



## Ciclo Diálogos Emergentes

Pensar la continuidad de tratamientos en contextos de arrasamiento:

¿qué pueden las instituciones públicas?<sup>1</sup>

Hernán Altobelli & Nicolás Oliva

**Vanina Catalán (V.C):** Buenas tardes a todas y todos, bienvenidos y bienvenidas a este tercer encuentro del **Ciclo de Conferencias 2024: “Diálogos Emergentes”**. Gracias a quienes están acá presentes, de la residencia, del equipo de Urgencias, de Internación y a todos y todas las que nos están viendo por el canal de YouTube.

En este tercer encuentro nos proponemos desde el Departamento de Formación ofrecer un espacio que sea complemento de los primeros y no una contracara. En el primer encuentro hablamos de la posibilidad de los finales de tratamiento, y en este en particular quisimos hablar de *continuidades*. La idea es insistir sobre una reflexión acerca del tiempo y que esa reflexión sea desde distintas disciplinas, sobre las distintas prácticas y especificidades disciplinarias. De alguna manera está también vinculado con el segundo encuentro donde conversamos sobre las subjetividades contemporáneas y tratamos de avanzar en el desafío de pensar una práctica responsable con las subjetividades contemporáneas actuales, es decir, estas reflexiones intentan siempre ser situadas. Y particularmente situadas en las instituciones públicas.

Para esta ocasión invitamos a Hernán Altobelli<sup>2</sup> y a Nicolás Oliva<sup>3</sup> que son compañeros de este Hospital también. Les paso la palabra a ellos. La intención es que pueda haber un espacio de exposición pero también que puedan interrumpir si quieren hacer algún comentario.

---

<sup>1</sup> Desgrabación de la conferencia que lleva el mismo título, realizada en el mes de Mayo del año 2024 en el Hospital Nacional en Red “Lic. Laura Bonaparte”. Disponible en:

YouTube | Ciclo Diálogos Emergentes | ¿Qué pueden las instituciones públicas?

<sup>2</sup> Hernán Altobelli es Licenciado en Psicología, es Magíster en vínculos, familia y diversidad sociocultural y Especialista en psicología víncular en familias con niñas, niños y adolescentes. Es docente de grado y posgrado en la facultad de Psicología en la UBA y en el Hospital Italiano de Buenos Aires y es supervisor clínico del Hospital Nacional en Red “Lic. Laura Bonaparte”.

<sup>3</sup> Nicolás Oliva es Médico Psiquiatra, es Magíster en neurofarmacología, trabaja como supervisor en el Hospital Nacional en Red “Lic. Laura Bonaparte” y es parte del Cuerpo Médico Forense de la Justicia Nacional de la Corte Suprema de Justicia.



**Nicolás Oliva (N.O):** Buenas tardes. Muchas gracias en primer lugar por la invitación. Para mí es un honor formar parte de este espacio, sobre todo, como dijo Vanina, a partir de los contenidos que fueron expuestos en el primer y en el segundo encuentro del ciclo. Para decirlo de alguna manera es como que la vara está un poco alta. Esperemos poder hacer algún aporte, poder debatir y continuar a partir de lo que fuimos confeccionando con los compañeros del Departamento de Formación en relación a la temática de este encuentro. Parte de esas ideas que fueron surgiendo en los encuentros anteriores tienen que ver con que lo que orienta debe ser la clínica y la decisión ética que la sustenta. La cuestión de la temporalidad; explicitar junto al paciente y sus familiares que se trata de hacer un tiempo para construir un plan de trabajo, la función de la pausa a veces también generadora de posibilidades y la formulación de un problema en común.

Quería iniciar mi exposición hoy trayendo algunos elementos, en primera instancia, que tienen que ver con dónde estamos parados en relación a pensar los tratamientos prolongados, también llamados tratamientos crónicos o continuidad de cuidados y las diferencias que pueden traer estas distintas denominaciones. Digo dónde estamos parados porque traigo una cuestión epidemiológica, como una especie de foto, que me parece interesante como primera plataforma. Esta cuestión epidemiológica paradójica es que por un lado existe una *brecha de tratamientos*, que es amplia, y tiene que ver con que las personas con problemas de salud mental severos en general encuentran muchísimas dificultades para comenzar un tratamiento o para acceder a los cuidados- O bien una vez que pueden acceder a estos tratamientos tienen muchas dificultades para mantenerlos o sostenerlos. Por otro lado, y acá está la paradoja, desde los últimos años o décadas existen cada vez más personas que están en tratamiento, o usando psicofármacos, o participando o realizando infinidad de terapias que van desde abordajes más ortodoxos a los más heterodoxos que podamos llegar a pensar. Me parece interesante por lo menos mencionar esto en primera instancia para ver cómo pensamos dos preguntas que para mí son necesarias para pensar cómo abordar esta cuestión que nos convoca hoy. La primera pregunta tiene que ver con: *¿qué cuidados son los necesarios?* Que podamos definir eso, que es importante continuarlos, sostenerlos... y, *¿por qué es importante mantenerlos? ¿para qué?*. En segundo lugar, una vez que esas preguntas se hayan respondido, preguntarnos acerca de qué maneras poder continuarlos, cómo poder llevar a cabo eso. Siguiendo la primera pregunta acerca de cuáles son los cuidados que quisiéramos continuar o mantener y por qué y para qué, quería mencionar la cuestión del tratamiento psicofarmacológico (de mantenimiento, longitudinal, de continuidad, podemos llamarlo de



distintas maneras). Quisiera mencionar que es importante que seamos muy rigurosos en relación a los pro y los contras para poder responder a la pregunta sobre si es necesario realmente o no y para qué. Siguiendo esta misma actitud de seriedad, de rigurosidad, debemos acercarnos con franqueza a la información con la que contamos, tanto a la información estadística desde diferentes tipos de estudios como a nivel de la información personal o individual. Para eso quería traer como ejemplo el tratamiento psicofarmacológico de las personas con diagnóstico de psicosis crónica. Este es un debate que incluso está abierto hacia dentro de la misma psiquiatría, no solamente en relación a otras disciplinas o con otro tipo de actores sociales, sino que es un debate entre colegas, por decirlo de alguna manera. Un reflejo de este debate son las guías de tratamiento, que tienen diferentes opiniones respecto del tratamiento crónico, no existe un consenso a este nivel. Les digo algo de lo que les estoy mencionando: la mitad de las guías prácticas que reúnen los criterios metodológicos no efectúan recomendaciones sobre la duración del tratamiento de mantenimiento, señalan que cada paciente debe ser considerado individualmente. Hay una sola de estas guías que más o menos reúnen ciertos requisitos de seriedad que dice que el tratamiento debe continuar indefinidamente; no casualmente esta guía es el protocolo de Texas. Otros elementos que decía sobre cómo acercarnos a la información con la que contamos para poder responder a estas preguntas tienen que ver con estudios longitudinales, de seguimiento de los pacientes, y la información con la que contamos de muchos años hasta varias décadas atrás. Hay estudios de referencia muy claros de autores que están muy imbuidos en la materia, por ejemplo Martin Harrow (quien falleció hace muy poquito) es alguien que estudió muchísimo esta temática y, con las limitaciones metodológicas de este tipo de estudios observacionales, pudieron concluir que hay un subgrupo de personas con este diagnóstico que a lo largo de muchos años hasta se benefician con no recibir tratamiento psicofarmacológico. Las unidades de medida, los indicadores de esa mejoría tienen que ver con menores hospitalizaciones, mejor funcionamiento social y hasta mejores niveles de sintomatología, menor intensidad de los síntomas. Además de estos trabajos, que como les dije tienen limitaciones y por eso tienen ciertas críticas de parte de otros grupos de psiquiatras, quiero mencionar un estudio del año pasado: se realizó en el Reino Unido, respondiendo a estas críticas metodológicas de los estudios observacionales, un estudio comparando dos grupos. La metodología que se hizo es la metodología que se considera como la más rigurosa o la que arroja conclusiones que pueden acercarse más a la realidad. Los resultados que arrojó ese estudio fueron que luego de dos años el grupo al que se le redujo la medicación antipsicótica, o que incluso se interrumpió pero de manera muy progresiva, tuvo resultados muy similares al otro grupo en



