alcohol y promiscuidad» aquella en la cual se travestía y realizaba actuaciones teatrales de monólogos en «boliches» nocturnos. Dicha etapa duró dos años aproximadamente, para luego volver a la vestimenta masculina.

De su padre, también fallecido, no hacía comentarios, y los únicos vínculos sanguíneos provienen de un hermano e hijas de éste, a quienes dejó de visitar después de un episodio en el cual sustrajo dinero de ese hogar.

Entre sus parejas homosexuales rescata «un gran romance» cuando era joven, que luego culminó por sus «excesivas escenas de celos».

El alcohol actúa en él como un regulador de los excesos de goce; sin embargo quedó entrampado en las paranoias con su pareja. De reducirse ese exceso, parecería algo de su deseo.

Según Casella: «El individuo se ve compulsado a reconocer, no su deseo, sino un objeto para su deseo, asimilado a necesidad» (Casella, 2011, p. 112).

Cumplimentó la carrera terciaria de Enfermería Profesional, la cual desempeñó hasta hace diez años, pero luego se dificultó el sostenimiento laboral por su problemática adictiva. Posteriormente se dedicó a trabajos de peluquería y podología.

En relación con los tratamientos realizados, se recabaron los siguientes datos.

En el año 2011 acudió por primera vez al hospital (en ese momento Centro Nacional de Reeducción Social), denotando un importante deterioro psicofísico, manifestando ser portador del virus VIH y encontrándose en situación de calle. En esa oportunidad fue orien-

tado a residir en el hogar, donde estuvo durante un tiempo, hasta que, dado el incremento en el consumo de alcohol, debió ser internado en una comunidad terapéutica.

Al cabo del este tiempo, fue externado con el fin de continuar el tratamiento en forma ambulatoria y vivir solo en una pensión. Sin embargo, y debido a que continuó consumiendo en forma desmedida, se lo orientó a vivir nuevamente en un hogar. De su tránsito por diversos dispositivos de tratamiento y habitacionales, el último hogar que lo recibió resultó ser un sostén en su tratamiento, ya que el equipo profesional de ese lugar lo acompañó y orientó durante el tratamiento en nuestro hospital.

Según expresa Gutiérrez Segú: «[...] adicción como sistema de cancelación del dolor de existir [...] grave falencia en la estructuración que básicamente afecta al Nombre del Padre, que forcluido (psicosis) o desfallecido (neurosis grave) no ha podido ejercer su función de límite al goce materno [...]» (Gutiérrez Segú, 2007, p. 59).

Desde el abordaje psicoterapéutico, se destacan las siguientes temáticas trabajadas:

- El cuerpo y su deseo de «volver a tener pectorales masculinos», rechazando el resaltamiento de sus senos, producto de la aplicación de sustancias siliconadas en la época en la que se travestía.
- Son relevantes en este punto las palabras de Lacan: «Si el hombre no tuviese lo que se llama un cuerpo, no estaría profundamente capturado por la imagen de ese cuerpo» (Lacan, 1998, p. 118).
- Producto de una relación heterosexual cuasi fraterna, su pareja resultó embarazada y perdió el bebé. Si bien el embarazo no fue buscado, en el transcurso de él se había «entusiasmado al palpar los movimientos del bebé en el vientre materno». Al fallecer el bebé, sufrió una crisis de angustia que ubica como una de las más dolorosas de su vida.
- La pérdida de la madre, quien falleciera en «sus brazos», por una enfermedad terminal.

- La necesidad de recuperar el título de enfermero para continuar ejerciendo dicha profesión realizando al menos «atención domiciliaria».
- La aspiración de no volver a vivir en situación de calle, la manifestación del deseo de continuar despertando por las mañanas «rodeado de paredes blancas» (en alusión a las instalaciones de este hospital) y no querer volver al «hogar de paredes oscuras».

Como equipo se trabajó intensamente en el primer tiempo de su internación, para contribuir a disminuir su ansiedad y regular las demandas constantes e indiferenciadas dirigidas a su familiar, situación que obstaculizaba el trabajo de revinculación.

De este modo, se trabajó la temática del lugar que Darío ocupaba en su familia, ya que representaba «el problemático», lo que resultaba estigmatizante para él. Se ha podido modificar esta imagen, y se logró que su familiar evidencie los logros, e incluso acepte que el paciente pueda visitarlo en la casa junto a su entorno, situación que no sucedía desde hacía muchos años.

En relación con lo social, se trabajó en función de reestablecer el cobro de su pensión, de modo que el paciente pueda contar con ese derecho.

Desde el enfoque psicoterapéutico, se considera que Darío pudo vislumbrar la intención de ceder algo de ese goce implícito y mortífero de su consumo, a partir de poder implicarse subjetivamente. De este modo se orientó la dirección de la cura, a propiciar la subjetivación de ese consumo, a fin de que se transforme en enigma, en interrogación, en síntoma.

De acuerdo con Sotelo, «[...] proponiendo en cambio la intervención del analista que apunta a tratar lo intratable [...]» (Sotelo, 2005, p. 145).

Se pudo contribuir así a un corrimiento subjetivo, se aspiró a que su consumo pueda ser regulado dejando de lado «los excesos y la locura».

Darío fue evolucionando en franca mejoría, se estabilizó en su destreza cognitiva y pudo dialogar, reflexionar, asociar y profundizar cada una de las temáticas por él traídas. Pasó de una primera etapa de conductas bizarras y actitudes desinhibidas, a una segunda etapa de mayor apertura social, en la que conservaba los marcos establecidos, para ir recuperando en forma progresiva los aspectos cotidianos descuidados.

Asimismo se pudo observar una mayor estabilidad dentro de su cuadro afectivo dependencial, y una mayor capacidad para lidiar contra sus pensamientos negativos, en torno a vivencias de soledad, desamparo y tendencia a «llenar vacíos» a través del consumo compulsivo de alcohol.

Darío reconoció sus excesos una vez que la satisfacción se alejó de la regulación simbólica a partir de una falla en esa instancia, y se transformó en un goce que sólo se anudaría a lo real del tóxico.

Si bien desde su internación evidenció un cuadro de déficit mnésico y pérdida de idea directriz que requeriría un mayor y más profundo diagnóstico, con el pasar de los meses se pudo observar una conexión más sostenida, sobre todo en lo concerniente a su discurrir y rememorar anécdotas de su vida.

Desde el equipo interdisciplinario se instrumentaron diferentes tipos de abordajes terapéuticos, como fueron el ingreso y participación al espacio de actividad física, necesaria para lograr una mayor plasticidad frente a la rigidez postural que presentaba. Como fue descripto anteriormente, ingresó a la institución con bajo peso, debido al avance de ciertas enfermedades que padecía.

Luego que se estabilizara en un peso normal para su talla y con un tratamiento psicofarmacológico adecuado, se encontraba apto para desarrollar actividades físicas de bajo impacto.

En principio, se trabajó mediante el cumplimiento de horarios, normas básicas de higiene, fortalecimiento de la voluntad, pequeños y grandes éxitos que fuera logrando y la derivación constante al espacio de terapia respecto de lo vivido en cada encuentro.

El segundo eje, el físico, se orientaría a mejorar la calidad de vida, sin exigir resultados ni pretender más de lo que el paciente estuviera dispuesto a dar. El aumento de la masa muscular, la mejora en la flexibilidad corporal y el trabajo cardiovascular despuntaban como objetivos deseados.

Se evaluó al paciente durante una semana, en breves periodos de participación en distintas actividades, con la estimulación de varios elementos. Se apuntó también a estimular las capacidades coordinativas, preferentemente la orientación, el acople y el ritmo. El paciente mostraba dificultades notorias para actividades aeróbicas de bajo impacto cardiológico (cortas caminatas y pequeños trotes).

Sin embargo, y con el paso de los encuentros, se fueron agregando otros participantes que estaban en situaciones parejas. Esto resultó de gran importancia por los avances y pequeños logros sociales.

Las actividades propuestas fueron sencillas, variadas y estimulantes, a saber: caminatas por los sectores verdes de la institución, pequeños trotes, elongación de tren superior e inferior, lanzamiento y atrapamiento de variados objetos (en situación lúdica) de pesos y formas variadas, y fortalecimiento del tren superior mediante el uso de complementos de bajo peso. Pasadas varias semanas de encuentros y cerca del final del periodo de internación, el paciente estaba en condiciones de participar en compañía de sus pares de pequeños encuentros deportivos (vóley y básquet en particular), donde demostró con algunos gestos su agrado por lo propuesto.

Según Dramisino, el «esquema LLEMAS» auspicia la intervención en seis áreas: locomotricidad, ludomotricidad, elasticidad, mio-relajación, agrado y sociabilización (Dramisino, 2013, p. 26).

Se trabajó acerca de su modo de vincularse con otros, con buenos resultados, ya que el paciente comenzó paulatinamente a interactuar y hacer lazo con sus pares, quienes lo tomaban como referente, ya que se encontraba siempre predispuesto a ayudar. Paulatinamente, en la actividad de cierre de la jornada deportiva, Darío empezó a interactuar con sus compañeros más activamente.

Podríamos, para reafirmar la importancia de la educación física en el trabajo interdisciplinario en la salud mental, invocar a la Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657, en palabras del mismo autor:

[...] podemos hablar de la actividad psicofísica como un aspecto integrante de la salud mental, pues se presupone, y así parecen corroborarlo muchos estudios actuales, que el ejercicio físico produce efectos saludables ya sea previniendo la aparición de trastornos o facilitando el tratamiento de los mismos» (Dramisino, 2013, p. 23).

El tratamiento en internación, ¿y después?

Se comenzaron a idear estrategias de externación; desde este marco se acordó en promover la externación al Hogar La Posada, cuyo objetivo es ofrecer una residencia de contención a pacientes portadores del virus VIH. En esta instancia se propició que Darío pudiera ocuparse de las gestiones pertinentes ejerciendo su autonomía, realizando el pedido de sus resúmenes de historias clínicas e informes necesarios del Hospital Muñiz para su incorporación al Hogar La Posada.

Una vez admitido, el paciente se mostró entusiasmado, ya que pudo visualizar las instalaciones y corroborar que tenían «las paredes blancas», lo cual representaba para él «un antes y un después»: «Ya no quiero más locuras, quiero una vida tranquila..., sin sobresaltos [...]».

El equipo lo acompañó el día de la entrevista en la que se evaluó el ingreso al Hogar La Posada, y también el día de su externación hacia ese lugar.

Es importante destacar también que su aspecto se había modificado notablemente, ya que se vistió de traje, lo cual sorprendió y llamó la atención de todos los que tuvieron ocasión de conocerlo en el ingreso al hospital.

Como expresa Berta:

[...] lo insólito en la vida es espontáneo y puede ocurrir en cualquier momento y circunstancia de nuestra vida. No podemos preverlo ni anticiparlo con total precisión y certeza, pero sí podemos estar atentos a su posible irrupción en aquellos arreglos empíricos que lo favorecen [...] (Berta, 2005, p. 23).

Luego de ser externado, continuó concurriendo por Consultorios Externos, hasta tanto se efectivizó su derivación a un centro de salud cercano al hogar. En esa ocasión manifestó su agradecimiento al equipo interdisciplinario y al Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo), ya que había encontrado el lugar donde no solamente iba a poder «despertar por las mañanas entre paredes blancas», sino que también, por sus conocimientos de enfermería, le habrían encomendado controlar diariamente los signos vitales de sus compañeros residentes del hogar, quienes necesitaban, por su condición clínica, una atención especial. Esta cuestión le permitió recuperar su «título de enfermero profesional», lo que representaba un cambio de posición significativo hacia la recuperación de su propia estima.

Con este simple recurso queda afuera del torbellino de la demanda sin sentido y el exitismo a cualquier precio, logrando un alejamiento de sus tendencias depresivas.

Conclusiones

La experiencia de Darío nos permite reflexionar acerca de la importancia del trabajo interdisciplinario. El desempeño de nuestra actividad profesional en el Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo) nos posibilita aprovechar el impulso y el desafío de generar el encuentro con otras disciplinas.

Observándose la situación de deterioro en múltiples áreas, se constituía en una situación sumamente compleja a la hora de diag-

nosticar, planificar estrategias, priorizar acciones. Se ha trabajado en función de fortalecer sus lazos, tanto con su familiar referente como con los profesionales del hogar donde residía antes de su internación. Ambos brindaron en distintos momentos apoyo y acompañamiento. Darío no quería volver al hogar y el equipo consideraba que requería de otro dispositivo habitacional que le permitiera continuar con cierta regulación del consumo y atención de sus necesidades clínicas.

En función de lo expresado es que surgió la idea del Hogar La Posada, como aquél que ofrecería las condiciones que Darío requería.

Cotidianamente nos enfrentamos con dificultades para que las externaciones se lleven a cabo en condiciones óptimas, ya que frecuentemente la práctica nos revela que los pacientes cuentan con escasa, fragmentada o inexistente red de contención social o familiar, lo que dificulta la tarea al planificar la externación e inclusión social-laboral.

La escasez de dispositivos intermedios condiciona las externaciones cuando el paciente no cuenta con referentes en su entorno que puedan alojarlo, o al menos participar como sostén en el afuera, si se externa solo o hacia algún dispositivo habitacional convivencial.

En el caso de Darío, los obstáculos han podido ser superados, teniendo como pauta básica el diálogo entre las distintas disciplinas así como la participación en los espacios de supervisión interdisciplinaria como recurso imprescindible al momento de definir estrategias de externación.

Bibliografía

- Berta, M. (2005). *Lo insólito y su sentido*. Montevideo: Ediciones de la Plaza.
- Carballeda, A. (2001). «La interdisciplina como diálogo. Visión desde el campo de la salud». En *Revista El Margen*, n.º 23.
- Casella, M. (2011). *¿La droga es el tóxico?* Buenos Aires: Lugar Editorial.

- Donghi, A.; Gartland, C.; Quevedo, S. (2005). *Cuerpo y subjetividad*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Dramisino, H. (2013). *Psiquiatría, actividad psicofísica y deporte*. *Revista Latinoamericana de Psiquiatría*, vol. 12, n.º 2.
- Freud, S. (1998). *El malestar en la cultura*. En *Obras Completas*, tomo XXI. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gutiérrez Segú, O. (2007). *Las adicciones o cómo ir por lana y salir trasquilado*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Sotelo, I. (2005). *Clínica de la urgencia*. Buenos Aires: J. V. Ediciones.

Dispositivos extramuros: ¿se hace camino e interdisciplina al andar...?

Daiana Loiacono, Diego Medolla, Mailén Romero y Sandra Tejeda

Introducción

Como indica la Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657, entendemos el trabajo interdisciplinario como un eje fundamental y necesario a la hora de abordar las problemáticas que se presentan en el ámbito de la salud mental, en este caso más específicamente en los nuevos dispositivos desarrollados en el Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo), que generan ampliación de derechos.

Uno de estos dispositivos es aquel en el cual las mujeres pueden recibir tratamiento con sus niños, y que ellos no sean derivados a instituciones de menores/hogares y pierdan el vínculo materno. Dicho dispositivo se inicia en el año 2014 con la firma de un acuerdo entre el Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo) y el Hogar de Cristo,¹ que actualmente se encuentra funcionando en el barrio de Floresta.

De nuestras intervenciones diarias en el hospital surgió la necesidad de construir este proyecto, por lo que nos ocuparemos de describir el desafío de incorporar un equipo interdisciplinario dentro del dispositivo. Abordaremos también qué aspectos obstaculizan y cuáles motorizan este trabajo interdisciplinario, con el fin de que

1. El Hogar de Cristo es un grupo de diez hogares que dependen de la vicaría para las villas de emergencia del arzobispado de la ciudad de Buenos Aires, y que trabajan con personas en situación de calle.

su accionar resulte eficaz a la hora de trabajar con las pacientes, quienes, como sujetos de derecho, deben recibir el tratamiento más adecuado por parte de su equipo terapéutico. Para esto, apuntaremos a la continuidad del tratamiento, como también al acompañamiento, considerando la singularidad de cada caso y sus respectivas dinámicas, teniendo como objetivo siempre la realización de actividades que permitan la construcción de la autonomía del paciente.