cuanto a funcionamiento social y calidad de vida, pero luego de dos años sí tuvo un mayor índice de hospitalizaciones, casi el doble de las personas que sí recibían antipsicóticos. Este es uno de los primeros estudios que tienen esta metodología, que nos dan más elementos para las decisiones que tomamos cotidianamente, y que quería tomar como referencia para acercarnos a esta pregunta de por qué indicar la continuidad de cuidados en casos donde los cuidados tienen que ver con la indicación farmacológica, y para qué. Pasando a la siguiente pregunta de cómo hacerlo, también quería que veamos otras fotografías epidemiológicas que tienen que ver con cuestiones que en algún momento se llamaron como *del mundo real*, haciendo esa diferenciación entre lo que son los estudios más experimentales o ensayos clínicos y lo que sería la realidad. A comienzos de la década de los 2000, siguiendo el ejemplo de las personas con diagnóstico de psicosis crónica, se llevó a cabo el estudio CATIE. En el mismo se realizó un seguimiento a pacientes durante el plazo de un poco más de un año. Lo que quiero señalar hoy es que casi el 75% de las personas que ingresaron en ese estudio, a lo largo de un año lo habían abandonado. Este resultado sorprendió, lo digo un poco irónicamente, porque cuando los autores mencionan que están sorprendidos por la cantidad de personas que dejan el tratamiento (o que dejan el estudio en este caso), también mencionaban que coincidía con un montón de otros estudios observacionales o de seguimiento en cuanto a la altísima tasa de abandono de tratamiento. Estos resultados que les digo como ejemplo en el caso de la psicosis crónica también los podemos observar en otros cuadros de salud mental severos como por ejemplo el trastorno bipolar. Casi la mitad de los pacientes abandona el tratamiento en el plazo de un año. Surge otra pregunta: *¿cómo hacer para poder mantener o continuar los cuidados?* Quería retomar como decíamos las palabras de Silvia Ghiselli en el primer encuentro. Ella se preguntaba cómo formulamos y reformulamos preguntas para hacer construir la situación problemática de intervención. Veamos algunos ejemplos de lo que sucede desde la psiquiatría en relación a esta pregunta de cómo hacer para que los pacientes puedan hacer el tratamiento, reducido a si toman o no toman la medicación. Voy a darles algunos ejemplos: hay algunos países en donde se los obliga por ley, existe el tratamiento ambulatorio involuntario. Se los incentiva económicamente, en la jerga de esos países (que son generalmente anglosajones) se lo denomina “cash coercion”. Se los psicoeduca o se los educa, se los rehabilita, a veces se acercan al domicilio, se hacen campañas antiestigma... todas señales de una dificultad inherente para construir un pacto de cuidado. Además, y acá quisiera hacer un énfasis especial, es una señal de la relación que tenemos con el saber y nuestras prácticas. ¿Qué quiero decir con esto? Es una señal de qué concepto de sujeto manejamos, o nos maneja, para llegar a hacer este tipo de intervenciones. A veces, siguiendo la premisa



de que el paciente no abandona un tratamiento por cuestiones voluntarias o conscientes, se realizan distintos tipos de intervenciones como por ejemplo desarrollar un fármaco que en su envoltorio tenga un producto químico, que al ingresar al organismo y tomar contacto con el jugo gástrico, se libere ese producto químico y reaccione con un parche que tiene en la piel el paciente enviando un mensaje al psiquiatra. En este caso para darle la información al psiquiatra de que el paciente está tomando la medicación. Hay otros ejemplos que podría mencionar, ese es un extremo, pero también se han desarrollado, por ejemplo, frascos que tienen un dispositivo que cuando se abren envían un mensaje. Lo que quiero decir con estos ejemplos es que todos parten de esta premisa de que el paciente o no sabe, o se equivoca involuntariamente, o a veces nos mienten. De nuevo, volviendo a esto que decía: qué concepto de sujeto, de paciente, nos maneja o queremos manejar para pensar cómo lograr esta continuidad de cuidados que hoy nos convoca a hablar.

Paso a otra cuestión que me parece interesante para seguir hilvanando esta idea: ¿qué pasa en otras ramas de la medicina, en otros ámbitos de la salud, con respecto a los tratamientos prolongados o tratamientos crónicos? Siempre ayuda dar algunas cifras: casi un tercio de las personas con diabetes, una patología crónica, abandonan en algún momento el tratamiento durante el primer año. Cuanto más tiempo pasa muchísimas probabilidades más hay de abandono. Lo mismo pasa con enfermedades renales, con enfermedades respiratorias, incluso con enfermedades que ponen en jaque seriamente la salud y la posibilidad de la muerte. Para nosotros que somos del ámbito de la salud mental quizás esto no nos parezca tan矛盾, pero para las premisas que manejan otros lugares con respecto al tratamiento de la salud mental sí parece矛盾: ¿cómo una persona va a ir en contra de su propia salud, de su propia vida? Y sin embargo casi un tercio de las personas que tienen una nefropatía terminal abandona el tratamiento. Casi un 20% de las personas que hacen un tratamiento oncológico también lo abandona. Ahora quisiera frenar un segundo en un ejemplo que me parece paradigmático: dentro de ese grupo de padecimientos o patologías de salud hay un diagnóstico en el que es bajísimo el nivel de abandono de tratamiento y son las personas que conviven con el VIH - casi el 10% solamente abandona el tratamiento. Fijémonos que en lo que tiene que ver con salud mental y principalmente los padecimientos mentales severos, las cifras que les decía rondaban el 80%, 70%, 60%, dependerá las latitudes o donde estén hechos los estudios, pero nunca llegamos ni cerca a esta cifra que sí manejan los colegas que trabajan con las personas que conviven con VIH. Y les decía que quería detenerme un segundo con esto un momento porque me parece que no es menor el dato de cómo mencionamos a quienes realizan el tratamiento crónico o mantienen un cuidado en relación al VIH, que es convivir



con el virus y no ser pacientes con VIH, enfermos de VIH o enfermos de VIH/SIDA, como se les decía en algún momento. Y me parece que no es menor la forma en la que son nombrados o, mejor dicho, la manera en la que se hacen nombrar. Porque esa manera de la que se hace nombrar el colectivo de personas que conviven con VIH se traduce en distintas prácticas que son las que llevan a verse reflejados en estos datos que les mencionaba. Entonces, pensaba un poco cómo traducir estas experiencias al campo de la salud mental, y con esto voy a ir cerrando al menos esta parte. Cómo poder trabajarla también dentro de la disciplina de la psiquiatría, y que tiene que ver con qué lugar le damos a la perspectiva y a la participación de los pacientes en nuestros tratamientos. Para eso voy a traer algunos elementos desarrollados por dos autores que me parece que vienen trabajando mucho al respecto, no solamente desde lo teórico sino también desde lo práctico, que son Ivana Druetta y Martín Agrest. Han publicado bastante en relación al concepto de recuperación y el recorrido de los distintos significados del término y sus orígenes históricos, que tienen que ver con la participación de los pacientes desde el movimiento de usuarios y esta cuestión que lo resume que es “nada sobre nosotros sin nosotros”. Si nosotros, hablando desde el lugar como psiquiatras... y me parece que vale un poco la confusión del *nosotros* ahí, porque me parece necesario que el *nosotros* desde la psiquiatría no se diferencie del *nosotros* como usuarios. Si podemos considerar eso me parece que va a lograr un cambio sustancial. Tenemos esa ambigüedad incorporada, esa ambivalencia, que muchas veces es negada de una manera hasta patológica. De nuevo, no es solamente una cuestión conceptual no considerarnos o no incluirnos dentro del campo de la posibilidad de ser un paciente o de tener un padecimiento mental. Me parece que eso es un elemento de peso a la hora de cómo hemos llegado a conceptualizar esta idea de sujeto que tenemos del paciente. Entonces, una apertura de parte nuestra como psiquiatras hacia la opinión, la perspectiva y principalmente la participación de los usuarios o los pacientes en los tratamientos, me parece algo clave a la hora de pensar la continuidad de cuidados. Hay otro concepto clave que traen distintos investigadores y hasta usuarios o personas que hablan desde su experiencia (expertos por experiencia) que es el de *injusticia epistémica*. Si nosotros omitimos o ignoramos la forma de interpretar o de ver algún tipo de objeto de estudio para la construcción de un saber, estamos cometiendo una injusticia epistémica, en el sentido de que el saber que vamos a obtener es un saber que no va a ser objetivo. Me parece interesante plantearlo en estos términos porque es como disputar un poco hasta la terminología. Las ramas de la psiquiatría que no tengan en cuenta la opinión de los pacientes van a desarrollar un saber incluso es menos objetivo que quienes sí lo podemos ir



realizando. No solamente a nivel de un saber académico o de estudio como les fui mencionando, sino principalmente de un saber de las prácticas cotidianas.