Consideraciones sobre el equipo interdisciplinario: obstáculos y desafíos

Por muchos años el tratamiento de la salud mental giró en torno a la psiquiatría, y las diversas profesiones trabajaban acompañando la mirada biomédica. Esta manera de abordar la salud mental se ha ido modificando a lo largo del tiempo, y a través de la implementación de la nueva Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657 queda reflejado cómo se la piensa en la actualidad.

La ley define la salud mental como «[...] un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona» (Ley n.º 26.657, cap. II, art. 3º).

De esta manera surge la necesidad de pensar en la participación de profesionales de diferentes disciplinas. Menéndez Osorio (1998) afirma que no se trata de la suma de saberes ni de la yuxtaposición de intervenciones, sino de la interacción e intersección de los conocimientos en la producción de un nuevo saber. Por lo tanto, toma relevancia el concepto de «interdisciplina».

La puesta en funcionamiento del equipo interdisciplinario dentro del dispositivo mencionado anteriormente de mujeres con hijos sería una forma de entender y abordar problemáticas complejas, lo cual implicaría que las diferentes disciplinas puedan construir una

conceptualización común al problema, y, a su vez, implementar estrategias de intervención comunes en el abordaje clínico-teórico. Solitario, Garbus y Stolkiner (2007) sostienen que es un posicionamiento que obliga a reconocer la incompletud de las herramientas de cada disciplina. De esta manera, la actividad interdisciplinaria se inscribiría en la acción cooperativa de cada sujeto miembro del equipo. El estilo singular de cada profesional se potencia en el trabajo y en el intercambio con otros, con lo cual se logra una puesta en común.

Dicha forma de abordaje conllevaría aspectos que podrían facilitar y/u obstaculizarlo, los cuales es necesario tener en cuenta a la hora de comprometerse en el trabajo como parte de un equipo interdisciplinario.

A partir de la experiencia en el dispositivo para mujeres con niños, observamos que uno de los pilares fundamentales del trabajo interdisciplinario, como mencionan Fantini *et al.* (2008), es generar y sostener diferentes canales de comunicación que posibiliten el intercambio y la interrelación entre los integrantes del equipo, para que de esta manera no sea un trabajo aislado de una sumatoria de especialistas, sino que, por el contrario, sea un trabajo en conjunto para un bien común. Por esta razón, se hace necesaria la creación de espacios de discusión que faciliten esta comunicación, como, por ejemplo, ateneos, reuniones de equipo, supervisiones, entre otras, con el fin de enriquecer dicho intercambio.

A partir de nuestra experiencia de trabajo en el dispositivo, observamos que muchas veces aquello que motoriza no puede llevarse a cabo. Parecería ser más sencillo volcar conceptos formados y apprehendidos casi como de memoria, desde cada disciplina, respetando y conociendo al pie de la letra las condiciones para la atención fuera del ámbito hospitalario para las pacientes, y así observamos varias intervenciones no tomadas en conjunto.

Deberíamos estar atentos a no caer en conductas poco flexibles, y si suceden dichas conductas, ¿estarían avaladas por la urgencia? ¿O sobre la base de qué experiencias previas o trayectorias recorri-

das, títulos habilitantes y lecturas que no todos los miembros del equipo hemos recorrido, estarían justificadas las tomas de decisiones unilaterales? Empezar la tarea de la revisión constante de las condiciones que son necesarias para evitar esto es imprescindible. Resulta inevitable, por lo tanto, que frente a la urgencia nos preguntemos dónde quedaría lo interdisciplinario.

Con esta mirada sobre la salud en general y más específicamente sobre nuestro trabajo cotidiano de salud mental y adicciones, ¿de dónde proviene la falta de apertura a lo interdisciplinario, no desde un discurso armado sino desde la práctica clínica con sus respectivas intervenciones tomadas en colectivo?, ¿del desconocimiento de cómo proceder en esta nueva forma de pensar las intervenciones en la salud mental? En esto precisamente se requiere la capacidad de reconocer la incompletud de la propia disciplina y no pensarla como suficiente para dar cuenta del problema. Además nos preguntamos: las personalidades y los egos de cada uno de nosotros como profesionales de la salud en nuestras respectivas áreas, ¿influyen en esta no toma de decisiones colectivas?

Estos interrogantes nos hacen pensar que debemos tener presente la complejidad misma de un equipo interdisciplinario, dado que esto implica autocriticarnos, rever nuestras prácticas cotidianas, reflexionar y al mismo tiempo construir constantemente cómo trabajar en tanto parte de él. Esto no nos aleja, sino todo lo contrario, nos hace repensar qué tipo de equipo somos y seremos. No es una tarea fácil, pero es nuestra obligación y nuestro derecho manifestar y expresar estos interrogantes, ¿y con quiénes plantearlos si no con nuestros compañeros de trabajo, con los cuales trabajamos a diario para ofrecer el mejor tratamiento posible para los pacientes?

Por lo tanto, la interdisciplina, como señala Bru (2012), no debe ser pensada como algo a devenir desde el exterior, sino que se trata de una construcción que se debe intentar comenzar desde el hoy, que no requiere más que el recurso humano, y empieza en la actuación de cada uno de los profesionales involucrados. Se trata de transformar nuestras acciones cotidianas.

«La interdisciplinariedad nos permite ver de un nuevo modo la realidad, en tanto nos abre a nuevos lenguajes que no conocíamos, que tienen formas diversas de nombrar las cosas, incluso algunas que no habíamos considerado» (Bru, 2012, p. 6).

Bibliografía

- Benedetti, E. (2013). *Plan estratégico 2013-2015*. Buenos Aires: Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).
- 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 *1.ª Jornada de salud mental y adicciones. Dispositivos de intervención clínica*. Buenos Aires: Ediciones Licenciada Laura Bonaparte.
- Bru, G. (2012). «La interdisciplina como utopía» (en línea). En *Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, n.º 67. Recuperado el 29/06/2015 de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4112680>.
- 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 Osorio, A. (1998). «Interdisciplinariedad y multidisciplinariedad en salud mental» (en línea). En *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol. 18, n.º 65. Recuperado el 25/06/2015 de <http://www.revistaen.es/index.php/aen/article/view/15582/15441>.
- Solitario, R.; Garbus, P. y Stolkner, A. (2007). «Atención Primaria de la Salud e interdisciplina: dos componentes claves para las reformas en salud mental» (en línea). *Revista de la Asociación Médica de Bahía Blanca*, vol. 17, n.º 3. Recuperado el 29/06/2015 de http://www.ambb.com.ar/trabajosrevistacientifica/1383_RCAMBBvol17_3_pag63_68.pdf.

Tolsá, L.; Falugi, D.; Laisa, A. M.; Tacchetti, C. y Marful, A. (s/f). «Importancia del trabajo interdisciplinario: una experiencia institucional» (en línea). Recuperado el 17/06/2015 de www.fmed.uba.ar/depto/saludmental/jornada/2014/2.1.pdf.

Pensar la externación desde la interdisciplina: reflexiones a partir del Programa Vuelta a Casa

Vanina P. Catalán

Introducción

La puesta en marcha del Programa Vuelta a Casa, pautado en el *Plan estratégico 2013-2015* del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo), suscitó una serie de reflexiones en torno a la externación de pacientes y su horizonte: la integración social. Algunos de sus componentes; como el apoyo económico, la búsqueda de vivienda, el sostén de espacios de referencia, la continuidad del tratamiento, entre otras cosas; requieren del acompañamiento profesional e interdisciplinario. La conjunción de estos elementos a la hora de avanzar con un proceso de externación nos obliga a reinventar estrategias, debatir, salir del consultorio, desafiar lo convencional y apostar a las capacidades, intereses y deseos de los pacientes. Más aún cuando se trata de sujetos que han atravesado periodos de institucionalización prolongados, y lógicas de tratamiento asilares y manicomiales anteriores a la Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657.

La experiencia vivida durante un año de implementación del Programa Vuelta a Casa nos reveló la potencia del quehacer interdisciplinario y los obstáculos que aún debemos enfrentar como equipo de trabajo en pos de diseñar, acompañar y sostener cada proyecto singular de externación.

Cuando de integración social se trata

El Programa Vuelta a Casa da sus primeros pasos en el plano de las ideas durante la construcción del *Plan estratégico 2013-2015* del Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo). Allí, decíamos, en las ideas pero con las bases fuertemente arraigadas en las circunstancias actuales de la población que mayoritariamente es atendida en dicho hospital, este programa se pensó para acompañar la externación de pacientes y revertir los efectos de la institucionalización prolongada. Su inicio fue planificado para el año 2014. Así fue que comenzamos a armar los detalles operativos y funcionales de este programa, y en marzo de ese mismo año incorporamos a los primeros pacientes.

Para adentrarnos en las reflexiones que surgieron en el transcurrir de su implementación, me detengo un breve instante para describir cuáles son los componentes de este programa y sus premisas básicas.

Como dicta la Resolución n.º 079/14, que formaliza su creación,

El Programa Vuelta a Casa pretende situarse en la actualidad sociohistórica, económica y cultural de los sujetos usuarios de los servicios de esta institución, quienes se encuentran atravesando diversas situaciones de vulnerabilidad social y económica que obstaculizan el proceso de externación y/o la continuidad de los tratamientos ambulatorios. De esta manera, se desplegarán estrategias intrainstitucionales e intersectoriales que, en el marco de un plan terapéutico y partiendo de la singularidad de cada situación, fortalezcan las redes socioafectivas y posibiliten un mayor grado de autonomía.

Se trata entonces de un programa pensado no sólo para personas que se encuentran internadas en el hospital, sino también para pacientes ambulatorios. Con los primeros, el objetivo se centra en la construcción de un proyecto de externación, aportando de esa ma-

nera a la efectiva implementación de la Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657.¹

Respecto a los segundos, nos enfocamos en aquellos aspectos que dificulten o impidan el sostén del tratamiento que se encuentran realizando; en acompañar proyectos ligados a mejorar su calidad de vida, que permitan darles un giro significativo a sus tratamientos.

El Programa Vuelta a Casa consta de dos componentes fundamentales: el apoyo económico y el acompañamiento interdisciplinario. En ellos profundizaremos en el siguiente apartado, pero en principio diremos que se trata de un monto de dinero de carácter mensual enmarcado en un proyecto concreto ya sea de externación o, como mencionamos, para sostener un tratamiento ambulatorio. Este proyecto se elabora por el equipo interdisciplinario tratante, el Programa Vuelta a Casa y el paciente.

En ambos casos, el marco de referencia es el derecho a la salud, y su horizonte es la integración social. Y aquí hacemos un primer llamado de atención. Decimos «integración social» y no simplemente «inclusión» o «reinserción social», ya que los supuestos que anteceden a estas caracterizaciones nos dicen que aquel que se encuentra atravesando una situación de internación se encuentra por fuera de la sociedad y necesita reeducarse, aprender a insertarse. La mirada está puesta en el individuo y no en la situación problemática (Cavalleri, 2008, pp. 40-43)² que está atravesando. Allí se desdibuja la

-
1. La Ley de Salud Mental n.º 26.657/10, en el cap. VII, arts. 14 y 15 establece que la internación es un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y en ningún caso puede indicarse o prolongarse para remediar problemáticas sociales. Por lo tanto, el otorgamiento de un subsidio económico se plantea como una estrategia indispensable para aquellos pacientes que, aun disponiendo de familiares o entorno de referencia, requieren del apoyo económico necesario para su integración social.
 2. Utilizamos aquí la noción de *situaciones problemáticas* en lugar de «problemas sociales», de acuerdo a lo planteado por la autora: «La noción de *problemas sociales* remite a la fragmentación y sectorización de lo social, donde es posible distinguir y separar un problema de otro, sin que altere sustancialmente la situación en la que se originan y suceden [...] se liga a una determinada forma de

responsabilidad del Estado en la salud de la población, y la complejidad que define cualquier situación de padecimiento mental y/o consumo problemático.

Además creemos que la integración, no sólo como concepto sino también como situación, aspira a algo más que la tríada trabajo-educación-vivienda. Sin desestimarlas pero enriqueciéndolas, se trata de acompañar proyectos de externación que contemplen no sólo incorporarse en aquello que el padecimiento y sus circunstancias contextuales y conexas lo excluyó, sino también en otorgar sentido y densidad al transcurrir cotidiano. Conectarse con espacios de socialización, responsabilizarse de actividades tales como elegir su ropa, planear una salida, etc. Reinventar sus vínculos afectivos, encontrar nuevos. Integración social que «...sólo puede aspirar a legalizar la legitimidad de las diferencias, reconocerle el territorio de lo polimorfo, de lo multiforme, la diversidad de sentidos» (Dabas y Perrone, 1999, p. 4).

Aquellas personas que durante muchos años han ingresado y reingresado a diversos espacios de internación hospitalaria, comunidades terapéuticas, hogares transitorios, en la mayoría de los casos atravesados por intervenciones asilares y manicomiales; que han experimentado periodos prolongados en situación de calle o pasillo, u otras situaciones de extrema desafiliación (Castel, 2002) y vulneración de derechos fundamentales, han padecido el desgaste de la cotidianeidad, la fragilización de su red vincular, la anulación de decisiones tales como «qué comprar para almorzar», «qué me gustaría hacer durante el día», «con quién me gustaría vivir», tan mínimas como significativas.

No se trata de una tarea sencilla, ya que la reciprocidad se pone en juego. Esta situación de desafiliación nos obliga a trabajar no sólo con la persona, sino también con su entorno vincular, con la comu-

comprender la cuestión social, la que la entiende como efecto negativo del capitalismo, pero que es transitoria y superable dentro del mismo orden capitalista». (Cavalleri, 2008, p. 43).

nidad a la que pertenece; con la política pública en todas sus áreas, en la construcción de un entramado relacional que sostenga la integración social y deje a un lado la marginación y estigmatización.

Y entonces, cuando de integración social se trata, la experiencia de un año de trabajo nos demostró que la interacción de conocimientos y experiencias en el espacio de la interdisciplina es condición necesaria y primera para avanzar en este camino.

Los aportes de la interdisciplina al proceso de externación

Como mencionamos en las primeras líneas de este trabajo, el Programa Vuelta a Casa cuenta con dos componentes: el apoyo económico y el acompañamiento profesional. Y su estrategia es intrainstitucional e intersectorial. Estos elementos son fundamentales a la hora de iniciar junto al paciente un proceso de externación.

Cuando hablamos de lo intrainstitucional, nos referimos a que el Programa Vuelta a Casa se involucra de manera transversal al tratamiento que se encuentra realizando el equipo junto al sujeto. No se trata de aislar con un equipo diferente cada instancia –para la internación un equipo; para acompañar la externación, otro–, sino de sumar un nuevo integrante a la dinámica del tratamiento ya iniciado. Pero no sólo en este aspecto se encuentran las relaciones intrainstitucionales, ya que un proceso de externación debe contemplar la continuidad del tratamiento en su modalidad ambulatoria. Esto requiere diálogo permanente entre el equipo y el programa, y entre los distintos dispositivos con los que cuenta el hospital para su efectivo acompañamiento y continuidad.

La intersectorialidad no se define por el mero trámite o gestión de recursos en el marco de la política pública, sino por tejer acuerdos institucionales firmes –para lo cual es importante evaluar su viabilidad y sostén en el tiempo– y aceitar los mecanismos de comunicación con instituciones de la cultura, con aquellas que puedan ofrecer espacios para realizar pasantías, organizaciones de tipo co-

munitario, efectores de salud del primer nivel, hogares permanentes, casas de medio camino, entre muchas otras, que son parte de la política sanitaria y social.