Un poco era esto lo que en primer lugar quería hablar, acerca de cómo realizamos el trato con los pacientes, cómo pensamos la recuperación y cómo desarrollamos nuestros conocimientos a partir de tener en cuenta la posibilidad de no cometer esta injusticia epistémica.

**Hernán Altobelli:** Bueno, cómo seguir ahora... creo que la parte de agradecimientos quedó muy atrás pero igual agradezco la invitación y el estar acá.

Iba a empezar por algo que me había anotado decir, pero voy a empezar por otro lado. Mientras mientras te escuchaba, Nico, me anoté que insististe mucho con la idea de la continuidad en los cuidados, y me quedé pensando que en el título aparece la continuidad de los tratamientos. Creo que en ese pasaje ya hay una propuesta bien interesante que sería todo lo que planteás al final. No sé bien cómo pensar esto pero creo que hay ahí una posibilidad que va ligada también a la respuesta. Hay una continuidad en los tratamientos y después lo que aparece son los abandonos de los tratamientos. Me preguntaba si frente a la idea de continuidad de cuidados alguien podría abandonar ser cuidado o cuidar. Creo que ahí hay un corrimiento epistemológico y en acto que me parece que podría ser interesante pensarlo en las instituciones en las que trabajamos con las personas. Una cosa es abandonar un tratamiento, una cosa es pensar que hay comunicarle a alguien que esta institución o cualquier otra no está preparada para darle tratamiento a una problemática y otra cosa es el abandono de los cuidados. Creo que es un detalle muy interesante para plantear y para cuestionar el mismo título que elegimos ponerle. Hay en eso una problematización y una propuesta, esto quería decir.

Pensé algunas cosas que quiero transmitirles. Empezaría por el final porque lo que quiero es problematizar y escuchar también. Me quedé con algunas cuestiones que plantearon Tomasa y Silvia, también escuché a Mariana, me llevé algunos pensamientos, pero en principio quería situar tres grandes problemas para compartirles. Uno tiene que ver con otra palabra que aparece en el título que es la idea de *arrasamiento*, tomé algo que en algún momento dijo Janine Puget acerca de lo que es arrasar: "*Arrasar convierte en tabla rasa un territorio físico, social y mental. Hipoteca un devenir, de modo que el presente pierde su fluidez y el hacer es reducido a una actividad gobernada por imperativos pragmáticos, aquellos imprescindibles para sobrevivir. El arrasamiento afecta valores y organizaciones vitales, hace tambalear más allá de lo posible el sentimiento de propiedad de pertenencia a*



*las organizaciones sociales a las que se había otorgado cualidades de derecho.*<sup>4</sup> Es importante situar eso y es importante pensar qué hacer con el arrasamiento. Se requiere de cierto talento, de cierta creatividad y de cierta disponibilidad para hacer algo con eso que ha quedado totalmente tomado... es como un campo arrasado por la radioactividad, está la posibilidad de retirarse y esperar a que eso pueda ser habitable otra vez o se requiere de mucho talento para hacer algo en ese territorio que pueda cuidar de la vida. Creo que es importante pensar sobre la palabra arrasamiento. La otra palabra que me parecía importante, que no aparece particularmente en el título pero sí en el título del ciclo, es la idea de lo emergente. Ahí me parece que surge algo de esta propuesta, de este corrimiento de pasar de la idea de tratamiento a la idea de cuidados. En tanto lo emergente, y acá cito a Lewkowicz y traigo a Mariana que vino en la última conversación del ciclo, no puede ser sino más que situacional. Me parece que convocar a un ciclo de diálogos emergentes es lo que hace que estemos varios de nosotros acá. Hay una pregunta que nos invade todo el tiempo que es qué estamos haciendo y qué hacemos. Para hablar de lo emergente tengo algunos conceptos.

Les voy a leer algo que tiene que ver con lo vincular. Insiste mucho en mi CV lo vincular, ya me aburre un poquito pero, bueno, me tengo que hacer cargo. Desde la noción de vínculo, lo emergente da cuenta de un movimiento y lo vincular propone en sí un movimiento según el cual fracasan la identificación y sus múltiples derivaciones. Se crea a partir de lo emergente un espacio que amplía en cada encuentro y desencuentro y cuya cualidad esencial es la alteridad de cada quien. Se nos impone y se impone al o a los otros. Desde esa perspectiva habrá que crear espacios de conversación y procedimientos adecuados para ir apropiándose de lo que va sucediendo y poder habitar un lugar, sin que eso implique un 'para siempre'. Esto porque me pareció muy interesante lo que se planteó en el primer conversatorio sobre la pregunta por el fin de los tratamientos o la posibilidad del fin de un tratamiento. Pensar que en eso había también una pregunta por el inicio y que, cuando aparecía la pregunta por el inicio y por el final, lo que surgía era esta otra pregunta: ¿qué pasa en el medio? ¿Por qué nos hacemos la pregunta acerca de un principio y de un final? Ahí entra en juego también esto que traía Nico acerca de lo epistemológico. A veces hay preguntas que llevan implícita cierta respuesta. François Jullien dice que principio y final son dos términos conclusivos, ambos. Cuando uno habla de principio también está siendo conclusivo, y a partir de ahí creo que se fue tejiendo esta propuesta de conversar, ¿no? Bueno, ¿en el medio qué? ¿Por qué nos es tan importante esta pregunta acerca de cuándo dar término? ¿Qué le respondemos? Aparecía también en ese conversatorio la cuestión de

<sup>4</sup> Cita extraída del libro "Subjetivación discontinua y psicoanálisis" de Janine Puget (2015).



la eficacia que me parece un tema importante. La voy a dejar para un poquito más adelante la pregunta sobre qué es *ser eficaz* en algo. Si la eficacia se mide en términos de principios y finales es una cosa, si se mide en términos de ese *no para siempre* que da cuenta de un seguimiento que hay que hacer y de una continuidad de los cuidados, quizás tengamos que tener otra noción de eficacia de la que estamos acostumbrados a responder cuando nos piden “*den cuenta de la eficacia*”.

Lo que les quería compartir hoy es que me fui a leer a Gregory Bateson sólo porque me sentí muy atraído por un título, soy de esas personas que se convencen fácilmente por los títulos... soy sujeto del marketing claramente. El título de ese capítulo se llama “*Patologías de la epistemología*<sup>5</sup>” y a mí me parece fascinante. Me pareció fascinante cuando Nico me dijo “*quiero hablar de injusticia epistémica*”, me parece bien provocador y está buenísimo. El tema es cómo hacer de eso una pregunta práctica para que esto no se transforme en nada, en conversaciones de congresos y demás. Creo que algo de eso es lo que tenemos que pensar y trabajar. Quiero decirles algunas cosas de las que dice Bateson ahí: las premisas erróneas suelen funcionar bien y dan buenos resultados hasta cierto límite, hasta que en cierto momento ese arrastramiento de errores epistemológicos se encuentra con que los supuestos ya no funcionan. En ese momento se descubre con horror que es excesivamente difícil liberarse del error y que es pegajoso. Esta idea de lo pegajoso me pareció linda, no sé qué otra palabra poner, pero vieron cuando uno tiene miel en las manos, que todo lo que toca va a estar así, o el aceite, hasta que no logres sacarte eso... Hasta que uno no se saca eso de encima no puede tocar cosas de otra manera más que con la sensibilidad bien pregnada por eso que se pegotea en nuestro cuerpo. Esta idea de pensar que la epistemología es algo que genera porosidad en las cosas y en el pensar me parece muy interesante porque tendemos a situar lo adverso en otro lugar, ¿no? Cuando hablamos de adverso insistentemente lo que aparece como adverso es lo que viene de afuera, es decir, la clínica, lo difícil que es pensar en lo que pasa, como si lo adverso a veces no pudiera situarse dentro. Pensar que lo que tenemos pegoteadas son las manos o las ideas para recibir eso que llega. Generalmente está puesto en otro lugar. Entonces, Bateson dice que el error epistemológico es reforzado frecuentemente y por ello es autovalidante. Se puede seguir viviendo tranquilamente con ciertas premisas falsas. Plantea como unidad de información la diferencia y dice que la diferencia no está en el espacio que media entre las cosas; la diferencia es siempre una idea acerca de algo. Cómo hacer para partir de esa idea de lo que diferencia sin pensar que lo que tenemos que encontrar es qué hace de diferente