Concretar el derecho a la salud no implica sólo crear un sistema sanitario eficiente, sino modificar las relaciones humanas con énfasis en la participación popular de la actividad sanitaria. Por eso es que no se puede hablar de política sanitaria sin política social, así como no es posible pensar un plan de salud mental desvinculado de los planes sanitarios generales.³

En resumen, tanto el trabajo intrainstitucional como el intersectorial requieren de intervenciones dinámicas, reinventando estrategias dentro y fuera del consultorio.

Hasta aquí, desglosamos algunas cuestiones que, al mirar detenidamente, vislumbran otros elementos de gran complejidad: ¿cómo iniciar un proceso de externación? ¿Qué papel juega allí el apoyo económico? ¿Qué nos brinda la interdisciplina frente a los escenarios actuales?

En principio, la integración social se da en el espacio de lo cotidiano, definido este último por algunos autores como:

...el conjunto de actividades que caracteriza la reproducción de los hombres singulares que, a su vez, crean la posibilidad de reproducción social [...] en la vida cotidiana, el individuo se reproduce directamente en cuanto individuo, y reproduce indirectamente la totalidad social (Brant de Carvalho, 1994, p. 26).

Es decir, se trata del espacio donde cada sujeto desarrolla su historia particular y la historia general, con acciones que posibilitan la reproducción del conjunto de la sociedad (Gianna, 201, p. 50).

3. Propuesta y Planes de trabajo. Gobierno del pueblo de la Provincia de Buenos Aires, Ministerio de Salud, p. 6.

¿Por qué señalar estas definiciones conceptuales acerca de la cotidianeidad? Porque es allí mismo donde se entrecruzan los saberes disciplinares para acompañar un proceso de externación.

Me refiero a definir cuáles son los aspectos sociohistóricos –experiencias educativas, laborales, afectivas– posibles de recuperar o reinventar en la vida de un sujeto, qué cuestiones pueden profundizarse desde el espacio terapéutico para acompañar cada decisión, duda o temor, incluso la expectativa de iniciar un proyecto propio; cómo trabajar el uso de la medicación, la regulación del consumo desde la perspectiva de reducción de riesgos y daños –descartando la abstinencia como condición de externación–, y la posibilidad de contar con referentes que colaboren en todo el proceso, es tarea del equipo interdisciplinario.

Es este mismo espacio de lo cotidiano –con su significado, posibilidades y limitaciones para el sujeto–, el que debemos analizar, definir conceptualmente y reconstruir desde la intervención interdisciplinaria. Un proceso de externación se inicia con esa construcción a la vez teórica y práctica. De allí derivarán las gestiones necesarias, el acompañamiento extra-muros, y los diversos giros que puedan darse en el transcurrir de la intervención.

Y en este entramado, el uso del aporte económico mensual suscita grandes debates, donde muchas veces reaparecen viejos paradigmas ligados a la incapacidad del sujeto de hacer uso de ese dinero para lo pautado en el proyecto; ideas de peligrosidad o de un posible consumo compulsivo. De todas maneras, al momento de trabajar los pormenores del qué, cómo, dónde en torno a ese dinero, se requiere del aporte de todas las disciplinas involucradas. El significado que puede adquirir en el marco de su historia de vida, las posibilidades reales de su utilización, incluso la transmisión de información clara y precisa.

La experiencia también nos permitió reflexionar acerca de los distintos significados que adquiere el dinero, más allá de considerarlo un subsidio para la subsistencia básica. En muchas ocasiones, el elemento económico resignifica la relación con sus referentes socio-afectivos. Permite, por ejemplo, que el paciente amplíe o reacondi-

cione la vivienda para que su familia pueda alojarlo y evitar así situaciones de hacinamiento. En otras, encarna la posibilidad de contar con el recurso para hacer un regalo a un hijo/a, propiciar el encuentro o la revinculación; o bien pagarse un curso o actividad deportiva o cultural que abra el abanico de posibilidades para la construcción de espacios de referencia comunitarios.

Con cada uno de los pacientes que hasta el momento ingresaron en el Programa Vuelta a Casa, participaron activamente en las instancias de decisión referidas a los aspectos que aquí detallamos. Con avances pero no sin retrocesos, la interdisciplina se transformó para este programa en un espacio de construcción, de contrastes, de cierta revelación de la necesidad que tenemos del saber y la experiencia que las otras disciplinas puedan brindarnos. No podemos pensar en la integración social de los sujetos con los cuales trabajamos si no contemplamos la singular complejidad de cada uno de ellos, el espacio cotidiano, y la intervención interdisciplinar que su acompañamiento exige.

Bibliografía

- Benedetti, E. (2013). *Plan estratégico 2013-2015*. Buenos Aires: Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).
- Brant de Carvalho, M. C. (1994). «O conhecimento da vida cotidiana: base necessária à prática social». En Brant de Carvalho, M. C. y Netto, J. P. *Cotidiano: conhecimento e crítica*. San Pablo: Cortez Editora.
- Castel, R. (2002). *La metamorfosis de la cuestión social*. Buenos Aires: Paidós.
- Castel, R. (2004). *La inseguridad social. ¿Qué es estar protegido?* Buenos Aires: Manantial.
- Cavalleri, S. (2008). «Repensando el concepto de problemas sociales. La noción de situaciones problemáticas». En Castronovo, R. y

- Cavalleri, S. (ed./comp.). *Compartiendo notas: el trabajo social en la contemporaneidad*. Buenos Aires: Ediciones de la UNLa.
- Dabas, E. y Perrone, N. (1999). *Redes en salud*. Buenos Aires: FUN-CER.
- De Certeau, M. (1999). *La invención de lo cotidiano. Artes de hacer*. Vol. 1. México: Universidad Iberoamericana.
- Garello, S. y Ponzzone, J. (2008). «Subjetividades inciertas, instituciones fragmentadas. Aportes para una lectura de las actuaciones profesionales contemporáneas». En Castronovo, R. y Cavalleri, S. (comp.). *Compartiendo notas. El trabajo social en la contemporaneidad*. Buenos Aires: Ediciones de la UNLa.
- Gianna, S. (2011). «Vida cotidiana y Trabajo Social: límites y posibilidades en la construcción de estrategias de intervención profesional». En *Revista Cátedra Paralela*, n.º 8, pp. 48-68.
- Ley n.º 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Decreto reglamentario 603/2013. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 3 de diciembre de 2010.
- Netto, J. P. (2002). «Reflexiones en torno a la cuestión social». En VV. AA. *Nuevos escenarios y prácticas profesionales*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Netto, J. P. (1997). *Capitalismo Monopolista y Servicio Social*. San Pablo: Cortez Editora.
- Propuesta y Planes de trabajo. Gobierno del pueblo de la Provincia de Buenos Aires, Ministerio de Salud.
- Resolución n.º 079/14. Creación del Programa Vuelta a Casa. Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo), Buenos Aires, Argentina, marzo de 2014.

V. LA CLÍNICA INTERDISCIPLINARIA
CON NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES

La actual clínica interdisciplinaria con niñas, niños y adolescentes enfrenta nuevos problemas y desafíos. Por ejemplo, tanto las transformaciones en las subjetividades infantiles, juveniles y familiares como las variaciones normativas en salud mental ponen en cuestión las estrategias y los dispositivos heredados. Teniendo en cuenta este panorama, el siguiente apartado problematiza –a partir de reflexiones teóricas y análisis clínicos e institucionales– diversas dimensiones de la clínica interdisciplinaria contemporánea con niñas, niños y adolescentes.

Condiciones de acceso a la salud mental en un dispositivo ambulatorio de niñas, niños y adolescentes

Carolina Alcuaz, Ana J. Caporale y Pablo A. Coronel

Introducción

La práctica profesional con pacientes adultos en el campo de las problemáticas adictivas a lo largo de los años permite esclarecer que generalmente la vulneración de derechos, los contextos sociales y familiares adversos comienzan a temprana edad. La mayoría de los pacientes adultos que lograron sostener algún tipo de tratamiento muestran signos de sufrimiento en dicha etapa de la vida cuando se trabaja sobre su historia vital. Más allá del consumo de sustancias (que, producto de la fragmentación social, logra instalarse a menudo alrededor de la primera década de la vida vinculado a fugas del hogar), la anamnesis del paciente adulto logra arrojar los primeros síntomas de cuadros psicopatológicos diversos hacia el comienzo de la adolescencia, constituyendo ese momento una oportunidad trascendental para intervenir en la instalación de cuadros y así evitar un empeoramiento de la evolución en la vida adulta.

Se hace evidente así la necesidad de dar cobertura en salud mental a las problemáticas que surgen en el grupo poblacional de niñas, niños y adolescentes que comienzan a desarrollar síntomas que, si no son evaluados a tiempo, podrían terminar a futuro configurando verdaderos cuadros psicopatológicos en la edad adulta. Esta necesidad se hace aún más tangible si se amplía el poder de accesibilidad con la presencia territorial de evaluaciones interdisciplinarias que en el desarrollo de actividades de prevención, promoción y atención en el primer nivel de salud puedan dar cuenta de la demanda que

habitualmente no accede a los dispositivos tradicionales intramuros (Cabanchik, Catalán y Coronel, 2014).

Cobra sentido, entonces, la creación de un dispositivo clínico alternativo a los existentes, que funcione en articulación con equipos interdisciplinarios, territoriales, en el primer nivel de atención y, a su vez, pueda acceder a niveles de complejidad en atención crecientes en articulación con un hospital. Este tipo de atención no estaría confinado espacialmente en el ámbito hospitalario, y también sería ideal su separación de la atención de la población adulta.

A su vez, debiera ser contemplado en las características de este dispositivo un nivel de flexibilidad adaptable a los tipos cambiantes de presentaciones clínicas que responden a nuevas necesidades vinculadas a modificaciones en el contexto histórico social.

Es esta necesidad, que a nuestro parecer merece ser estudiada, a los fines de armar un dispositivo con capacidad de readaptación, que pueda dar respuestas a los nuevos requerimientos clínicos que su demanda exhibe.¹

El Dispositivo Ambulatorio de Atención de Niñas, Niños y Adolescentes comienza a funcionar como parte de la oferta de atención ambulatoria del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo) en marzo de 2014, según lo establecido en el *Plan estratégico* para la intervención del Centro Nacional de Reeducción Social para el período 2013-2015 (Benedetti, 2013), acorde a los marcos legales delineados por la Ley n.º 26.529 de Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado, la Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657, el Programa de Asistencia Primaria de Salud Mental (Ley

1. Al respecto puede consultarse el informe de avance de la investigación que tiene por objetivo obtener información sobre el perfil epidemiológico de los motivos de consulta que llegan al dispositivo que presentaremos aquí: Alcuaz y Coronel (2015), «Estudio exploratorio cualitativo y cuantitativo de los motivos de consulta en un dispositivo de atención a la Demanda Espontánea en el Servicio de niñas, niños y adolescentes del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo)».

n.º 25.421), y la Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes n.º 26.061.

Atención a la demanda espontánea

El dispositivo de Atención a la Demanda Espontánea (ADE), puerta de entrada a nuestro servicio, está integrado por diferentes equipos interdisciplinarios (Psiquiatría, Trabajo Social y Psicología) que reciben los distintos motivos de consulta. Como su nombre lo indica, se trata de establecer una entrevista como respuesta a los pedidos de consulta que espontáneamente se presentan. Es decir que no se establece una lista de espera, sino que se oferta una escucha en el mismo momento en que alguien la pide. Esa primera escucha interdisciplinaria intenta alojar un pedido de atención para realizar una primera aproximación diagnóstica, que permita delimitar la modalidad de tratamiento singular a ofertar para cada caso.

Se tratará en esa primera escucha de situar los comienzos del padecimiento subjetivo por el cual se consulta, de precisar cuál es el padecimiento subjetivo en juego, las coordenadas de su desencadenamiento en la historia vital del sujeto, y las respuestas del niño o adolescente y de su entorno social frente al sufrimiento (Alcuaz y Coronel, 2014, pp. 88-98). Es importante situar la presencia o no de un relato subjetivo, es decir, si alguien puede hablar de lo que le pasa (identificar una causa, una pregunta, relatar una historia, etc.) o está arrasado subjetivamente por su conflictiva como sujeto de la palabra. Prestamos atención a la relación del sujeto con la palabra (si hay o no relato, si hay confianza en el valor de la palabra o increencia) y la relación del sujeto con su padecimiento (su capacidad de crítica, de reflexión, de registro de la gravedad de sus síntomas o de sus prácticas de riesgo).

Prestamos atención, desde el equipo interdisciplinario que realiza la entrevista, a quien pide la consulta, si es el futuro paciente o sus referentes. Localizamos las características de la urgencia, si hay un riesgo potencial o cierto e inminente para sí o terceros.

La elaboración de un diagnóstico interdisciplinario de situación para definir la planificación terapéutica que va a requerir, además de la indagación de modalidades de tratamiento previas, su duración y resultado. Si los tiempos de la clínica lo permiten, puede ser necesaria la comunicación directa con otros actores que intervienen en tratamientos pasados y/o articular intersectorialmente con efectores de otras áreas (escuelas, juzgados, defensorías, hogares, servicios zonales y locales, etc.).

Una vez integradas y debatidas las observaciones del equipo interdisciplinario, en base a una presunción diagnóstica acordada, se decidirá sobre la modalidad terapéutica a seguir con los requerimientos individuales del caso: la frecuencia de atención, la modalidad ambulatoria o de internación en la atención, y el dispositivo más adecuado a estos requerimientos: consultorios externos, inclusión en talleres, hospital de día o articulación para salas de internación en otros hospitales.

Fuentes de articulación y llegada de la demanda

Podríamos sintetizar en tres fuentes de derivación y articulación los casos de demanda observados a lo largo del funcionamiento del dispositivo desde su creación, en enero de 2014. Lo que denominamos «sector salud» está constituido por el campo de derivaciones intra e interhospitalarias a nivel de tres jurisdicciones que a menudo se superponen: Ciudad Autónoma de Buenos Aires (hospitales pediátricos generales y monovalentes), provincia de Buenos Aires (principalmente sector sur del primer cordón del conurbano bonaerense) y la jurisdicción nacional (Hospital Nacional en Red –ex CeNaReSo–, Hospital Nacional Prof. Alejandro Posadas y Hospital de Pediatría Prof. Dr. Juan P. Garrahan).

La articulación con lo que podríamos denominar «sector educación» trae consultas provenientes de diferentes distritos escolares correspondientes a la zona donde está emplazado el dispositivo

(Distritos Escolares 5 y 6), como así también de centros educativos terapéuticos, escuelas especiales o de recuperación, o escuelas domiciliarias.

Si bien este dispositivo se encuentra concebido en su marco reglamentario en el Sistema de Protección de Derechos de niñas, niños y adolescentes, podemos tipificar cierto tipo de demanda como proveniente de otros sectores del mismo, como juzgados civiles nacionales, juzgados de familia, la Oficina de Violencia Doméstica dependiente de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, servicios locales y zonales (provincia de Buenos Aires) y Consejo de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia a través los Centros de Atención y Derivación, entre otros.