---

<sup>5</sup> El capítulo mencionado pertenece al libro de Gregory Bateson “Pasos hacia una ecología de la mente” del año 1972.



este vaso a este otro vaso. Ahora, la pregunta que se hace Bateson es *¿qué sucede cuando alguien comete el error epistemológico de elegir la unidad de información inadecuada?* Desemboca en el enfrentamiento de la especie contra las especies que tienen torno o contra el ambiente en el cual opera el hombre contra la naturaleza. Quiere decir, si uno toma como unidad de información el sujeto, esto que traía Nico hacia el final de su presentación... si conservamos una idea de sujeto y conservamos ese error epistemológico vamos a pensar un sujeto *"frente a"*. Esa frase de *"no pensar nada de nosotros sin nosotros"* digo, bueno, es esta operatoria. Ese error epistemológico permite pensar sobre el otro y desarma la idea o dificulta la idea de pensar con el otro. Generalmente cuando se proponen estas otras cuestiones para pensar dicen *"bueno pero qué difícil es pensar esto"*. A mí lo que me hace pregunta es: ¿acaso no es difícil pensar sobre el otro? Esa tarea, o ese forzamiento al que sometemos y nos vemos sometidos todo el tiempo, ¿no es una tarea muy difícil? Es muy costosa, por lo menos. Pero siempre la pregunta es qué pasa cuando hay que pensar *con* otro en el campo de la interdisciplina... ¿cómo se hace para pensar con otro? Entonces (*Bateson*) dice que estamos tan profundamente arraigados y arrasados por la idea de yo mismo, de la organización y de la identidad que parece difícil concebir el campo relacional desde otra perspectiva. Ahí hay como un breve recorrido interesante, de cómo la humanidad fue pasando del totemismo al animismo y a esta partición a la que llega la ciencia occidental y moderna entre naturaleza y cultura. Dice que al menos en el totemismo o en el animismo había algo de cierta composición de relación con el ambiente. Ahora, cuando operó esa decisión, fue la que convalidó el poder pensar sobre el otro. Hay un yo y hay un otro. En el animismo y en el totemismo hay críticas hacia eso pero se conservaban ciertas ideas. Pensemos que Bateson hablaba desde lo sistémico, entonces está todo el tiempo proponiendo la teoría de los sistemas. Había algo de esto. Dice que cuando opera esta decisión nos embarcamos en un error fundamental que lesiona a quien lo comete. Cuando se dispone de una tecnología suficientemente eficaz para que sea realmente posible actuar de acuerdo con los propios errores epistemológicos y crear el caos en el mundo en el que uno vive, entonces el error es letal. ¿Se entendió eso? Me parece buenísimo. Quiero decir, ¿cómo se sostiene un error epistemológico? Creando tecnología para poder sostenerlo. Vieron que cuando Nico habló de esto del mensaje que te llega se generó un murmullo porque es una escena bien *Black Mirror*, pero hay otras sutilezas en eso. Yo que vengo del campo de la psicología, solemos depositar en la psiquiatría esa crítica. Como si la psiquiatría fuera la depositaria del uso de la tecnología para el disciplinamiento o la continuidad de este error epistemológico y no pensamos en cierto campo de exceso de psicologización que tenemos sobre las lecturas clínicas. Me parece



que esta es una pregunta para los que estamos formados y trabajamos en esta cuestión: ¿qué tecnologías generamos para sostener ese error epistemológico? Yo creo que la idea de tratamiento es una de ellas. La idea de pensar que toda persona que ingrese, por ejemplo, a este hospital ingresa para tener un tratamiento a veces es un obstáculo para pensar clínica o para pensar la continuidad de los cuidados en una situación. Estamos gobernados por epistemologías erradas que dañan. El poder terapéutico es una de estas epistemologías que dañan en esta dirección: un mundo poblado de enfermos. Leía los números que nos compartía Nicolás y es un mundo que está poblado de enfermos, cada uno de nosotros podría adentrarse en cada una de esas categorías de cronicidad también y no sólo en el área de salud mental. Pero hay una pregunta ahí: ¿por qué enfermos? ¿Por qué tantos enfermos? La cuestión ahí es situar algo de cómo esas operatorias y cómo ese poder terapéutico, en nombre de construir una tecnología que pueda reforzar y sostener el error epistemológico, necesita de ciertos movimientos. Bueno, uno de estos movimientos es el paso del objetivo a lo subjetivo, si uno puede situar subjetivamente un cuadro de enfermedad o un problema de alguna manera necesita después de una tecnología que le de respuesta. Tenemos un mundo lleno de enfermos, necesitamos un mundo lleno también de, no sé, medicamentos, terapias, psicologías, y creo que eso también provoca un arrastre hacia la pregunta por la eficacia. Me parece que conserva una problemática no abordada. El problema de los cuidados es que necesariamente estamos hablando de una práctica colectiva, no hay manera de pensar un cuidado sin eso. Freud decía que un bebé sin cuidados no existe. Yo soy bastante, no sé si crítico, pero no soy freudiano, no me podría meter ahí. Pero ¿qué quiere decir eso de que un bebé sin cuidados no existe? Pensemos cómo mucho terreno del psicoanálisis fue llenando esa pregunta desde el mundo interno y cómo la idea del pensar cómo ese “*no existe*” puede tener que ver con la ausencia de un otro y no con un problema del mundo interno o una conflictiva del mundo interno. Me anoté frases clínicas para situar este problema: “*tienen que poner límites, son sus padres*”, “*es esquizofrénico, nunca va a poder trabajar*”, “*no cumple con criterios de internación*”, “*este paciente no es para dispositivo*”, “*tiene que trabajar la permanencia en aula*” le dice una docente a una terapeuta. Y así pienso que cada uno de ustedes puede ir encontrando otras frases. Ese movimiento enfermante para el otro requiere después de toda una operación. Y toda esa operatoria me parece que nos trae preguntas y yo lo que trato de pensar es: ¿no será que quizás tengamos que construir otras preguntas distintas a las que tenemos? Porque por ahí las que tenemos nos conducen siempre a sostener el problema.

Vuelvo a Bateson para decir algo más. Esta manera de pensar lleva, por supuesto, a teorías de control y poder. Si alguien no logra lo que quiere le echará la culpa a alguien y montará



una celda o un hospital mental según los gustos y así encerrará a los culpables si puede identificarlos. Si no puede hacerlo se dirá “*es el sistema*”. Es decir, es social, entonces llamamos a los trabajadores sociales y les decimos “*esto no nos toca a nosotros, fíjate qué puedes hacer*”. El otro problema es la cuestión de la urgencia que suscita esto. Frente a muchos peligros catastróficos de estos errores epistemológicos aparece la urgencia, la necesidad de respuesta. Uno puede pensar que la urgencia es algo que surge y uno puede pensar que la urgencia es algo que se produce. Si nos pensamos en tiempos de urgencia es porque hay algo que tenemos que volver a revisar. Hay una frase en ese capítulo que a mí me encantó: “*nuestra absurda compulsión por salvar vidas individuales ha creado la posibilidad de un hambre mundial en un futuro inmediato*”. La idea de pensar que podemos salvar a alguien es un problema. Vuelvo a Ignacio Lewkowicz, al texto “La subjetividad heroica”<sup>6</sup>, que creo que es muy trabajado en esta institución. Una de las cosas que sostiene, además de que el héroe siempre necesita una víctima, es que el héroe siempre trabaja en un tiempo de urgencia, que tiene que resolver. Y ahí me parece importante la cuestión de la demora: justamente hay que demorarse porque es urgente. Porque si no quedamos capturados en esa compulsión. Cuando salvamos vidas individuales, o creemos que lo hacemos, estamos formando parte de la construcción de esa tecnología que sostiene las bases de ese error epistemológico. Digo algo acerca de las excepciones, muy cortito: las excepciones nos ponen esto que siempre llamamos “*líneas de fuga*”, nos embarcan a la idea de otros recorridos, otros trayectos posibles. Siempre es bueno preguntarse también por qué llamar a algo *excepción* cuando lo que ocurre es algo *distinto*; al denominarlo como tal lo excluimos de la posibilidad de incluirlo como lo posible. Vieron que hay muchas formas, muchas palabras que dan cuenta de que en esa nominación aparece algo que se conserva como no posibilidad, “*esto no podría estar pasando*”. Que un usuario abandone un tratamiento no podría estar pasándonos. Bueno, por ahí es un llamado interesante pensar el abandono de los tratamientos en ese movimiento que tomé de lo que traías antes, Nico, si no hay en eso una pregunta que implica revisar qué hacemos pero prácticamente. Ahora, hay respuesta para lo que hacen. Yo creo que a la gran mayoría de los que están presentes los conozco de espacios de supervisión, y creo que ustedes tienen respuestas para esa pregunta siempre conflictiva sobre el qué hacer con todo esto que se nos presenta. La tienen porque hacen las cosas, las que funcionan. El problema es que a veces esas cosas que funcionan generan pregunta o malestar porque emerge una duda cuando, por ejemplo, le doy un vaso de agua a alguien o salgo a la puerta a conversar porque la persona no

---

<sup>6</sup> De la Aldea, E. (2018). “La subjetividad heroica. Una práctica en las prácticas comunitarias en salud”. Disponible para su lectura [aquí](#).



quiere tal cosa: *¿qué estoy haciendo?* En esto hay una pregunta más a la posibilidad de situar a lo adverso

**Comentario:** Yo pienso que uno tiene como pegado el problema de que es profesional de la salud, eso tiene mucho costo a veces porque son consignas que tienen mucho peso para las comunidades activistas de la salud mental. Pensaba, porque justamente el problema de que “nada sobre nosotros sin nosotros” es que somos nosotros quien estamos encima de eso. Justo las tecnologías que vos traías o la idea de tratamiento tienen adosado ese vicio de control todo el tiempo. Por eso me parecía muy interesante la idea que vos traías de cómo se piensan por ejemplo las comunidades con HIV. Algo de convivir con el malestar. Porque en una sociedad que se disgrega todo el tiempo, el único bien social que se sigue produciendo es el malestar, ya tal vez esta hasta idiota sostener que eso se pueda eliminar. Un poco hablamos que hoy somos todos compañeros de pobreza, con más o menos privilegios, pero estamos hermanados en que todos sufrimos en este mundo, o en este país, debido a las cosas que están pasando. Lo que me parece interesante es que eso nos da la posibilidad de pensar que tal vez nuestra intervención o nuestros dispositivos no se traten tanto de eliminar el malestar sino de pensar alguna narrativa o un modo de abordaje que permita acompañar. Acompañar es muy complejo porque implica a veces acompañar a armar un proyecto de vida, y como en este mundo hay vidas que no merecen ser vividas, a veces es acompañar a morir. Y en eso por lo bajo, por los rincones, se empezó a pensar algo medio raro que es como una especie de cuidados paliativos en salud mental. Tenemos que pensar eso porque en este mundo donde el sentido no está asegurado, las condiciones no están aseguradas y la vida no es por sí misma digna de ser vivible... hay una contradicción entre vida y dignidad, entre bios y una vida con sentido. Y es muy feo tener que pensar esto pero hay que pensarlo porque nuestro rol es no abandonar. ¿Quién abandona a quien? “*Los pacientes abandonan el tratamiento*”, bueno, pero cuando se pone muy peludo nosotros abandonamos el tratamiento. Y es muy feo pensar eso, pero lo pensamos, la realidad es que nos ponemos en frente. A mí me sirvió mucho recuperar algo de la lectura activista y en ese sentido está disponible en castellano el libro de Judi Chamberlin que me parece un testimonio hermoso. Ella piensa cuál es la categoría de sujeto con la que trabajamos, para salir un poco del individualismo metodológico, si el sujeto con el que trabajamos son las personas o es el lazo social, el tejido social. Y en ese sentido un dato que ella introduce es que hay que aprender a construir comunidades, y lo contrapone a servicio de salud. El servicio de salud gestiona verticalmente, le dicen a la gente como tienen que vivir, son parte del problema. Las comunidades son lugares donde



todos convivimos, porque este hospital y todos los hospitales no tienen domicilio en la luna, están en este mundo. Entonces, ¿cómo hacemos para que este sea un lugar para construir comunidad, para que nuestra unidad de intervención no sean las personas o su cerebro, sino el tejido social? Cómo repensar algo en esa clave, así que yo agradezco esta conversación. Ah, y por último esto que vos traías Nicolás, pareciera como que en psiquiatría está todo saldado y no hay consensos. Me parece que está bueno saber que los fármacos no son la palabra, digo no hay consenso ni en eso, donde supuestamente más tecnología hay, más inversión hay, no se sabe. Hay prácticas y usos, hay como una especie de sofismo, donde todos vamos intentando y probando cosas. Bueno, pensemos juntos con las personas con las que aparentemente estamos tratando, pensemos junto con ellos, a ver qué les sirve.

**Nicolás Oliva:** Yo creo que algo releí de Chamberlain. Me parece que también es importante ver el contexto, ¿no? De dónde se discute esta cuestión como muy tajante en relación a la comunidad y los servicios de salud, porque se da en plena reforma estadounidense, o en pleno fracaso de la reforma, al ver estas cuestiones de que los psiquiatras o los profesionales que salían del hospital a una instancia más comunitaria repetían esas lógicas. Me parece rico agregar algo de esto para pensar en cómo llevar a cabo esto que vos planteabas. Hay otras experiencias que quizás advertidos de los prejuicios que traemos en relación a las jerarquías, intentar buscar ciertas simetrías, me parece que ahí hay una posibilidad de movimiento, de nuevo advertidos de que las asimetrías están, son tradicionales, están asentadas de muchísimos años, pero esa guía ética de hacia dónde ir me parece algo interesante. Y también otros ejemplos de experiencias como por ejemplo la de Trieste, ¿no?.

Algo que vos decías me resonó, y con esto después te paso la palabra Hernán, en cuanto al lugar que le damos a la palabra... si es un movimiento de parte nuestra para genuinamente dar ese lugar, o si es algo que se tiene que formalizar, y medio como hasta imponer, de ser escuchados. Y un ejemplo de esto es también el Reino Unido ya hace muchos años, alrededor del 2001, donde la fuerza de los grupos de usuarios tuvo mayor capacidad de lobby, por decirlo de alguna manera, e incorporaron a los usuarios a las formulación de planes de atención. Dijeron: "*Bueno vamos a armar el marco de atención en salud mental. Juntémonos, démosle cuatro sillas a representantes de usuarios*". En trabajos posteriores a las personas que formaron parte como representantes de los usuarios le preguntaban sobre la experiencia y todos dijeron que no volverían a formar parte de eso porque en todo lo que habían dicho, no habían sido escuchados y se sintieron hasta burlados.



No sé si vieron la película “*Ficción estadounidense*”, ahí hay algo de cuando un movimiento toma fuerza y es absorbido por epistemologías erróneas, hace que se desactiven o se neutralicen algunos movimientos y quede todo en un “como sí”. Entonces por eso me parece que ha ido tomando distintas formas o sentidos la palabra recuperación, buscando todo el tiempo no quedar capturada en ese lugar como más neutro o más pasteurizado, el lugar de la perspectiva y la participación de los usuarios.