Modos de presentación de la demanda y de la urgencia en el dispositivo de Atención a la Demanda Espontánea (ADE)²

Asistimos en la clínica de niños y adolescentes a distintas presentaciones de los motivos de consulta: la fragmentación corporal, la pérdida de la imagen narcisista, la fatiga y la tristeza depresiva, el dolor de existir, lo compulsivo del consumo de sustancias, el riesgo de vida, las intoxicaciones agudas, los cortes en el cuerpo, las redes sociales vulneradas, los riesgos potenciales o ciertos e inminentes, etc. Esta clínica se acompaña muchas veces de un empobrecimiento o ausencia de relato, de una demanda localizada en aquellos (padres, familiares y referentes institucionales) que traen a la consulta al niño, y de situaciones que calificamos como «urgencia». Por un

2. Esta sección fue originalmente presentada como una comunicación en el Foro Temático Interinstitucional del XXX Congreso Argentino de Psiquiatría: *El psiquiatra, el equipo de salud y la comunidad*, Mar del Plata (provincia de Buenos Aires, Argentina), 22-25 de abril de 2015.

lado, estas formas actuales de la psicopatología no se caracterizan por la presencia de la angustia o el síntoma en aquel por el cual se consulta. Por otro lado, en muchos casos es el desamparo social, que repercute en lo subjetivo, lo que termina por acentuar la característica de «lo urgente» en la consulta. La complejidad en que se presentan las consultas fuerza a inventar dispositivos terapéuticos en función de poder dar respuesta a la problemática subjetiva en esta época.

Entendemos que la urgencia en estas presentaciones implica la ausencia o fragilidad de un Otro y la imposibilidad de tramitar por lo simbólico la conflictiva en juego.

La ausencia, fragilidad o desdibujamiento de las figuras del Otro se explica por las situaciones donde los vínculos sociales se tornan violentos, lábiles, problemáticos, con pérdida de los roles maternos y paternos, que tienen como efecto arrasar con la subjetividad en juego. Además, hasta el momento de la consulta no se ha logrado la sustitución de estos lazos por otros (institucionales, por ejemplo) que permitan al niño continuar con su proceso de constitución subjetiva. Muchas veces las instituciones no logran acercarse a estos niños, o el acercamiento no resulta suficiente. Observamos niños desorientados, sin referencias estables, sin proyectos de vida, con humor depresivo, sin relato y descreídos de un cambio posible.

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. Escuchamos en el relato de los adultos 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 y la no correspondencia entre el niño y lo que de él se espera. Estos son, entre otros, los motivos que conducen a consultar por los niños.

La urgencia en los adultos queda ubicada como pedido de resolver la falta de dominio sobre el niño, observándose en algunos casos la posición de desimplicación subjetiva respecto a la queja. Por ende, la demanda, el pedido del adulto no son tomados en su sentido manifiesto, sino que se ofrece la entrevista para escuchar el despliegue de la misma y su lógica. En algunos casos se escucha un pedido del lado del niño que coincide o no con el pedido del adulto.

En las entrevistas con los niños o adolescentes se destacan dos modos de presentación de la consulta en relación a 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 logran situar su responsabilidad subjetiva en las mismas, logran localizar el malestar en juego y enlazarlo con un pedido de consulta.

En cambio, en otros casos, generalmente dentro de la etapa de la adolescencia, la demanda de atención queda localizada solamente en el discurso de los adultos, ya que el paciente niega cualquier sufrimiento psíquico.

Ante esta complejidad clínica, los desafíos para el equipo interdisciplinario consisten en trabajar desde un dispositivo que reciba las consultas de manera inmediata, en forma intensiva e interdisciplinaria. Dicho dispositivo se denomina, en nuestro servicio, como referimos anteriormente, Atención a la Demanda Espontánea.

Dentro de las consultas observamos que hay situaciones de urgencia (riesgo potencial) que logran resolverse en los marcos de la consulta ambulatoria (consultorios externos y hospital de día), y son aquellas donde rápidamente la sintomatología cede al comenzar el tratamiento y el sistema de referencia (familia, referentes afectivos, etc.) se responsabiliza de los cuidados del niño (suministrar medicación, traerlo a las consultas las veces que el equipo así lo indique, etc.). En cambio, cuando la situación de urgencia conlleva un riesgo cierto e inminente y no existe continencia a nivel familiar, se articulará con otras instituciones que puedan brindar un tratamiento bajo modalidad de internación.

Es por esto que consideramos necesario ofertar dispositivos flexibles a las características de la urgencia que puedan dar respuesta a la misma. La urgencia supone, en muchos casos, un trabajo intersectorial; es decir, recurrir a otras instituciones de salud o judiciales, como así también educativas, administrativas (consejo de niñas, niños y adolescentes, servicios zonales, locales). Dado que nuestro servicio funciona de 8 a 20 horas, en casos de situaciones de urgencias que excedan para su resolución este horario de atención, y dado que nuestro servicio no cuenta con una guardia, articulamos con la guardia de nuestro hospital, con unidades de traslado, con el SAME. Realizamos además un seguimiento del caso durante su presentación en nuestro servicio hasta su inclusión en otra institución. En aquellos casos en que el paciente es internado para luego regresar a realizar tratamiento con nosotros, seguimos la evolución del mismo y trabajamos en colaboración con los equipos de otras instituciones (criterios de alta, articulación con el afuera, etc.).

La interdisciplina como abordaje integral

La interdisciplina surge como respuesta a la complejidad de la presentación de los motivos de consulta en la clínica con niñas, niños y adolescentes (Alcuaz y Coronel, 2014, pp. 88-98). Es la característica misma de esta presentación la que requiere de un abordaje entre disciplinas que, sin perder su especificidad, se articulen en una práctica conjunta. Esta necesidad surge de entender al sujeto desde una perspectiva integral, en su dimensión histórica, social, familiar, psíquica, biológica.

Nos interesa destacar que esta perspectiva responde a un posicionamiento ético que tiene sus cimientos en nuestra práctica cotidiana. En la clínica de niñas, niños y adolescentes en salud mental, verificamos diariamente la imposibilidad de dar respuesta a las consultas desde una escucha disciplinar aislada, resultando un recorte forzado de la presentación real el restringirse a una escucha subor-

dinada a un discurso hegemónico, ya sea médico, psicológico o social. Así, el trabajo interdisciplinario permite la construcción de la lógica de un caso (presunción diagnóstica, planificación terapéutica y su fundamentación) desde las limitaciones, desde un *no saber* disciplinar que conduce necesariamente a una *construcción entre varios*.

Entendemos que la interdisciplina es solidaria del armado de la lógica singular de cada caso, lógica que se construye en el diálogo clínico entre distintos profesionales. Será esa lógica la que guíe la intervención de cada disciplina acorde a las necesidades del caso. Esto conduce a pensar el problema de si acaso la interdisciplina requiere o no un lenguaje común a los diferentes discursos que participan de su constructo.

En este sentido, nos remitimos a lo expuesto sobre el tema en el curso virtual «Una mirada epistémica y político-institucional sobre la Atención Primaria de la Salud en el primer nivel de atención». Allí decíamos que el terreno en donde debe dirimirse cómo vamos a nominar los fenómenos clínicos que observamos no implica una renuncia a los discursos de origen de cada disciplina. Se trata más bien de llevar al terreno de la discusión clínica los fundamentos de una presunción diagnóstica que nos permita tomar decisiones terapéuticas conjuntas en pos de un objetivo común de tratamiento, de una direccionalidad compartida para el proceder de las distintas prácticas que se pondrán en juego en la prescripción del plan en el marco de una estrategia.

En otras palabras, nuestra forma de abordar el trabajo interdisciplinario parte del supuesto de la existencia de un conflicto que consiste en la disputa de diversos discursos en busca de un consenso, hipótesis clínica de trabajo conjunto. ¿Qué justifica este desafío más allá de los requerimientos legales que se desprenden del marco normativo que encuadra nuestras prácticas? Pensar que cada disciplina aislada resulta insuficiente para dar respuesta al nivel de complejidad que las presentaciones clínicas actuales muestran. Esta manera de pensar la clínica implica, a su vez, profundas modificaciones en relación a la propia mirada disciplinar.

Para concluir

Como hemos planteado a lo largo de este escrito, la complejidad que presenta la clínica con niñas, niños y adolescentes en esta época y la necesidad de una atención integral de un sujeto concebido como sujeto pleno de derecho, en desarrollo, determinado histórico y socialmente, nos fuerza a repensar nuestras prácticas para poder dar respuesta en el campo de la salud mental. Entendemos que un dispositivo que asuma la responsabilidad de ofertar esta cobertura y trabajar en pos de la promoción y protección de derechos, debe contar con el respaldo político-institucional para poder generar espacios de atención que se caractericen por la flexibilidad, plasticidad y modalidad interdisciplinarias. Además, es imprescindible la creatividad a la hora de pensar estrategias terapéuticas, que deberán ser diferentes para cada niña, niño o adolescente. Entendemos que para este fin será necesario, también, el procesamiento de información en tiempo real de modo de contribuir a la retroalimentación y remodelado de los dispositivos para hacerlos funcionales a las necesidades emergentes de la creciente demanda en sus nuevas modalidades.

Bibliografía

- Alcuaz, C. y Coronel, P. (2014). «Complejidad del abordaje de la urgencia en el Servicio Ambulatorio de Niñas, Niños y Adolescentes del Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo)». En AA. VV. 2.^{as} *Jornadas de salud mental y adicciones. ¿Cómo intervenir en las urgencias? Nuevas subjetividades, nuevos dispositivos*. Buenos Aires: Ediciones Licenciada Laura Bonaparte.
- Alcuaz, C. y Coronel P. (2015). «Estudio exploratorio cualitativo y cuantitativo de los motivos de consulta en un dispositivo de atención a la Demanda Espontánea en el Servicio de niñas, niños y adolescentes del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo)». En

- AA. VV. *Nuevas políticas en salud mental: desafíos para la intervención interdisciplinaria*. Buenos Aires: Ediciones Licenciada Laura Bonaparte.
- Benedetti, E. (2013). *Plan estratégico 2013-2015*. Buenos Aires: Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).
- Cabanchik P., Catalán V. y Coronel P. (2014). «Los aportes disciplinares a la estrategia interdisciplinaria en salud mental». Material de lectura del módulo 4 del curso virtual «Una mirada epistémica y político-institucional sobre la Atención Primaria de la Salud en el primer nivel de atención». Buenos Aires: Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).
- Cabanchik P., Catalán V. y Coronel P. A. (2014). «Los aportes disciplinares a la estrategia interdisciplinaria en salud mental». Material de lectura del módulo 3 del curso virtual «Una mirada epistémica y político-institucional sobre la Atención Primaria de la Salud en el primer nivel de atención», apartados 1 y 2. Buenos Aires: Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).
- Ley n.º 26.061. Ley Nacional de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. Recuperado el 18/05/2015 de www.msal.gov.ar/saludmental/.../ley-nacional-salud-mental-26.657.pdf.
- Ley n.º 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Recuperado el 18/05/2015 de www.msal.gov.ar/saludmental/.../ley-nacional-salud-mental-26.657.pdf.

Desafíos del abordaje interdisciplinario de un caso. Intervenciones intra- e interinstitucionales

Analia Prieto y Soledad Tammaro

En el Servicio de Atención Ambulatoria de Niñas, Niños y Adolescentes del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo) nos confrontamos día a día con situaciones que requieren de un abordaje interdisciplinario como el único posible. El desafío del trabajo en equipo consiste en enriquecer la práctica conservando la singularidad de cada disciplina.

A continuación tomaremos el caso de G., que, por su complejidad, requirió de la articulación entre diversos discursos, dispositivos e instituciones. Consideramos que sólo a partir de dicha articulación y de la intervención de los distintos actores se hizo posible sostener el tratamiento de G. e intervenir en la urgencia. Su presentación clínica suscitó nuestros interrogantes, y nos impulsó a un reposicionamiento constante.

El caso

G. tiene 16 años y consulta en el servicio en octubre del año 2014 derivada del Hospital Interzonal de Agudos Eva Perón (ex Castex) de San Martín, donde había sido evaluada por el equipo de Guardia de salud mental. Concorre acompañada por M., su madre, y refiere: «Consumo todo el día», «Me voy de mi casa». Explica que desde hace tiempo consume varias sustancias (cocaína, marihuana, PACO,

alcohol, pastillas) y que en los últimos meses estuvo viviendo en situación de calle en la modalidad de «giras prolongadas».

G. abandona la escuela e inicia el consumo de sustancias a sus 13 años, momento en el cual ella se separó de su pareja, y su hermano S., de 23 años, quien también presentaba consumo problemático de sustancias desde los 10 años, fue preso por robo. G. tiene además un hermano de 35 años con consumo diario de alcohol que vive con su pareja y sus hijos, con el que se contactaba esporádicamente. G. no conoció a su padre, ya que él se fue antes de que ella naciera. Desde octubre del año 2014 vive con su madre, con quien mantiene una relación ambivalente, con constantes peleas y discusiones.

Como antecedentes, tenemos que inició varios tratamientos ambulatorios pero no pudo sostenerlos. Siempre presentó una marcada impulsividad, en reiteradas ocasiones se profirió cortes en diversas partes del cuerpo y presentó episodios de agresividad verbal y física hacia terceros, llegó incluso a golpear y sedar a su madre y a apuñalar reiteradas veces a su pareja. Estuvo internada en dos oportunidades en una comunidad terapéutica en Mar del Plata durante quince días, pero ambas internaciones se vieron discontinuadas por abandono. La última de ellas fue en julio del año 2014, luego de la cual G. se fugó y realizó una sobreingesta medicamentosa con fines suicidas que requirió internación. Según refirió: «En ese momento extrañaba a mi familia y veía que no podía superar el problema del consumo. Me quería matar».

A raíz de dicho episodio, la madre de G. dio intervención al Servicio Zonal de Protección de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes de San Martín y al juzgado, quienes ordenaron que la joven fuera evaluada por un equipo interdisciplinario. Como consecuencia, G. consulta en nuestro servicio en el mes de octubre de 2014, refiere haber abandonado el consumo desde hace un mes y expresa deseos de realizar un tratamiento: «Quiero curarme, cambiar las actitudes que me llevaron a consumir». Se indica tratamiento interdisciplinario psicológico y psiquiátrico intensivo, con una frecuencia de tres a cinco veces por semana según su evolución.

Desde la primera consulta G. menciona a su ex pareja C., un joven de 23 años que es, según dijo, «el que me sacó de la calle y me cuidó, pero no podemos estar juntos [...] mi mamá no lo quiere». Con el correr del tratamiento, G. comentará que su ex novio se controlaba mejor que ella con el consumo, pero a su vez dirá: «Cuando consumía se ponía muy violento, la familia le tenía miedo y los quiso matar varias veces».

La joven se presenta al servicio con un plan farmacológico de risperidona y levomepromazina, con gran pobreza de recursos, tanto simbólicos como cognitivos, con marcada tendencia a la impulsividad, muy poca capacidad de introspección y notoria labilidad afectiva. Si bien en un principio no se observaron claras alteraciones sensorceptivas, con el correr del tiempo aparecieron fenómenos elementales de tipo alucinatorios simples («risas de bruja») y fenómenos interpretativos autorreferenciales (temores suscitados en la calle, «las cámaras te miran en el trabajo»). Estos elementos, sumados a la literalidad del discurso y la relación de indiferenciación que establece con los otros, permiten arribar a un diagnóstico de estructura de psicosis.

La transferencia cobró en este caso una vertiente, por momentos persecutoria, en la que G. omitía contar algunas cosas por temor a que el Otro, a veces encarnado por sus terapeutas y otras veces por su madre, pudiera incidir sobre ellas. Esta compleja presentación clínica en su conjunto persistirá, con diversas variantes, a lo largo del tratamiento.

En cuanto al plan farmacológico, inicialmente se rotó de risperidona a quetiapina por su efecto sobre la esfera anímica, droga que se llevó a dosis máximas. Este plan farmacológico se mantuvo a lo largo del tratamiento, además de levomepromazina en diversas dosis según la evolución de la joven y el momento que atravesaba.