**Hernán Altobelli:** Sí, te escuchaba y me parece que esa es la cuestión. Hay algo desde el lugar desde el cual se convoca, por ahí pensando en hacer pequeños movimientos. Más que asimetría, diferencia, palabra que venimos repitiendo y usando por muchos espacios. Digo, pensar desde la diferencia es justamente partir desde otro lugar. Hay una oposición diferencial entre quien está en ese momento como usuario de un servicio de salud mental y quien está como agente de salud, y esa diferencia hay que conservarla. El problema no es anular esa diferencia, el problema es si esa diferencia justamente jerarquiza, y si ese que se viene a sentar en esa silla viene siendo convocado desde el lugar de: “*Bueno, ahora vamos a hablar con los enfermos, los sanos vamos a hablar con los enfermos*”. Entonces vos en algún momento, Nico, dijiste esta idea de que tiene que poder pensarse como otro. Ese movimiento o esa dislocación es muy fuerte, porque desde *pienso luego existo* el punto de partida de certeza es el “yo” y entonces confundimos después vida psíquica con el yo. Pero si uno pudiera desplazar algo de esa certeza y pensar que la única certeza que tenemos en el mundo cuando nacemos es un otro. Y la tenemos porque si no estaríamos muertos, si no hay un otro nos morimos. Un bebé sin cuidados no existe, entonces existimos por el otro, es la única certeza de la cual partimos y sin embargo todo el esfuerzo teórico, epistemológico, conceptual, práctico tiende a poner en duda la cuestión del otro. Hay una bibliografía enorme sobre el otro, ¿pero cuál es la pregunta acerca del otro? Después hay otro desplazamiento chiquito que es empezar a hablar de *lo otro* y no *del otro*, porque nos permite situar que eso puede surgir en cada uno de nosotros y no rápidamente ponerlo afuera. Si uno conserva la idea del otro, eso arma un campo de “yo y el otro”, frente a la idea de lo otro como algo que puede ser emergente adentro o afuera. Insisto, no me gusta cuando digo adentro y afuera pero bueno, yo también estoy pegoteado.

**Comentario:** Me puse a pensar algunas cuestiones de la antropología, ya que Nico traía algo en torno a Mario Margulis que trabaja mucho la antropología de la salud, la antropología médica. Se utiliza mucho en la antropología la idea de la integración dinámica



de las perspectivas nativas le dicen ellos, es una terminología que quedó de la antropología clásica, muy eurocentrista, del nativo y el otro que iba a estudiar al nativo. Podríamos decirle actores también, ¿no? la perspectiva del actor, pensando un poco en lo que traían ustedes, en el diálogo con el otro, la otra, junto al paciente, al usuario o usuaria, que siempre es una confrontación, digamos. Algunos autores de antropología dicen que el diálogo siempre es una confrontación de saberes, no es un saber privilegiado sobre el otro sino entrar en el devenir de la confrontación, de poder confrontar que el mío no es un saber superior al del otro, ni que el del otro hay que ensalzarlo en una idealización suprema. Y me parece un desafío enorme poder entrar en ese diálogo, que es una idea fuerza pensar que el sostén de los cuidados o la continuidad de cuidados hoy por hoy no podemos seguir pensándolos en términos de cronicidad o no cronicidad, o en términos de para todas y para todos lo mismo. Nos queda súper claro que tiene que ver con una situación singular en la que hay que evaluar, pero sí es el gran desafío pensar cómo revertir algo de ese lugar que le asignamos al otro, que pareciera ser a todo o nada: es una continuidad perpetua o es el abandono. Lo discutimos también en el primer encuentro la posibilidad de pensar que hay tratamientos que se pausan y que hay modos de acompañar esa pausa, que no todo es abandono, porque seguimos pensando desde un hospital y también eso nos marca, como decía Franco. Hay cierto estigma, si querés, pero también cierta potencia de nombrar. Pierre Bourdieu decía que el Estado tenía el gran poder de la nominación, ¿no? Tenemos la posibilidad, siendo una institución pública del Estado, de buscar otros modos de nombrar y que esos modos se puedan pensar en actos, en prácticas. Me parece interesante tomar la perspectiva del actor, la perspectiva del otro, tenemos que poder entrar en un diálogo y en una confrontación de saberes para poder implicarnos en la responsabilidad de la continuidad de cuidados.

**Comentario:** Me quedaba pensando lo que decía Vani, también en algo que habían traído ustedes, y recordando el primer encuentro cuando pensábamos en la posibilidad de que no todo sea tratamiento sino que es mucho más amplio. Quizás pensar en esta perspectiva de cuidados, de acompañamientos, que no tienen que ver únicamente con un tratamiento en salud o en salud mental. Pensaba si nombrarlo de esta manera de alguna manera nos podría sacar de nombrar que todos somos enfermos, porque los cuidados en verdad los necesitamos todos y todas, y no tiene que ver sí o sí con una cuestión de enfermedad. Entonces pensaba cómo ir virando estas lógicas, cómo pensar desde estas perspectivas un poco más amplias también nos va corriendo de pensar la lógica de la enfermedad y lo que viene a responder el tratamiento de la enfermedad.



**Hernán Altobelli:** Es interesante que por lo menos en dos de los títulos de este ciclo aparece la frase “en instituciones públicas”. El Estado nombra, e insistentemente cuando problematizamos o cuando elegimos poner en un título “en instituciones públicas” es porque somos parte de ese Estado que nombra. Hay una responsabilidad en cómo vamos a empezar a nombrar algunas cosas, ¿no? Ahí para mí es donde se arma un conflicto con la cuestión de la eficacia el dar respuesta, como decían en otro conversatorio Tomasa y Silvia. Yo estoy de acuerdo con que hay que dar respuesta, pero me parece que lo interesante es ponernos a discutir qué respuestas vamos a dar cuando, porque si uno como respuesta da “ingresaron tantos pacientes y dimos tantas altas” es una respuesta que sostiene algo de esta tecnología. Ahora, si podemos hacer una devolución acerca de todo lo que en las supervisiones (nombro mucho las supervisiones porque son los espacios que más participo), aparece que no hay dispositivos para alojar esta complejidad, que faltan estos espacios... eso también es una manera de rendir cuentas, o en las que de alguna manera nos hacemos responsables como agentes de salud de algo que llamamos Estado y en que tenemos cierto poder; poder de nombrar las cosas. Y será, como dice Vanina, una confrontación de saberes. Creo que vale la pena correr el riesgo para proponernos ese descentramiento, si no hay algo de conservar estas discusiones siempre en los ciclos, en las jornadas, en los congresos... pero al momento de rendir cuentas, terminamos rindiendo cuentas acerca de lo mismo, o de si el psicoanálisis es eficaz, o si el medicamento es eficaz, o si tal paciente responde bien al tratamiento. Ahí opera una traducción hiper subjetivante y entonces la subjetividad, o el concepto de subjetividad, empieza a ser un problema, muy parecido el problema que teníamos con la categoría sujeto.

**Comentario:** Me quedan rebotando muchas cosas. Tomando un poco lo que decía el compañero, y me parece que me voy un poco a algo más freudiano, el malestar es estructural. La cultura viene a dar un sentido o una respuesta a eso para poder convivir con ese malestar. El ejemplo que daba Nico de cómo se nombra la convivencia con el virus del VIH, creo que ahí hay algo de lo epistémico. Cómo la palabra *tratamiento* y esto de seguir pensando en un tratamiento a mí se me va como a un foco, a una enfermedad, a una situación particular de ese malestar a rehabilitar. Creo que podemos empezar a partir desde otra base, de pensar que la complejidad implica convivir con esos malestares y que podemos tratar, entre comillas, algunas cuestiones en particular por un tiempo determinado, siendo que hay un sistema donde el tiempo, la eficacia y las instituciones marcan. Y tomar



también el malestar de los equipos de salud, que no se toma para trabajar como malestar estructural, y todas estas preguntas que nos rebotan una y otra vez. Nada, me llama un poco a esto de militar la salud mental también desde otro lugar, que aún creo que está muy atrasado respecto al tratamiento. Algo de los abandonos de tratamiento, o la no continuidad, o mismo la continuidad, creo que también están enlazados al lugar que se le sigue dando en el escenario y en el campo social a la salud mental. Es un debate por ahí muy complejo el que estoy abriendo, que me parece que está en la base de todo esto: se da por sentado que en distintas enfermedades hay un cuidado y una continuidad del mismo, pero en la salud mental todavía cuesta mucho cómo definir esto. Entonces se va rápidamente a querer recuperar y rápidamente rehabilitar algo que es estructural de alguna manera.