Desde los distintos espacios de tratamiento se trabajó sobre los recursos que la paciente encontraba para afrontar sus crisis de angustia e impulsividad. En aquellos momentos de mayor estabilidad, se intentó introducir un intervalo para abordar estrategias de afron-

tamiento frente a la posibilidad del pasaje al acto; mientras que en las situaciones de desborde cobró mayor prevalencia el recurso a la medicación. En ocasiones esto implicaba un aumento de la dosis real y en otros momentos la sola modificación del horario de administración del fármaco producía un efecto de alivio para G. y su madre.

Por otra parte, se intervino en función de mediar en el vínculo conflictivo de G. con su madre, el cual alternaba entre una dependencia o un rechazo absoluto. Además, puede inferirse que G. mantenía con su madre una «locura de a dos»¹ que desencadenaba una desestabilización en ambas cada vez que aparecía un tercero.

El trabajo en equipo

Se podría definir a un equipo como «dos o más individuos que deben interactuar interdependientemente y adaptativamente para alcanzar objetivos específicos, compartidos y valorados» (Salas, 1993, p. 9). De este modo, un equipo, para ser considerado como tal, no sólo debe compartir el caso, informarse mutuamente acerca del tratamiento individual o buscar soluciones en conjunto para problemas puntuales, sino que también debe organizarse para diagramar un plan de estrategias y objetivos generales a alcanzar, los cuales suelen ser dinámicos en función de la evolución del paciente y demás variables del contexto familiar y social, particularmente cuando se trata de niños o adolescentes. Cabe destacar que esta responsabilidad colectiva no debe confundirse con la indefinición en las tareas a realizar.

En relación con esto, podemos mencionar que, si bien G. tenía claro que la psiquiatra era quien en última instancia modificaría el plan farmacológico, dicha decisión sería tomada en función de lo evaluado por el equipo en su conjunto. Por otro lado, se planteó

1. *Folie à deux* [locura de a dos] fue un término acuñado por la psiquiatría francesa (Falret, Lasègue y Régis, entre otros) para designar la presencia de un delirio compartido entre dos sujetos en forma simultánea.

que, además del control farmacológico, la psiquiatra se transformaría también en el principal referente para la madre de la joven, excepto ante situaciones de riesgo, en las que la entrevista con la madre de la joven pasaría a ser interdisciplinaria.

En los momentos de estabilidad de la joven, la diferenciación de los espacios era fundamental, dado que G. podía desplegar y trabajar diferentes cuestiones en el espacio terapéutico sólo sabiendo que su madre no intervenía en él. Por otro lado, dada la particularidad mencionada en el vínculo entre ambas, a la madre le resultaba insostenible el no participar en alguno de los espacios de la hija y se observó que todo lo que no desplegaba en el marco de una entrevista con algún integrante del equipo, lo hacía con su hija, lo cual provocaba reiteradas descompensaciones.

Al realizar la búsqueda bibliográfica respecto del tema central de este trabajo, hallamos en Hackman (1990) un modelo conceptual de equipos clínicos de tratamiento en salud mental que nos resultó de utilidad para pensar nuestra práctica. Según este autor, las condiciones iniciales del trabajo en equipo incluyen, entre otras: la estructura del grupo, la claridad de tareas que mencionamos anteriormente, un contexto organizado y que brinde apoyo, y el lugar físico en el que el equipo plantea y lleva a cabo estrategias planeadas.

El caso de G. fue abordado desde una perspectiva interdisciplinaria, en la que se entrecruzaron los discursos de la psiquiatría, el psicoanálisis, el trabajo social, la ley y la medicina, entre otros.

En principio es importante aclarar que los objetivos generales de todo tratamiento están conformados por pequeñas intervenciones y metas acordadas en este caso con G. y su madre, e innumerables variables que surgen con el correr del tiempo. Por otro lado, se deben tener en cuenta numerosas dificultades tanto extrainstitucionales como propias que determinan que todo ello sea reevaluado de manera constante.

Las dificultades que surgieron fueron compartidas y trabajadas con colegas y coordinadores en contextos formales e informales.

Esto favoreció que diversos integrantes del servicio intervinieran más fácilmente en los distintos momentos del tratamiento.

Es importante destacar que fueron parte fundamental del equipo las coordinadoras de los talleres, quienes estratégicamente ocupaban un rol más contenedor y menos determinante ante los ojos de G., lo que facilitó que, frente a decisiones o indicaciones que inicialmente no eran del agrado de la joven, fueran ellas quienes recibieran sus «quejas».

También se planificó el encuadre de los tratamientos, recortando los espacios por los que circulaban la paciente y su madre. Esto permitió que G. se apropiase de dichos espacios y favoreció una separación real de su madre, aun en «tiempos de espera», con lo cual se evitaron situaciones de mayor tensión.

El armado de una red: intervenciones en la urgencia

Consideramos el trabajo en equipo como el único modo de abordar el caso e intervenir en la urgencia. Un equipo no está dado de antemano, sino que se produce como efecto de una práctica compartida y se conforma según los requerimientos singulares del caso.

La complejidad del caso de G. hizo necesario recurrir al armado de una red tanto intra- como interinstitucional para intervenir en la urgencia. Fue fundamental articular diversos recursos, tales como la asistencia a la Guardia del Hospital Interzonal de Agudos Eva Perón (ex Castex) en momentos de crisis durante el fin de semana, la Guardia y diversos servicios del Hospital Pedro de Elizalde para urgencias clínicas, la posibilidad de realizar llamados telefónicos al servicio en momentos de angustia tanto de la madre como de la joven, la inclusión en los talleres del Hospital de Día de acuerdo con la necesidad del caso, la permanencia en espacios del servicio separada de su madre, la internación en el Hospital Infanto-Juvenil Tobar García ante la presencia de riesgo cierto e inminente para sí. Al mismo tiempo, por supuesto, se sostenían los espacios individuales de la joven, en estos momentos, con frecuencia diaria.

En definitiva, desde el equipo se priorizó la posibilidad de armar para G. un tratamiento a la medida de sus necesidades, tomando para ello algunos recursos existentes e inventando otros de acuerdo con los requerimientos del caso. Al respecto, cabe destacar la creación de talleres terapéuticos vinculados a los gustos e intereses de G. y su internación, que implicó una particular articulación intra- e interinstitucional.

Respecto de esta última, la joven se presentó al servicio cerca de las 20 horas refiriendo importantes dificultades en el vínculo con su madre y planes de fuga con su ex pareja, quien, como ya hemos mencionado, no resultaba un adulto contenedor, sino todo lo contrario. En el contexto de una discusión en su hogar, G. había golpeado a su madre, llegó a amenazarla con matarla, y al momento de la entrevista presentaba una actitud desafiante y de agresividad contenida: «O me voy con Carlos o la mato. No me quiero contener más». Asimismo, había roto diversos objetos de su hogar y se negaba rotundamente a la ingesta de psicofármacos por fuera del plan farmacológico habitual.

Dado que los dos únicos hospitales con internación para adolescentes (Hospital Infanto-Juvenil Tobar García y Hospital de Emergencias psiquiátricas Torcuato de Alvear) no tenían camas disponibles y que claramente ese día la internación sería involuntaria, nos enfrentamos en primera instancia a la única opción posible: derivar a la joven vía SAME, quien la llevaría al Hospital General de Agudos Penna, correspondiente por zona, de donde, según nuestra experiencia, G. podría retirarse rápidamente sin aviso previo. Frente a esta situación y la reticencia de la joven a conversar acerca de su decisión y teniendo en cuenta que al otro día contaríamos con más recursos, se logró acordar, a través de los coordinadores de los servicios, que la joven pasara la noche en la Guardia del Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo) en compañía de su madre. De este modo, G. asistió a la Guardia acompañada por el equipo tratante, se presentó el caso al equipo de Guardia y se acordó que a la mañana siguiente la joven retornaría al servicio para continuar el trabajo.

Al día siguiente G. regresó al servicio y se mantuvieron diversas entrevistas con su madre, la joven y la pareja de ésta, y se acordó inicialmente que G. pasaría el fin de semana en un hogar. Para ello, se articuló dicho recurso con el Consejo de Niños, Niñas y Adolescentes y el Servicio Zonal de Protección de Derechos correspondiente, y se obtuvo el recurso temporal mediante comunicaciones telefónicas e informes. No obstante, con el correr del tiempo, mientras se articulaba dicho recurso, G. fue aumentando su inquietud y manifestó su negativa a irse a un hogar durante el fin de semana, refiriendo nuevamente que se iría con su pareja «a la calle». Dado el riesgo que esto significaba, se acordó la derivación vía SAME para la internación de la joven, que fue llevada a cabo por el equipo de profesionales de la tarde en el contexto de la Guardia del Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo), con la colaboración de Enfermería de dicho servicio, cuya predisposición al trabajo en equipo facilitó una contención integral de la joven, su madre y la pareja de G., y así un tiempo de espera y traslado sin complicaciones.

Conclusiones

Éste es un recorte de la presentación clínica de una joven y las estrategias de intervención que pudieron realizarse, con sus distintos efectos y las dificultades que surgieron.

Si bien el caso de G. lejos está de ser un éxito terapéutico, creemos que nos permitió pensar y analizar nuestra práctica y sus avatares. Consideramos que el caso nos ratificó, con su complejidad, la imposibilidad de trabajar por fuera de un abordaje interdisciplinario, interinstitucional e intersectorial. La gravedad y la urgencia que representaba el caso de G. nos confrontó con la necesidad de armar un equipo y una red de trabajo, una red que intentamos articular atendiendo a la singularidad del caso y de las disciplinas intervinientes.

Bibliografía

- Benedetti, E. (2013). *Plan estratégico 2013-2015*. Buenos Aires: Ediciones Licenciada Laura Bonaparte.
- Bleuler, E. (2011). *Dementia Praecox o el grupo de las esquizofrenias*, (1.ª ed.). Buenos Aires: Polemos.
- Esquirol, J. E. (2014). *Las enfermedades mentales* (1.ª ed.). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Polemos.
- Hackman, J. R. (ed.) (1990). *Groups that work and those that don't: Creating conditions for effective teamwork*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Lacan, J. (2002). *El seminario. Libro 3: Las psicosis*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2002). *De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis*. Escritos 2. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Ley n.º 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Decreto Reglamentario 603/2013. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 3 de diciembre de 2010.
- Mazzuca y cols. (2006). *Las psicosis. Fenómeno y estructura*. Buenos Aires: Berggasse.
- Mitchell, R. (1986). «Team building by disclosure of internal frames of reference». *Journal of Applied Behavioral Science*, vol. 22, pp. 15-28.
- Salas, E. (1993). «Team training and performance. Psychological Science Agenda». *American Psychological Association*, vol. 6, pp. 9-11.
- Soler, C. (1991). *Estudios sobre las psicosis*. Buenos Aires: Manantial.

¿La interconsulta es interdisciplina? Vicisitudes de la clínica con niñas, niños y adolescentes

María Florencia Mussari

Introducción

El hospital general es un ámbito de entrecruzamientos discursivos. Jacques Lacan (1966) plantea que el lugar que la medicina le otorga al psicoanálisis es marginal y, como contrapartida, los analistas se mantienen en un lugar extraterritorial. En este artículo se analizan estas intersecciones marginales y extraterritoriales, específicamente en la interconsulta de salud mental infanto-juvenil. Su objetivo es interrogar la construcción del dispositivo en la interdisciplina.

La interconsulta es un espacio privilegiado y particular, donde a veces el psicoanalista ofrece su escucha a un sujeto que no necesariamente es el «paciente asignado». En dichos casos, el psicoanálisis posibilita operar sobre la demanda de los equipos médicos, abriendo paso a la interrogación de su malestar. La presencia de un psicoanalista en el hospital no es sin efectos. A partir de un caso clínico, el artículo propone reflexionar acerca del lugar de los psicoanalistas en la interconsulta, estableciendo un posible valor diferencial: su ubicación en relación con el pedido que se le dirige y el tipo de respuestas que ofrece.

El pedido

Desde el área de Cirugía de un hospital solicitan al Servicio de Salud Mental una interconsulta para un paciente de 13 años que «desconoce

su diagnóstico». Recibo este pedido y, buscando escuchar psicoanalíticamente a quién y qué pide, decido mantener un breve diálogo con el médico que realiza la solicitud, antes de entrevistar al paciente. El profesional relata que éste sufrió un accidente automovilístico y debió someterse a cirugía por sus graves lesiones. Luego de dicha intervención quirúrgica, su condición médica general era buena aunque, como secuela, «no volvería a caminar». Era éste el diagnóstico que el paciente desconocía. Sugiero que debe ser informado por los médicos y que, como profesional psi, podría estar presente para acompañar el proceso y, si fuera necesario, trabajar con el paciente luego de recibir su diagnóstico, pero no informarlo. El médico cirujano a cargo del tratamiento se niega: «Nosotros cortamos, no hablamos. No podemos involucrarnos con el paciente, para eso los llamamos a ustedes».

Luego de este primer encuentro con el médico, mantengo una breve entrevista con el paciente asignado, quien intuye que «algo malo pasa» porque no siente las piernas, pero no sabe qué: «Nadie me quiere decir nada, yo pregunto, pero no tengo respuesta. Es como si no existiera».

Frente a un pedido es necesariamente lógico interrogarse por quién y qué demanda. Es imprescindible considerar ambas cuestiones para delimitar el lugar del psicoanálisis y del psicoanalista en la interconsulta.

¿Quién pide?

Todo pedido supone un sujeto. En la viñeta expuesta, se trata del médico, quien no puede ejercer el acto de diagnosticar. Lacan (1966) plantea que desde la dimensión de la demanda se ejerce la función médica. Y, en este caso, el médico no sabe qué hacer con la demanda de saber del paciente. Es en esa demanda donde se ubica el límite del actuar y responder médico. Al no poder responsabilizarse por su acto, el médico queda impotente en su función; queda impoten-

tizado frente a la demanda. Y allí surge la solicitud de interconsulta a Salud Mental.

El médico nos demanda institucionalmente porque él mismo soporta una demanda que se le vuelve insoportable: la del paciente. Graciela Musachi (1985) plantea que al psicoanálisis se le demanda –cuando se lo hace institucionalmente– que ahogue lo real en el plus de sentido. Cuando la situación no se desarrolla de la manera esperada, cuando algo escapa al estricto control del orden científico, el médico queda impotentizado en su intento de dominación de lo real. Esto es congruente con la época actual, en la cual se evidencia un cambio en la función y personaje del médico.

El médico ha perdido su lugar de prestigio y autoridad desde que la medicina entró en la fase científica (Lacan, 1966). En este punto vale aclarar que me refiero a la figura del médico como una posición discursiva, en tanto encarna el discurso amo. El modelo médico hegemónico se mantiene en el poder generalizado de la ciencia. En concordancia, Jean Clavreul (1978) propone que el orden médico se impone por sí mismo; es la científicidad de la medicina lo que dicta su ley. El modelo médico-hegemónico franquea a los médicos, quienes quedan como meros ejecutores y funcionarios del orden, el cual también los atraviesa y padecen.

¿Cuáles serán las posibles consecuencias de este trastocamiento de la función del médico? Para comenzar a pensar una respuesta, podemos remitirnos a Paul Bercherie (1980), quien comenta que en la psiquiatría –pero considero válido para la ciencia médica en general– una consecuencia del pragmatismo terapéutico es hacer desaparecer lentamente la clínica; su espíritu primero, su contenido luego. De esta forma, frente al avance de las neurociencias, el médico va cediendo su lugar y función, poco a poco. Pero la posición propiamente médica puede subsistir: es en el registro del modo de respuesta a la demanda del enfermo donde está la posibilidad de supervivencia (Lacan, 1966).

Reverso al discurso científicista, encontramos al psicoanálisis. Freud inventó lo que debía responder a la subversión de la posición

del médico por el ascenso de la ciencia: el psicoanálisis como praxis (Lacan, 1966). La praxis analítica, inserta en un discurso que no es el de la ciencia, conlleva un abordaje diferente del caso.