**Hernan Altobelli:** Pensé en algo que dijiste al pasar al principio y donde me vi reflejado, esto de que “*todavía en las instituciones es así*”. Pienso en cómo crear elementos transformadores para ese “es así”. Uno de los últimos libros de Francois Jullien se llama “Lo inaudito”. A mí me gusta mucho Jullien, y la idea de lo inaudito es una idea de pensar algo que no tenga que ver con una ruptura, con salir a través de una ruptura o con ir más allá, sino con poder volver a escuchar eso que no escuchábamos porque está saturado de sentido. Entonces en ese movimiento de poder desadherirse de eso “que es así” y lanzar algo hacia afuera, me parece que ahí hay una pregunta: ¿es así? Sí, es verdad, las instituciones tienen sus tiempos. Pero si venimos justamente evaluando, pensando que justamente ese “es así” está dañando mucho a los equipos de salud, bueno, en algún momento por ahí tendría que ser de otra manera. ¿Por qué se nos juega la presión de tener que dar altas, por ejemplo, porque la Institución tiene estos límites? Bueno, tendrá que empezar a construir otros bordes la Institución. Yo les quería leer una pequeña cita de Jullien sobre la eficacia para problematizar esto. Dice: “*¿Que es propiamente la acción en términos de eficacia? La tradición europea concibe la eficacia a partir de la extracción de formas ideales erigidas en modelos que se proyectan en el mundo y que la voluntad establece como un objetivo que debe cumplirse. Por tanto, toda acción parte de un plan ideado de antemano y su finalidad es adecuar los medios a los fines. Para nuestro asombro descubrimos en lo más lejano, en China, que existe un concepto de eficacia distinto y, si cabe, más amplio de miras, pues nos enseña a dejar que llegue el efecto, no a buscarlo, sino a implicarlo, sin pasar por la relación entre teoría y práctica; es decir, a apoyarse únicamente en la evolución de las cosas, adecuándonos con la mayor claridad a los acontecimientos del mundo*”.<sup>7</sup>

<sup>7</sup> Jullien, F. (1999) Tratado sobre la eficacia. S/p.



Es otra idea de eficacia, entonces al momento de rendir cuentas si uno toma la manera de eficacia, ese plan ideado... todo esto no quiere decir que uno no tenga ideas, preconceptos, que uno no tenga que organizar cosas, el problema es confundir eso con la realidad o confundir eso con el es así, si pensamos esta idea de eficacia estamos mucho más cerca de lo que trabaja leucovich acerca de situación, decir bueno, un pensamiento situacional es siempre un pensamiento localizado, inmanente, responsable y no admite observadores dice ignacio. Bueno, ¿cómo salimos de ese lugar también? A mi me cuestiona en lo personal, ¿como hago para dejar de ser un observador y poder dejar de traducir todo esto en el que el momento uniforme sigo hablando de tal persona y no puedo dar cuenta de otras cosas

**Comentario:** Dos cosas, la primera con respecto al colectivo de usuarios con VIH. Me parece que hubo ahí una ganancia en términos de instalar el I=I (intransmisible = indetectable) con respecto a la implicancia en el tratamiento, que me parece que es válido y que el colectivo de usuarios lo agarra como bandera, también, en términos de poder configurarlo desde ahí. Me parece que está bueno en esto de lo móvil, de las identificaciones, de los colectivos y de los usuarios.

Y lo otro que pensaba es si como equipos de salud nos bancamos el acompañar el abandono también, si acompaña el proceso de tratamiento y el inicio, si puedo bancar como equipo esta idea de “yo ya no quiero esto para mi en este momento y necesito otra cosa” y poder acompañar ese proceso. Es una pregunta que me hago porque en términos generales, y en esta dicotomía con enfermedades crónicas de larga data, también se pondrá eso de “no dejes de venir”. Digo, si dejaste de hacer el tratamiento para tu diabetes porque en este momento no podés llevarlo porque te resulta muy costoso, anímicamente también, no dejes de venir igual a este espacio donde se pueden seguir laburando algunas cuestiones de cuidado que quizás no vienen directamente atadas con la medicación en el caso de una diabetes o una hipertensión no controlada. No sé, lo traigo porque aún entendiendo que las complejidades son distintas, también permite tomarse como equipo la responsabilidad de pensar los tratamientos y de pensar que algo en un inicio era lo que se esperaba y a lo que se quería apuntar, y en otro momento vital, por otras cuestiones y por otras situaciones, quizás puede ser otra cosa que también como equipo se puede acompañar. Y ahí lo que me parece es esto de los equipos, las quemazones y las necesidades de repensar las prácticas y cuánto el equipo puede sostener esa necesidad de abandono o necesidad de repensarlo, y por último si se habilita a que la persona pueda, cuando quiera abandonar, decir: “No quiero, igual vengo a decirlo”. Un poco se labura esto con los tratamientos de hormonización en personas trans, por ejemplo. Se dice: “Te



acompañé en el proceso e inicio, si decidís dejarlo vení que te acompañó a dejarlo en este momento, no lo hagas solo o sola". Me parece que ahí sí se utiliza esto porque se entiende que son parte del cuidado, tanto el acompañamiento para un inicio como el del retiro o el abandono, o en el "por ahora no necesito esto y necesito otra cosa".

**Nicolas Oliva:** Sí, coincido totalmente. Quizás en esto que mencioné sólo como un término del trato tenía que ver con eso, como una instancia incluso anterior al tratamiento. Tener un buen trato en cuanto esto que vos decías, Hernán, de pensarlo *con* y no *a*. Es como que el tratamiento está más dirigido *para algo* porque *tratamos a alguien* y en cambio en el trato ahí está la cuestión más compartida. Me parece que esos elementos, para tenerlos en cuenta, reconfirman de alguna manera o alivian esto que mencionaron los compañeros de a veces sentirse un poco (o bastante) desbordados, quemados, extenuados, creo que decía Emerson Merhy. Hay un texto que se llama "*CAPS y sus trabajadores: en el ojo del huracán contra el asilo: alegría y alivio como dispositivos analíticos*"<sup>8</sup> que trae algunas cuestiones que para la coyuntura son valiosas en cuanto a generar los espacios de cuidados propios.

**Hernan Altobelli:** Me quedé pensando en lo que traían de cómo acompañar, porque son situaciones que ni siquiera sé si las llamaría un abandono sino un "*hasta acá*". Pensaba en la complejidad de esta distinción con la que convivimos todavía de salud mental y salud orgánica. Hay pacientes oncológicos que dicen "*bueno, hasta acá*" y cómo pensamos eso en el campo que llamamos salud mental... ese "*hasta acá*" es dolorosísimo. También pienso en la cualidad de ese acompañamiento, ¿no? Yo creo que ahí hay que retenerse un poco el juzgar; hay distintas formas del malestar. Cuando traían justamente lo del malestar, lo primero que se me vino es "*depende cuál*". Recordé a Marcelo Percia en la conferencia que que dio acá en el 2020<sup>9</sup> que hablaba de la idea de *común orfandad*. Ese tipo de vulnerabilidad que puede pensarse como potencia de lo común pero que tropieza todo el tiempo con el problema político de la desigualdad, es decir, si hay desigualdad no hay posibilidad de común orfandad. Entonces cómo trabajamos para que esa orfandad retome el carácter de potencia de construcción de lo común. Con el malestar yo creo lo mismo, hay un malestar que es inherente en relación al otro, el otro o lo otro nos altera, nos desencaja de nuestro narcisismo y ese malestar es parte de la condición, lo mismo que la vulnerabilidad. Ahora, después están los malestares de los cuales enfermamos y yo no creo

<sup>8</sup> Merhy, E.E. (2007). "CAPS y sus trabajadores: en el ojo del huracán contra el asilo: alegría y alivio como dispositivos analíticos", en E.E. Merhy y H. Amaral (org.), *Reforma psiquiátrica en la vida cotidiana II*. São Paulo: Hucitec.