¿Qué se pide?

En la situación de la viñeta, el paciente asignado es un adolescente que pide conocer su diagnóstico, saber qué le pasa. Para la medicina, si al paciente no se le puede plantear un diagnóstico, dar un nombre, no es considerado un verdadero enfermo (Clavreul, 1978). En consecuencia, el paciente padece subjetivamente no tener un nombre para ese padecer orgánico. En el momento inicial de la interconsulta, se encontraba en posición de objeto: como un cuerpo que portaba un diagnóstico que desconocía, de manera que se producía un efecto desubjetivante: «Es como si no existiera».

No hay sujeto del orden médico. Según Clavreul, el médico se dedica a las especies, de tal forma que la enfermedad es un ser ajeno al enfermo. El objeto de estudio de la medicina es la enfermedad, no el enfermo. De igual forma, Michel Foucault (1953) establece que para encontrar la verdad del hecho patológico, el médico debe abstraerse del enfermo. Esto deja por fuera al sujeto; de esta forma la medicina es congruente con el discurso de la ciencia, que forcluye al sujeto.

Jacques-Alain Miller (2001) denomina «sujeto» al efecto que aparta el individuo de la especie, que aparta lo particular de lo universal, y el caso de la regla. En la dimensión de las especies, la enfermedad es externa al paciente. En el campo del psicoanálisis, nos orientamos a pensar por fuera de la especie. Esto posibilita que el sujeto, en tanto efecto signifiante, pueda emerger singularmente. La lógica psicoanalítica instala lo singular, lo no cerrado, la castración.

En la viñeta, no se trata de un diagnóstico incierto o confuso. Los signos están allí, el paciente sabe que algo malo le pasa. El signo anuncia: pronostica lo que va a ocurrir; anamnesia lo que ha ocurrido

(Foucault, 1953). El paciente puede leer los signos físicos de su cuadro, y lo hace. Sin embargo, espera *la respuesta* del médico.

El paciente supone un saber al médico; saber acerca de la enfermedad y las formas de curación. Lacan concibe que es desde la posición del psicoanalista donde el médico puede mantener la originalidad de su función, que es responder a una demanda de saber. El paciente no demanda puramente curación, sino que pone a prueba al médico: quiere que lo saquen de su condición de enfermo. La *respuesta* del médico no es simplemente el diagnóstico: «Viene a veces a demandarnos que lo autentifiquemos como enfermo» (Lacan, 1966). En este punto, es importante apreciar que, si bien responder a la demanda puede traer efectos devastadores, negarla y desalojarla puede incurrir en efectos aún peores.

En la interconsulta, y en cualquier otra situación también, lo que se pide nunca es igual a lo que se desea. Lacan plantea que siempre hay una estructura de falla entre la demanda y el deseo. Falla singular, en cada quien, en cada interconsulta. Esta estructura de falla es la que genera las condiciones para que podamos operar desde el psicoanálisis.

¿Qué hace un psicoanalista en interconsulta?

Sigmund Freud (1918) plantea que es posible adaptar la técnica analítica a nuevas condiciones. No importa cuáles sean los elementos constitutivos últimos, los ingredientes más eficaces e importantes seguirán siendo los que la técnica tome del psicoanálisis en sentido riguroso. Sólo se requiere un analista dispuesto a ofrecer una escucha activa frente a la demanda de un sujeto, para poder pensar el psicoanálisis en interconsulta. Entonces, el valor diferencial del psicoanalista en la interconsulta no radica en el pedido que se le dirige, sino en cómo se ubica en relación con ese pedido y en el tipo de respuestas que ofrece. «Nuestra intención ha de ser terapéutica y nuestra escucha alienada» (Musachi, 1985).

En la situación clínica expuesta, a raíz del primer encuentro, decido iniciar una serie de entrevistas con el médico tratante, quien insiste en la negativa de comunicar su diagnóstico. Su trato ya no es cordial, la presencia psicoanalítica lo incomoda. Había solicitado la interconsulta para requerir que otros hiciéramos posible lo que a él se le tornaba insoportable e imposible. Respondo a este pedido, no de la forma esperada por el médico, pero sí interrogando el malestar.

Así establecido, el lugar de los analistas en el hospital queda del lado del malestar institucional –necesario tanto como el malestar inherente a la cultura– y su interrogación. Musachi establece que la función del analista en un hospital es sostenerse como síntoma, sólo puede subsistir definiéndose síntoma: lo que viene de lo real y precisamente hace hablar a la institución que no anda. Eso que no anda en el sector de Cirugía en este caso surge en el tercer encuentro con el médico: «Nunca atendemos a chicos acá. Esto fue una excepción y ahora es un problema. No soporto tener que decirle a un chico de 13 años que no va a volver a caminar, que nunca va a tener relaciones sexuales». Poco tiempo después de este descubrimiento, el médico comunicó al paciente su diagnóstico, pronóstico e indicaciones.

Lacan (1977) plantea que la clínica psicoanalítica consiste en el discernimiento de cosas que importan. Su base es lo que se dice en un análisis; implica a lo real en tanto lo imposible de soportar. Algo del orden de la sexualidad se volvía intolerable para el médico. El psicoanalista en la institución debe estar dispuesto a escuchar, escuchar cómo cada quien hace o no puede hacer con las condiciones de un discurso que efectúa.

La función del analista en el hospital, en tanto síntoma, es el precipitado que atestigua, da testimonio y hace hablar al malestar. Al poder poner en palabras algo de su malestar, el médico pudo restituirse en su función y responsabilizarse en su acto médico. Gabriela Perrota (2006) plantea que la posición de un psicoanalista –que trabaja interdisciplinariamente, aunque crítico del modelo médico hegemónico– implica correrse del lugar de saber restituyéndole al

sujeto su palabra. El corrimiento del discurso médico hegemónico favorece que surja el decir de los sujetos.

Considero que de lo que se trató la interconsulta expuesta fue de restituir al médico su palabra; para que sea posible el acto médico. Y, a partir de éste, encuentre un cierto saber hacer con la demanda del paciente. Es éste uno de los usos posibles de un psicoanalista en interconsulta.

Bibliografía

- Bercherie, P. (1986). *Los fundamentos de la clínica*. Buenos Aires: Manantial. [Trabajo original: 1980].
- Clavreul, J. (1983). *El orden médico*. Buenos Aires: Argot. [Trabajo original: 1978].
- Foucault, M. (2001). *El nacimiento de la clínica*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores. [Trabajo original: 1953].
- Freud, S. (2002). «Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica». *Obras Completas*, vol. XVII. Buenos Aires: Amorrortu. [Trabajo original: 1918].
- Gamsie, S. (1994). «La interconsulta: una práctica del malestar». *Revista Psicoanálisis y el Hospital*, n.º 5. Año 3, julio. Ediciones del Seminario.
- Lacan, J. (1982). «Apertura de la sección clínica». En *Ornicar? 3*. Buenos Aires: Ediciones Petriel. [Trabajo original: 1977].
- Lacan, J. (2006). «Psicoanálisis y medicina». En *Intervenciones y textos I*. Buenos Aires: Manantial. [Trabajo original: 1966].
- Miller, J.-A. (2001). *Del Edipo a la sexuación*. Buenos Aires: Paidós.
- Musachi, G. (1985). «Los nombres del psicoanálisis en el discurso del amo». *Revista Conjetural*, vol. 8. Ediciones Sitio.
- Perrota, G. (2006). «El psicoanalista en el Primer Nivel de Atención de la Salud». En Trimboli, A. et al. (comp.). *Encrucijadas actuales en salud mental*. Buenos Aires: Akadía.

El trabajo filosófico con niños como parte del abordaje interdisciplinario en salud mental

Beatriz L. Crotti y Natascha Ikonicoff

Introducción

En el presente trabajo nos proponemos realizar un somero análisis del entrecruzamiento entre la corriente denominada «Filosofía para niños» y el campo de aplicación de la salud mental, conceptualizando a la filosofía como facilitadora de las circularidades propias de la dinámica grupal. De esta manera, se afirma que es posible constituir un aporte interesante para la labor interdisciplinaria en salud mental con niñas, niños y adolescentes en diferentes ámbitos de inserción. Esta propuesta se fundamenta en el reconocimiento del valor que la filosofía posee en la formación intelectual, afectiva y política de las personas y, en este marco, se inscribe en el esfuerzo por generar cada vez más espacios de diálogo filosófico en etapas tempranas del desarrollo.

¿Qué es la «Filosofía para niños»?

El programa *Philosophy for Children* surge a finales de los años sesenta de la mano del filósofo Matthew Lipman, a raíz de su preocupación respecto de las dificultades de razonamiento que observaba en los estudiantes de las universidades donde se desempeñaba como profesor. Con el fin de solucionar estos inconvenientes, Lipman desarrolló un currículum para la enseñanza de la filosofía en los niveles inicial, primario y secundario de la escuela, currículum

que prescribe el uso de diversas novelas filosóficas y manuales de acompañamiento para el profesor.¹

Desde su aparición, la propuesta inspiró numerosas investigaciones y se implementó en una gran cantidad de países, como Suiza, Australia, España, Francia, Holanda, Brasil, Chile, Uruguay, Argentina, México, Ecuador y Colombia. Los desarrollos en Latinoamérica se destacan de forma particular por haber cuestionado enfáticamente los supuestos filosóficos, pedagógicos y políticos sobre los que se asentaba el programa original. En este marco, fueron gestadas propuestas alternativas, entre las cuales se encuentran las contribuciones de Walter Kohan (2004, 2007) cuya corriente se conoce bajo el nombre de «filosofía con niños».

Esta vertiente problematiza la concepción de la práctica filosófica como una herramienta normalizadora que aspira a transformar a las niñas y a los niños en cierto tipo de ciudadano «razonable» a través de ideas y valores específicos.² Su objetivo, por el contrario, es generar una experiencia en la que tanto docentes como niños y niñas se embarquen en la tarea de crear sentidos y conceptos nuevos para pensar e interpretar el mundo. Asimismo, esta perspectiva cuestiona otros aspectos de la propuesta de Lipman, entre los cuales vale la pena destacar el uso de libros y manuales diseñados para el trabajo filosófico, el rol del docente como un árbitro y el compromiso con determinadas corrientes filosófico-políticas norteamericanas, como el pragmatismo.

-
1. Consideramos que el aspecto más interesante del proyecto de Lipman es que se fundamenta en una perspectiva singular sobre la enseñanza, el aprendizaje y la filosofía, cuyas bases teóricas quedaron plasmadas en una extensa obra que desarrolló el filósofo con la colaboración de sus colegas Ann Sharp y Fred Osceanyan (Lipman, 1988, 1991; Lipman, Sharp y Osceanyan, 1980 [1977]; Splitter y Sharp, 1996).
 2. La crítica no atañe a la idea de constituir ciudadanos, sino a la concepción según la que se los define como razonables, y que propone una formación basada en valores determinados.

Actualmente, en Argentina hay varias corrientes. En Buenos Aires podemos identificar al menos dos: por un lado, la línea crítica, cuyo exponente es el grupo de trabajo «El Pensadero»,³ que se inscribe en el marco del programa «Filosofía y territorio», de la Universidad de Buenos Aires (UBA) y, entre otras cosas, busca llevar la «filosofía con niños» a la escuela pública; por otro lado, la línea más bien tradicional, que retoma en gran parte el proyecto original: en este caso nos encontramos, por ejemplo, con Espacio Filosofía con Niños,⁴ que trabaja en estrecha relación con GrupI-REF⁵ (Cataluña) y su proyecto estético centrado en lo sensorio-perceptivo.

¿Por qué hacer filosofía con los más chicos?

Desde la perspectiva del proyecto, se cree que la filosofía puede ser una herramienta sumamente potente a la hora de ejercitar el pensamiento en todas sus dimensiones: crítica, creativa y cuidadosa (Lipman, 1995). Así, la propuesta consiste en establecer una nueva relación con el saber a partir de la «actitud filosófica» (en su original acepción de «amor por la sabiduría», Cerletti, 2008), que plantea al interés, la sorpresa, la pregunta y el cuestionamiento como ingredientes esenciales de la genuina búsqueda de conocimiento y del desarrollo del espíritu crítico. Dada la capacidad de sorpresa y la falta de prejuicios que caracterizan a los niños y niñas, la infancia aparece así como un tiempo propicio para el filosofar.

De este modo, y a partir del trabajo con diversos recursos literarios, lúdicos o artísticos, la intención es generar un espacio de diálogo a partir del cual las niñas y los niños puedan ejercitar sus habilidades

3. Véase <https://grupopensadero.wordpress.com/>.

4. Véase <http://www.espaciopfn.com/>.

5. Véase <http://www.grupiref.org/>.

sociales y de pensamiento,⁶ y a la vez fortalecer su capacidad crítica, su creatividad y una actitud de cuidado y respeto hacia los otros. Trabajar con filosofía en infancia parte entonces de reconocer la existencia de un pensamiento infantil (Kohan, 2004), y de la necesidad de otorgarle valor a la palabra del niño o niña. Así, se espera que en el proceso sean los niños y las niñas quienes le atribuyan relevancia a la propia palabra, de modo de dar lugar al desarrollo del pensamiento autónomo.

El eje central de los encuentros es el diálogo filosófico (Lipman, 1980), el cual se supone que genera reflexión en tanto que las personas que participan están obligadas a concentrarse en lo que se dice, a escuchar atentamente, a evaluar alternativas, a ser rigurosos respecto de los significados, a reconocer opciones en las que antes no se había pensado, y, en general, a realizar un amplio número de actividades cognitivas. Con el término «diálogo» no se hace referencia, entonces, a cualquier tipo de conversación, sino, especialmente, a la discusión desarrollada con el propósito de elaborar el propio pensamiento a partir de las contribuciones de los otros.

Finalmente, el proyecto busca transformar al grupo en una comunidad de indagación, concepto inspirado en la idea de «comunidad científica» de Kuhn (1962), para estimular a los niños y niñas a que piensen y actúen con un nivel de ejecución más alto que el que mostrarían si lo hicieran individualmente. Así, se construye un conocimiento de forma colectiva que se va profundizando a medida que transcurren los encuentros. Es necesario tener presente que una buena discusión filosófica debe mantener el respeto por el interés del grupo y por la dirección del tema elegido, de lo contrario se

6. Dada la complejidad que encierra brindar una definición de las habilidades sociales y de pensamiento, por una cuestión de espacio, y a los fines de este trabajo, nos limitaremos a tomar una caracterización sencilla que ofrece Lipman: se trata de «pensar más y mejor» (Lipman, 1980). Esta idea consiste, sintéticamente, en crear el hábito de la reflexión a través del ejercicio de la concentración, la escucha atenta, la indagación respetuosa y la argumentación ordenada.

empobrecerá hasta perder su carácter dinámico y se convertirá en un mero intercambio de opiniones.

FpN⁷ y la salud mental, adentrándonos en el terreno de la interdisciplina

Si bien la propuesta de encuentros de FpN, tal como fue pensada originalmente, fue concebida para el ámbito educativo, en este proyecto se sostiene que la disciplina ofrece valiosas herramientas para potenciar el abordaje que, en cada contexto particular, es llevado a cabo por los profesionales pertinentes.

En este sentido, denominamos «ámbito de la salud mental», de forma genérica, a todos aquellos contextos en los cuales se ofrece algún tipo de programa en pos de la misma, tanto a sujetos que sufren patologías o trastornos mentales, como a sujetos –o comunidades– que solicitan apoyo para la mejora de su calidad de vida. Desde esta perspectiva, entonces, es posible incluir tanto a las prácticas que se desarrollan, por ejemplo, en hospitales psiquiátricos monovalentes y en dispositivos de Hospital de Día, como así también en los proyectos de Psicología Social-Comunitaria orientados al trabajo con la comunidad.

En primer lugar, es necesario hacer referencia a cómo la salud en general, y la salud mental en particular, han debido romper con un «modelo médico-hegemónico» centrado en la enfermedad como un todo ahistórico, asocial y meramente biológico (Benedetti, 2015). Posteriormente, y ya asumida esta crítica, se adscribe a la propuesta de que la salud mental no sólo debe incorporar mecanismos de prevención, en tanto se pretende mantener el estado de salud y bienestar, sino que debe, además, ser acompañada por estrategias de promoción de la salud. En esta corriente se sostienen

7. Utilizaremos en este texto la sigla «FpN» para referirnos a la filosofía para niños en general, sin suscribirnos a ninguna corriente en particular.

connotaciones positivas de la salud y se conceptualiza el campo de estudio sobre un todo social, que incluye las redes relacionales, las condiciones socioculturales, y demás aspectos de relevancia para comprender el espectro de la salud (García González y Martínez García, 1993). Teniendo en cuenta lo antedicho, y siguiendo los lineamientos de Morales Catalayud (1996), se considera que la integración de la FpN y la salud mental sólo se puede realizar en el marco de una «psicología de la salud», entendiendo a la misma como una rama de la psicología aplicada que no sólo toma en cuenta todo el proceso de salud-enfermedad y la multiplicidad de variables que lo atraviesan, sino que también incluye la promoción de la salud.

En consonancia con lo anterior, un primer aspecto común a abordar es la noción de grupo en tanto encuentro y espacio de trabajo. Para una verdadera inclusión de las disciplinas, es necesario retomar brevemente en el artículo, pero con profundidad en la práctica, los desarrollos que en este aspecto diversas corrientes ya han producido dentro de la psicología. Se mencionan, así, las teorías sobre dinámica grupal provenientes del psicoanálisis grupal, de la psicología social, del psicodrama y de la psicología sistémica o de las relaciones interpersonales, por mencionar solo algunas con mayores implicancias en el ámbito local. Cada una, desde sus campos de saber, en parte disímiles y en parte compartidos, ha elaborado tanto encuadres prácticos como pilares teóricos imprescindibles a tener en cuenta para la integración de la salud mental con la FpN. Siguiendo el desarrollo de Blanchet y Trognon (1996), apelamos a Sigmund Freud, quien resalta la importancia de los vínculos afectivos en los grupos, principalmente en su obra *Psicología de las masas y análisis del yo*; a Jacob Levy Moreno, padre del psicodrama y del test sociométrico, quien propone dicha técnica para la evaluación de las redes de atracción y repulsión por las que está constituido todo grupo; y, por último, a Kurt Lewin, a quien se lo reconoce como el fundador de la noción de dinámica de grupo, y que ha sostenido que lo fundamental en las relaciones cara a cara son

las influencias sociales y la interdependencia de los miembros de un grupo.

Por otra parte, un segundo aspecto relevante se encuentra en las diferencias concretas que surgen al comparar el ámbito educativo, en el cual se origina la FpN, con el ámbito de la salud mental. Enumerando sólo algunos, se podrían tener en cuenta los siguientes aspectos: los objetivos de los encuentros; la heterogeneidad de la población, la cual en las aulas suele estar organizada por rangos etarios; la motivación inicial para la asistencia al espacio de trabajo; las dificultades que se presentan en grupos cerrados por el anquilosamiento de las circularidades grupales; las trabas para la concreción de actividades a causa de las propias dificultades individuales de los integrantes del taller; el tiempo, tanto para la planificación total del proyecto como para la duración de cada encuentro, principalmente por la rotación de los integrantes de los grupos; y por último, las características propias de los espacios de trabajo y, de los grupos preexistentes en el caso de ámbitos de internación.

Llegado a este punto, es necesario abordar una tercera cuestión que requiere de extrema atención: la importancia de la interdisciplina como real abordaje terapéutico, y no la mera yuxtaposición de profesionales que trabajan de forma aislada. Hacemos hincapié en este aspecto porque en todo ámbito de salud mental se produce un entretreído de saberes que, provenientes de diferentes campos de estudio, utilizan estructuras lingüísticas disímiles y, muchas veces, centrípetas. Al abogar por la inserción de una disciplina nueva se corre el riesgo de que la misma quede encapsulada en su saber, quedando desaprovechadas sus potencialidades.

En síntesis, la FpN no se incluye en la salud mental para realizar la labor clínica, la cual es y debe ser abordada por otras disciplinas. En cambio, se integra con el fin de multiplicar aquello que los otros saberes ya realizan, mediante el uso del diálogo filosófico, caracterizado anteriormente, y con los objetivos generales de potenciar las habilidades sociales y de pensamiento.

Características generales del dispositivo

A continuación desarrollaremos una planificación posible de un encuentro de FpN en un contexto particular del ámbito de la salud mental. Tomaremos como ejemplo el dispositivo de Hospital de Día, y nos centraremos en una población de niños de entre 10 y 12 años que presentan diversos problemas de conducta.

En primer lugar, es necesario realizar una reunión con los diferentes directivos institucionales, quienes deberán brindar la primera información sobre: las características de la población a abordar; las necesidades grupales e institucionales; las características del dispositivo y del personal interviniente; las posibilidades reales de trabajo; la frecuencia de asistencia y de permanencia de los pacientes; las dificultades posibles a encontrar en el espacio de trabajo. Asimismo, se puede considerar la posibilidad de que los coordinadores de los encuentros de FpN participen de las reuniones de equipo.

Una vez recabada la mayor cantidad de información posible, se prosigue con la construcción de los objetivos a corto, mediano y largo plazo, para definir a partir de éstos los pasos a seguir en los diferentes encuentros.

Los objetivos a corto plazo refieren a las metas puntuales de cada encuentro. En general son similares de una población a otra, pero varían entre el primer encuentro y el último por la propia evolución de los mismos. Se destacan principalmente el reconocimiento de la identidad grupal, la inclusión de los coordinadores en la dinámica planteada por el mismo grupo, la capacidad de potenciar y comprender la propia dinámica grupal, y, principalmente, cumplir con el objetivo particular del encuentro.

Los objetivos a mediano plazo son aquellos que cumplen la función de intermediarios, estando directamente relacionados con el objetivo final, el cual no se podría alcanzar con simples metas puntuales, aisladas en cada encuentro. Estos objetivos agrupan dos o tres encuentros, dependiendo de la frecuencia elegida en virtud de la población a abordar. Por ejemplo, se pueden relacionar pri-

mero con el abordaje de conceptos a partir de prácticas concretas que no generen fuerte impacto emocional; en un segundo momento, y ya conociendo las características del grupo, es posible plantear conceptos abstractos generales para, en un tercer momento, ahondar en aquellas concepciones particulares con mayor resonancia individual.

Los objetivos a largo plazo son los primeros a desarrollar y se vinculan directamente con los motivos de la implementación de FpN en salud mental. Lo ideal es que se desarrollen interdisciplinariamente en conjunto con los directivos institucionales que convocan la propuesta y los coordinadores de los encuentros. Los objetivos son generales y se elaboran una vez que la propuesta está anclada en una situación particular. Podemos mencionar como ejemplos la mejora de la adherencia al tratamiento a partir de una consolidación grupal y la adquisición de habilidades cognitivas para potenciar el abordaje individual.

Si bien la estructura planteada parece rígida, los coordinadores deben evaluar cada objetivo puntual a corto plazo a partir de los objetivos a mediano y largo plazo, y, a su vez, replantear estos últimos a partir del desarrollo de cada encuentro o las vicisitudes por las que atraviesa todo grupo a lo largo del tiempo.

En el caso particular del Hospital de Día se plantea un trabajo con niños de entre 10 y 12 años, con dificultades para establecer vínculos, baja tolerancia a la frustración y tendencia a conductas impulsivas, entre otras cuestiones. Teniendo en cuenta estas características, por ejemplo, se debería planificar encuentros de las siguientes características:

- Corta duración: 40 a 50 minutos como máximo, para permitir que el cierre no se realice cuando los niños ya han perdido su capacidad de atención.
- Grupos que no superen los 15 integrantes: para un trabajo rítmico y sostenido.
- Una frecuencia quincenal: para no confundir el encuentro de FpN con la terapia grupal, ya que, para el paciente del Hos-

pital de Día, el encuadre puede parecer similar y generar resistencias.

- Planificación de la actividad por no más de 6 meses (12 encuentros o menos), dependiendo de la duración promedio de los pacientes en el dispositivo. De querer prolongar la duración del encuentro, se debería volver a planificar los mismos, ya que, si no, se corre el riesgo de cerrar la actividad con un grupo diferente al que comenzó la misma.
- Realizarse por la mañana y a mitad de semana (martes, miércoles o jueves) para evitar interponerse en los trabajos terapéuticos relacionados con las dificultades propias de los dispositivos de Hospital de Día asociadas con el fin de semana o con la salida del dispositivo. Asimismo, de esta manera se permite que luego del encuentro los pacientes asistan a sus respectivos abordajes terapéuticos como forma de contención.
- El equipo de coordinación se conformará mínimamente de una persona formada en filosofía y un profesional de la salud, preferentemente un psicólogo con experiencia en grupos.

Por otra parte, la modalidad de trabajo de los talleres será el diálogo en ronda, disposición que fomenta la circulación de la palabra. Se comenzará por generar un clima propicio y delimitar el espacio, para luego proponer una actividad que, a modo de punto de partida común, plantee una serie de problemas (una lectura compartida, la observación de un cuadro, un cortometraje). En función de lo que haya llamado la atención del grupo, se elaborará colectivamente una agenda de preguntas en base a la cual se elegirá y profundizará un tema.

En todo momento, el rol de los coordinadores será incentivar a todos/as a que expongan lo que piensan y lo fundamenten, poniendo el énfasis en la participación ordenada y la escucha atenta. Se limitará a formular preguntas para circunscribir la discusión en un marco filosófico y poner en relación los distintos aportes, evitando emitir apreciaciones personales. A modo de cierre, se propondrá una eva-

luación que consista en reflexionar acerca de uno de los aspectos del encuentro y expresar el propio punto de vista al respecto.⁸

Se debe tener en cuenta que la modalidad de trabajo es, como se ha dicho, de taller mediante el diálogo filosófico, el cual no tiene (ni debe tener) el objetivo terapéutico en sí mismo. Es por esto que se resalta la necesidad de organizar los espacios de trabajo para que lo abordado en el encuentro de FpN pueda abordarse luego de forma personal o particular para quien así lo requiera.

Conclusiones

La salud mental es un campo atravesado por múltiples saberes, los cuales se ven en la obligación de promover el diálogo disciplinar para poder lograr la maduración de posibles trabajos comunes y no el mero solapamiento de profesiones. En este sentido, la FpN en tanto corriente novedosa en el ámbito educacional aparece como un posible potenciador de los fenómenos grupales, con objetivos claros y herramientas simples de adaptar a cada contexto.

Sin embargo, al confeccionar el trabajo han sido más las preguntas acontecidas que las respuestas encontradas, posiblemente porque las variables a contemplar exigen un análisis más profundo sobre cada ámbito en particular. Se debe tener en cuenta que es esta flexibilidad de la propuesta la que le otorga a la FpN la riqueza que hemos observado, y permite concluir que la misma es pasible de adaptar sosteniendo su valor en cada campo de acción.

Por otra parte, y como síntesis final, consideramos interesante la pregunta sobre cuánto del desarrollo asociado a la FpN ya ha sido elaborado por teóricos de dinámicas grupales, pero que, sólo por

8. En este trabajo no nos detendremos en profundizar cada una de estas etapas por una cuestión de extensión. No obstante, creemos necesario aclarar los objetivos específicos que se persiguen y la fundamentación del proceder para una mejor comprensión de la propuesta.

sostener discursos diferentes, no han generado todavía una comunión de saberes. Lo mismo no podría ser de otra manera, siendo en definitiva la filosofía el origen de todo campo de saber.

Bibliografía

- Blanchet, A. y Trognon, A. (1996). *La psicología de los grupos*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Benedetti, E. (2015). *Hacia un pensamiento clínico acerca del consumo problemático. Notas político-epistémicas sobre modelos y estrategias de intervención*. Buenos Aires: Ediciones Licenciada Laura Bonaparte.
- Cerletti, A. (2008). *La enseñanza de la filosofía como problema filosófico*. Buenos Aires: Libros del Zorzal.
- García González, A. y Martínez García, M. (1993). «Prevención y promoción en psicología comunitaria». En Martínez González, A.; Chacón Fuentes, F. y Martínez García, M. (1993). *Psicología Comunitaria*. Madrid: Visor, pp. 57-63.
- Kohan, W. (2007). *Infancia, política y pensamiento*. Buenos Aires: Del estante.
- (2004). *Infancia entre educación y filosofía*. Barcelona: Laertes.
- Kuhn, T. (1962 [2004, 2.ª edición]). *La estructura de las revoluciones científicas* (Trad. Carlos Solís). México: Fondo de Cultura Económica.
- Lipman, M. (1988). *Philosophy Goes to School*. Philadelphia: Temple University Press.
- (1991). *Thinking in Education*. Cambridge: University Press.
- (1995). *Las formas del pensar filosófico y filosofía para niños* (Trad. Vera Waksman). Título original: *Moral Education, higher-order thinking and philosophy for children. Early Child Development and Care*, vol. 107, pp. 61-70.
- Lipman, M.; Sharp, A. y Oscanyan, F. (1980 [1977]). *Philosophy in the Classroom*. Philadelphia: Temple University Press.

- Morales Calatayud, F. (1999). *Introducción a la psicología de la salud*. Buenos Aires: Paidós.
- Splitter, L. y Sharp, A. (1996). *La otra educación*. Buenos Aires: Manantial.

A interdisciplinaridade entre a clínica psicanalítica e a medida socioeducativa

Andréa Máris Campos Guerra e Elisa de Santa Cecília Massa

Discutiremos, nesse artigo, a relação entre a Psicanálise e a Segurança Pública no território da socioeducação. Para isso, faremos uma apresentação do sistema socioeducativo brasileiro para, em seguida, discutirmos o Programa de Extensão Universitária Já É, de atendimento psicanalítico a adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa. Defenderemos, através de um caso, um modelo de relação entre os campos disciplinares a partir de uma matriz que os considera como saberes *disjuntos e suplementares*, inaugurando uma relação lógica pouco usual no território da interdisciplinaridade, por incluir o ponto não recoberto pela linguagem como elemento subtraído que causa a abertura de novas configurações de leitura, de intervenção e de mundo a cada caso.

Sobre a interdisciplinaridade

Segundo a formalização realizada por Vasconcelos (2002), as incursões que envolvem a interdisciplinaridade podem remontar a diferentes níveis de discussão, segundo: (a) os dispositivos de poder institucional; (b) os dispositivos de reprodução das relações sociais de produção e os aparelhos do Estado; (c) os dispositivos disciplinares de saber-poder difusos no espaço social; (d) os dispositivos constitutivos do profissionalismo, enquanto monopólios de saberes, mandatos sociais e práticas vinculadas aos interesses econômicos. Como se nota, trata-se de abordagens marcadamente orientadas

por discursos epistêmico-políticos bem delimitados, na tentativa de alcançar uma realidade sempre mais complexa do que a teoria abarca.

Nesse sentido, Coutinho (1991) entende que a interdisciplinaridade não se confunde com ecletismo teórico, mas antes respeita o pluralismo de abordagens (Coutinho, 1991, p. 16). Muitas vezes são justamente os pontos de diferença que complexificam a leitura da realidade, permitindo abordá-la de maneira multifacetada e prismática. O inconciliável não significa ruptura de diálogo, ecletismo, hegemonia ou complementaridade. A partir dos diferentes espectros inconciliáveis da realidade, verificamos a impossibilidade de abordá-la toda e podemos, com isso, compô-la contando com seus hiatos e seus impossíveis.