<sup>9</sup> La teleconferencia mencionada puede visualizarse en el siguiente link:

Ciclo de Teleconferencias 2020 - Marcelo Percia



que esos malestares sean inherentes a la condición humana, me parece que son productos de un modo de estar en el mundo. Esas viejas pintadas que aparecen en las revueltas en Chile “*No es depresión es capitalismo*”, insistentemente aparecen y desaparecen, porque en los papeles seguimos poniendo lo mismo. Ahí hay un desafío clínico, esta pregunta que me habrán oído decir por otros lados de *dónde ocurren los hechos clínicos* tiene que ver que cuando pensamos en lo clínico tendemos a pensar qué le decimos a un paciente o cómo se lo decimos, cómo trabajamos. Pero, por ejemplo, la elaboración de un informe es una intervención clínica, no es solamente una respuesta administrativa. O puede serlo, pero también podemos pensarlo desde la potencia que implica eso como acto clínico para un otro y también para cada uno de nosotros en el malestar de los equipos. Es decir, si podemos poner en algún lado esa discusión, creo que eso cuida.

**Comentario:** También creo que cuesta mucho en los equipos incorporar esto del abandono del tratamiento o el “*hasta acá*”, ni hablar en salud mental donde por ahí si hay un fármaco es más ubicable, ¿no? Hay que dejarlo de a poco, es progresivo, no lo podés cortar… o un tratamiento de diabetes o hipertensión u hormonización. Se desdibuja un poco en algunas situaciones donde no hay tratamiento farmacológico. Pero empezar a nombrar esas pausas, esos “*hasta acá*”, desde el inicio. Si no el abandono es siempre evaluado como algo negativo, es una falla del equipo o es algo negativo de parte del paciente que dejó el tratamiento, lo abandonó. Hay algo de una lectura, de un juicio respecto de eso cuando en realidad nos damos cuenta que es la cotidiana de nuestra práctica: el ir y venir, el entrar y salir, esto de la puerta giratoria del hospital… Lo de miles de instituciones que van circulando los pacientes y nosotros como usuarios también. Quizás empezar a pensar desde los equipos cómo no hay que salvar y no es una cuestión de curar, rehabilitar o recuperar sino esto de acompañar esos cuidados en el tiempo, tiempos subjetivos obviamente, y empezar a trabajar con el paciente esa idea de abandono, de esas pausas. Creo que está todo muy tabú respecto de eso, siempre se espera un inicio y un final y el final siempre es leído como algo negativo o algo a lo que nunca llegamos, nunca llegamos a ese alta. Entonces empezar a pensar desde otra lógica también esa continuidad de los cuidados y empezar a hablarla y a nominarla en los procesos terapéuticos de alguna manera.

**Comentario:** Justo nosotros estamos intentando investigar continuidad de cuidados entonces tengo estas lecturas bastante presentes. Hay un problema en relación a la idea de continuidad de cuidados que es un poco la idea de descentralizar algo de la lógica de



cuidados desde las instituciones hacia la comunidad. Si las instituciones (que es donde hay más recursos, más personal, más posibilidad de hacerse preguntas y disponer los recursos para que algo de eso se genere) no empezamos a plantearnos la pregunta de cómo vamos a producir ese trasvasamiento, esa redistribución de los cuidados, vamos a estar siempre atados al eje usuario-profesional o al hospital-comunidad. Porque nosotros primero pensamos por fuera de las comunidades y, segundo, no ayudamos a fortalecerlas, construirlas... No hay comunidades, o sea este es el momento donde más solos e individualistas estamos y donde este ideario es gobierno. Entonces me parece que tenemos que empezar a pensar prácticamente, no a nivel de la teoría, qué dispositivos podemos instalar y en dónde, y si instituciones como esta pueden ser lugares donde eso ocurra, porque no va a suceder ni en los papeles ni espontáneamente. ¿Cómo vamos a hacer para que exista una comunidad?

Fuimos justo hace dos días a un recital de cuarteto, nada hace más vínculo que el cuarteto. Fue el peor recital de la historia, porque se hizo en un lugar hermoso, todo, pero no podías salir de tu silla, no podías bailar, no podrás tocarte con el otro. La prevención todo el tiempo venía a cagarte a pedos si te ibas de ahí. Y me parece que estamos en ese momento, en el recital de cuarteto vas a tener que estar parado sacando fotos vos solo, me parece un indicador de la sociedad en la que estamos viviendo. Eso no va a cambiar espontáneamente, y algo de eso es lo que hay que subjetivar. Si nosotros le diéramos el mando al paciente y le dijéramos *"Diseñe su propio tratamiento"* armaría el mismo que nosotros, porque tienen el mismo imaginario que nosotros difundimos, porque están subjetivados de esa manera. Entonces hay ahí prácticas más bien de experimentación, no solo teóricas: clínica, vincular, convivencial. Yo me hago esa pregunta, lo comarto: *¿con qué comunidades vamos a pensar una lógica de continuidad de cuidados cuando no hay ni siquiera comunidad?*

**Hernan Altobelli:** Yo pienso que hay un problema con la idea de comunidad. Quizás una de las transformaciones posibles es empezar a pensar este lugar como comunidad, porque generalmente cuando hablamos de comunidad hablamos del afuera. Y me parece que es una cuestión también viable dejar de situar la comunidad afuera y empezar a pensar en esta comunidad donde estamos todos, tanto del lado de trabajadores como usuarios y usuarias; entonces ese es un primer descentramiento posible. Y después creo en cierto borramiento... yo entiendo que está la pregunta porque trabajamos de esto, pero también pensemos qué hacemos fuera del hospital, cuando nos vamos de acá, para hacer comunidad. Es decir, de qué manera participamos de ese problema que observamos en el



otro cuando viene como usuario de un servicio pero que nos convoca a preguntarnos qué vamos a hacer de nuestras vidas con esto. Me parece que ese corrimiento también es importante, por ahí no hay respuesta hoy así como para decir “vamos a hacer esto”. Tal vez pienso que por ahí hay que dejar de hablar de dispositivos, yo tengo una cuestión con tanta solemnidad de la clínica, me parece que eso empieza a quedar como muy lejos, ¿no? la idea de subjetividad y de dispositivos. Acerquémonos a los lugares, abramos la puerta de los lugares, porque hay intentos. El centro cultural de acá es un intento, no es un “taller para”, es un centro cultural. Bueno, es un intento por producir algo de eso. Pero la cuestión es esta, empezar a pensar al hospital o a las instituciones que cuidan como instituciones comunitarias y no pensar que de acá hay que derivar a la comunidad

**Nicolas Oliva:** Con esto cierro, por lo menos de mi parte. Si, me parece interesante ahí tomar un poco lo que se habló en el primer encuentro en cuanto a barajar desde un inicio esta cuestión contradictoria de que seríamos como una especie de león herbívoro. Bueno, trabajamos brindando un tratamiento, eso genera dependencia inherentemente, pero también buscamos que tengas mayor autonomía. Ahí en ese punto, si está explicitado y con alguna cuestión enmarcado en algo de la temporalidad y las formas de intervención, de alguna u otra manera delimita un poco eso y permite otras cuestiones. Pero pararnos sobre esa contradicción, no negarla.

**Hernan Altobelli:** Yo no les quiero dejar de leer esto. Es de Anne Dufourmantelle. Dice: *“La suspensión no es un tiempo detenido antes de que algo ocurra sino que es el suceso mismo, la entrada en ese tiempo íntimo donde en realidad la decisión ya fue tomada sin que nadie lo sepa. Estar suspendido en un balancín conceptual sin realmente tocar tierra y elegir el no, juzgar, decidir, actuar. Todavía no, no inmediatamente. Quedarse el máximo tiempo posible en esta postura insostenible que internamente le ordena a uno estar en espera y no fiarse de ningún concepto prefabricado, predigerido. estar lo más lejos que se pueda del cuajado en posturas, en respuestas, en certezas, y no obstante pensar. El propenso es una negación de actitud de la acción misma, no es esperar, no es diferir por miedo o indecisión, no implica el pasaje a acto sino que también puede borrarse, disolverse en su propia retirada. Ya es acontecimiento en sí, es su no acción efectiva.”<sup>10</sup>*

---

<sup>10</sup> Duffourmantelle, A. (2019). Elogio del riesgo. Nocturna Editora / Paradiso Editores. Buenos Aires: Argentina.



Hospital Nacional en Red  
Lic. Laura Bonaparte

Me gusta estar en suspenso para algunas cosas y pensar eso como fuerza, no como no hacer.