No que concerne à discussão aqui pretendida, nos debruçaremos sobre a interdisciplinaridade, entendida como a axiomática comum a um grupo de disciplinas conexas, coordenado por nível superior, havendo reciprocidade e tendência a relações horizontais de poder; sistema de dois níveis e objetivos múltiplos, com coordenação no nível superior (Vasconcelos, 2010).¹

Ao trabalharmos com campos disciplinares distintos, sem visar sua redução, sua complementaridade ou a hegemonia de um sobre o outro, realizamos, a cada passo da prática, uma torção nos casos, que se suporta daquilo que cada campo não alcança. Daí uma modificação em seu interior se opera, recaindo sobre o campo vizinho de maneira suplementar. (Guerra, 2015, p. 38).

A operacionalidade desse modelo de trabalho se assenta sobre o que cunhamos uma *interdisciplinaridade em ato* (Guerra, 2013). Ela é entendida enquanto incidência de uma disciplina sobre a outra a partir do ponto de encontro que nasce da impossibilidade de qualquer saber recobrir toda a verdade, seja de uma realidade social, de uma família, de um sujeito.

1. Para uma explanação mais detalhada acerca destas conceituações, ver Vasconcelos (2010, pp. 45-46).

Sobre as medidas socioeducativas

De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), os adolescentes que cometem um ato infracional (análogo aos crimes ou contravenções previstos no Código Penal Brasileiro), podem receber uma série de medidas socioeducativas. São elas: advertência, obrigação de reparar o dano, liberdade assistida, prestação de serviço à comunidade, semiliberdade e internação em estabelecimento educacional, a mais gravosa dentre as medidas.

A internação não tem um tempo mínimo pré-estabelecido, e pode se estender por até três anos. Neste período, a equipe técnica que acompanha o adolescente deverá produzir relatórios e promover ações de garantias de direitos, tais como escolarização, profissionalização, convivência familiar, atividades de cultura, esporte, lazer, etc. Nos atendimentos individuais, os técnicos deverão produzir intervenções com o adolescente a partir de suas elaborações, no sentido de promover a responsabilização do adolescente pelo cometimento do ato infracional, objetivo primeiro da medida socioeducativa, segundo o SINASE.

Durante o cumprimento da medida privativa de liberdade, estão previstas diversas atividades externas para estes adolescentes, que podem frequentar serviços oferecidos pela cidade a partir de uma avaliação prévia, realizada pela equipe técnica.

Nas unidades socioeducativas de internação, os adolescentes são acompanhados por uma equipe interdisciplinar composta por advogados, psicólogos, pedagogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais. Este atendimento possui caráter psicossocial e visa ao cumprimento da medida socioeducativa e a responsabilização do adolescente pelo ato infracional cometido. A partir da demanda do adolescente e da construção desta equipe, é possível ainda que ele seja encaminhado a outros serviços. Dentre estes, destacamos o atendimento psicanalítico voluntário oferecido na clínica escola da Universidade Federal de Minas Gerais; trata-se do Programa Já É.

O Programa Já É

O Programa Já É acontece em três eixos: atendimento psicanalítico individual (aqui trabalhado), conversações psicanalíticas institucionais e intervenção comunitária com o Quadrinho do Morro. Trabalhando com uma lógica orientada pelo princípio da interdisciplinaridade em ato e compondo a discussão teórica assentada na relação suplementar explicitada, temos como ponto de partida sempre o *caso*, que gera um embaraço, um obstáculo ao fluxo da vida que insiste em não se resolver, reincidindo nos mesmos pontos.

A processualidade metodológica desenvolve-se a partir da descrição do caso, caminhando em direção à sua construção, a partir da supervisão mensal. O ponto de partida, como sendo o instante de ver o caso, traz a marca da descrição da situação, a partir de dois relatos: o do psicanalista e o da equipe composta em torno do impasse. Realizamos supervisões mensais e um evento semestral no qual um analista discute o caso, apresentado nas duas versões.

Vinhetas do caso: dois pontos de vista, o mesmo sujeito O relato da unidade socioeducativa:

Rodrigo, 18 anos, estava privado de liberdade desde maio de 2014, por agressão contra sua namorada. Sua família é composta pela mãe e um irmão mais novo, e o pai é falecido. A família conta que o pai de Rodrigo começou a apresentar atitudes estranhas quando Rodrigo nasceu. Tornou-se hostil, arremido e violento. Com o acirramento destas atitudes, foi constatado que se tratava de um adoecimento psíquico, que ocasionou diversos períodos de internação para tratamento psiquiátrico. Quando se agitava, era violento contra a esposa e seus dois filhos.

Em uma destas ocasiões, pai e filho travaram uma briga que culminou na morte do pai por Rodrigo, que desferiu uma facada contra ele. Antes deste ato extremo, Rodrigo havia começado a se envolver

com o uso e tráfico de drogas e evadiu da escola. Ao dizer sobre o motivo de entrada no tráfico, dizia que «não sabia explicar», que «ficou revoltado com o pai, que o batia muito nele e em sua mãe».

Após ser apreendido pela morte do pai, Rodrigo passou 45 dias acautelado e após audiência foi liberado para responder ao processo em liberdade. Algum tempo depois, foi apreendido pela agressão contra a namorada, que ocorreu dentro da delegacia que ficava ao lado de sua casa.

Seu comportamento na unidade socioeducativa era o de um adolescente tranquilo, tímido e que tendia a se isolar do grupo. Nos atendimentos da psicologia, apresentava-se cabisbaixo e abatido. Sua apatia preocupava a equipe interdisciplinar, que o encaminhou para os atendimentos do Programa Já É.

Relato do psicanalista do programa Já É:

Quando encontrei Rodrigo pela primeira vez, perguntei-lhe sobre o motivo de ter procurado atendimento. Ele me disse que precisava «desabafar», pois não parava de pensar no que aconteceu. Perguntei o que aconteceu e ele me disse: «matei meu pai». Disse que brigavam muito e durante uma discussão o pai havia lhe xingado de «vaga-bundo». Respondeu ao pai com a seguinte fala «a hora que você voltar, eu vou te matar». O pai voltou, ele partiu pra cima dele com a faca e, na presença do irmão, matou o pai. O irmão chamou a polícia. Quando a polícia chegou, entregou-se.

Rodrigo diz que o pai sempre bateu nele, «era doido, desde pequeno ele me batia, batia na minha mãe, ele bateu na minha mãe quando ela estava grávida». Eu era «revoltado». O pai era doido, mas também era carinhoso. Tem-se, então, sua posição na infância: impotente e objeto da *ambivalência* e da violência do pai.

No seu primeiro relato sobre a medida de internação, relatou que havia agredido a namorada e ela deu queixa à polícia. Essa agressão aconteceu após o assassinato do pai, enquanto aguardava

sentença judicial pelo homicídio. Depois ele associa a internação ao homicídio.

«Eu não escutava o que meu pai falava, eu queria ficar livre da minha família. Eu achava que ele era doido, não dava ideia não, mas agora estou achando que ele tinha razão. Ele falava que eu ia terminar igual a ele, agora estou vendo que ele tinha razão, pensando onde eu estou». É o significante «doido» que surge como traço de identificação ao pai, levando-o a cumprir a sina de vagabundo que o pai lhe destinava. Tal identificação ao pai seria uma tentativa de elaborar o luto por sua perda? Luto este que vem marcado pela culpa, levando-o a realizar o destino enunciado pelo pai?

Tal tentativa de separação parece encontrar na adolescência o tempo propício para se concretizar? A urgência de resolutividade, marcada por uma temporalidade imediata de se separar do pai e de ser dono da própria vida torna-se o ponto que o enlaça aos amigos da boca de fumo. Entretanto, ele permanece na mesma posição. Vive entre a ambivalência do amor e do ódio.

A tentativa de se separar do outro paterno se dá através da passagem ao ato numa neurose. Seu apelo é um endereçamento à Justiça de um pedido de separação simbólica do outro parental. Seguidas às agressões, mata o pai, agride a namorada, e na primeira saída do Centro Socioeducativo, agride um «doido» na rua. Rodrigo diz à sua mãe: «você está fazendo comigo o mesmo que fazia com meu pai, me levando pra internação».

Opera entre a rivalidade e a identificação ao pai. Relata várias vezes que se sente na obrigação de ajudar a mãe a criar o irmão mais novo. Eu lhe disse que já estava respondendo pelo seu ato, que havia uma responsabilidade dele em relação ao ato, mas que a responsabilidade pelo irmão mais novo caberia à mãe.

Contou-me que estava lendo dois livros. Perguntei quais os títulos dos livros e ele me disse «A Grande Esperança» e «Os Dez Mandamentos». Foram presentes de sua mãe. Perguntei-lhe se sabia quais eram os dez mandamentos, e ele se lembrou de dois: «amar a deus sobre todas as coisas e honrar pai e mãe». Em seguida, relata que

quando começou a usar droga, passava o dia na rua. Não escutava os conselhos do pai e da mãe, mas encontrava-se submetido ao imperativo que lhe lançava para cumprir o destino que o pai lhe apontava. Visava tornar-se dono da própria vida, sem passar pelo pai.

Em atendimento, diz que «a palavra tem poder». E eu afirmo que sim. Ele associa tal poder ao cumprimento de um destino que o levou a matar o pai. Na última briga, disse ao pai: «volta aqui que eu vou te matar». O pai voltou, ele lhe deu uma facada no peito. Neste contexto, marquei o poder da palavra, tomada com possibilidade de expressão e não de um destino. Falei da possibilidade de tomar a palavra e falar do que faz sofrer, pois, «quando temos a palavra como possibilidade, nem tudo que a gente fala, a gente faz».

Durante visita à casa da mãe, contou-me que reencontrou alguns amigos e que esses refizeram suas vidas depois de saírem do tráfico. E foi nessa visita que sua mãe lhe disse que está muito mudado. Perguntei o que ele achava disso e confirmou perceber isso depois que passou a vir aos atendimentos comigo. «Eu era muito *ignorante*, igual meu pai, não escutava ninguém, não escutava o que minha mãe falava». E o que eles falavam? Perguntei-lhe. Disse-me que lhe davam conselhos, mas sentia que era para cobrar, e queria ser dono da própria vida, por isso passou a mexer com droga. Eu lhe disse que os pais «precisam» dizer aos filhos sobre algumas coisas que eles ainda não sabiam.

O surgimento de um significante novo, mesmo remetendo à identificação ao pai, foi o que possibilitou também um novo apontamento. Eu lhe disse: «você não é ignorante igual ao seu pai. Seu pai era doido, você não é doido. Você não pode ocupar o lugar do seu pai, esse lugar precisa ficar vazio. É isso que você *ignora* – que você é diferente de seu pai».

Conclusão

A construção do caso visa colocar em relação condicionantes econômicos, sociais e geográficos, não visíveis no cotidiano, ao lado de

condicionantes inconscientes e subjetivos, capturados discursivamente. Visando atingir esses diferentes planos, a partir da rede que se configura em torno do jovem, visamos modificar, com esse ato de corte, os dois planos, podendo engajar sujeito e civilização em uma nova resposta, tornada operativa na prática socioeducativa (Guerra, Martins e Otoni, 2014).

Como tomamos o caso como elemento central da forma de abordagem do impasse e, conseqüentemente, da teoria e da intervenção, invertemos a relação de saber habitualmente disposta nos dispositivos universitários e políticos. O saber desloca-se do técnico ou do professor para radicar-se na experiência que se configura na cena do cotidiano do trabalho com o jovem. Assim, alguns conceitos podem servir à ampliação da leitura do caso, porém apenas prestarão esse auxílio se forem dispostos a partir do roteiro de vida que ali se apresenta (Guerra, 2015, p. 38).

Bibliografia

- Brasil. *Constituição da República Federal do Brasil de 1988*. Brasília: Presidência da República. Recuperado em 06/07/2015, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.
- Brasil. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Lei Federal nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília: Senado Federal.
- Brasil. *SINASE*. Lei Federal n.º 12.594, de 18 de janeiro de 2012. Institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase), regulamenta a execução das medidas socioeducativas destinadas a adolescente que pratique ato infracional e altera outras. Brasília: Presidência da República. Recuperado em 06/07/2015 de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12594.htm.
- Coutinho, C. N. (1991). «Pluralismo: dimensões teóricas e políticas». *Caderno ABESS*, n.º 4, São Paulo: Cortez Editora.

- Guerra, A. M. C. (2015). «Um pouco sobre nossa estratégia de trabalho: psicanálise, marxismo e a vida pelo dentro e pelo avesso». In Guerra, A. M. C.; Cunha, C. de F. e Silva, R. S. da (org.) *Violência, território, família e adolescência: contribuições para a Política de Assistência Social*. Belo Horizonte: Scriptum, pp. 17-42.
- Guerra, A. M. C. «Princípios para uma interdisciplinaridade em ato». *CIEN - Revista Digital*. n.º 12 (online). Recuperado em 07/10/2014, de <https://dl.dropboxusercontent.com/u/71316212/CIEN-Digital%2012%20.pdf>.
- Guerra, A. M. C.; Martins, A. S. e Otoni, M. S. (2014). «Adolescência e infração: conjugando fatores subjetivos e políticos no compartilhamento de responsabilidades», *Revista Brasileira de Ciências Criminais*, ano 22, n.º 109, pp. 109-130.
- Vasconcelos, E. M. (2010). *Saúde Mental e Assistência Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade*. São Paulo: Cortez Editora, cap. 2, pp. 36-67.

Sobre el sello Ediciones Licenciada Laura Bonaparte

Cada vez que un sello editorial publica un nuevo volumen se presenta una ocasión propicia para dar a conocer su razón de ser. Tratándose de la editorial del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte 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 llamar a esta editorial con el nombre de Laura Bonaparte, tal como sucede con el hospital?

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 insti-

tución como en diálogo con otros profesionales, instituciones y la comunidad en general.

Ahora bien, esta editorial, como el hospital, lleva el nombre de la licenciada Laura Bonaparte, lo cual 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 Investigaciones

AA. VV., *Nuevas políticas en salud mental: desafíos para la intervención interdisciplinaria.*

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.*

AA. VV., *3.ªs Jornadas de salud mental y adicciones. ¿Interdisciplina en la intervención clínica? Obstáculos y desafíos. Estrategias y dispositivos.*

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 Papeles de trabajo

Edith Benedetti, *Hacia un pensamiento clínico acerca
del consumo problemático. Notas político-epistémicas sobre
modelos y estrategias de intervención.*

Cantidad de ejemplares: 1000.

Este libro se terminó de imprimir en el mes
de octubre de 2015 en Altuna Impresores,
Doblas 1968, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Los tomos del año 2015 de la serie Jornadas y congresos reúnen una selección de comunicaciones presentadas para las 3.^{as} *Jornadas de salud mental y adicciones: ¿Interdisciplina en la intervención clínica? Obstáculos y desafíos. Estrategias y dispositivos*, organizadas por el Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Algunas interrogaciones que recorren estas páginas son las siguientes: ¿qué implica pensar estrategias y dispositivos interdisciplinarios en el primer nivel y en el segundo nivel de atención? ¿Cómo intervenir en las urgencias desde una perspectiva interdisciplinaria? ¿Qué aporta una mirada interdisciplinaria a la hora de diseñar e implementar estrategias de externación? ¿De qué hablamos cuando hablamos de clínica interdisciplinaria con niñas, niños y adolescentes? ¿Con qué obstáculos y desafíos se enfrentan los equipos interdisciplinarios hoy en el terreno de la salud mental y las adicciones?



**Ministerio de
Salud**
Presidencia de la Nación

Subsecretaría de Gestión de Servicios Asistenciales



**Hospital Nacional en Red
Lic. Laura Bonaparte**
Especializado en salud mental y adicciones.
EX CENARES0

