

ANUARIO



Temas en Psicología

VOLUMEN 5

Facultad de
Psicología



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE LA PLATA

Este nuevo número del *Anuario Temas en Psicología* muestra algunos de los trabajos realizados por la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP) durante el 2018. Presenta, por un lado, producciones fruto de la labor desempeñada por los autores en las diferentes cátedras de las que forman parte y/o en proyectos de investigación y extensión. Por otra parte, recoge también las exposiciones desarrolladas en la jornada “El rol del psicólogo en los dispositivos de salud mental”, que tuvo lugar el día 18 de octubre de 2018 en esta facultad, en el marco de las actividades conmemorativas del Día Mundial de la Salud Mental, que se llevaron a cabo gracias al esfuerzo de las Secretarías de Extensión y de Derechos Humanos.

De este modo, esta nueva edición da testimonio del fruto de los recorridos profesionales, docentes, investigativos y de extensión, de graduados y profesores de la Facultad de Psicología de la UNLP y de otros profesionales relacionados con la atención de la salud mental. Asimismo, pretende difundir algunas de las actividades organizadas y llevadas a cabo por esta institución y poner así el conocimiento generado a disposición de la comunidad.

Lic. Xavier Oñativia

Decano de la Facultad de Psicología
(período 2018-2022)
Universidad Nacional de La Plata

ISSN 2525-1163

ÁREA DE PUBLICACIONES. *Departamento de Medios, Comunicación y Publicaciones*
Facultad de Psicología. Universidad Nacional de La Plata

ANUARIO

TEMAS EN PSICOLOGÍA

VOLUMEN 5

**Facultad de
Psicología**



**UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE LA PLATA**

Facultad de Psicología

Dirección: Calle 51 (123 y 124), piso 4to. (1925) Ensenada, Argentina

Teléfono: 54-221-4824415-4828457 - 4825931 (interno 154)

Correo electrónico: publicaciones@psico.unlp.edu.ar

Para canje dirigirse a:

Biblioteca de la Facultad de Psicología (UNLP)

Teléfono: 54-221-4824415-4828457 - 4825931 (interno 115)

Correo electrónico: biblioteca@psico.unlp.edu.ar

Artículos a texto completo disponibles en: <http://www.psico.unlp.edu.ar>

Propietario: Facultad de Psicología-Universidad Nacional de La Plata

Tirada: 100 ejemplares

Fecha de edición: Noviembre 2019

©2019 Facultad de Psicología

**Facultad de
Psicología**



**UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE LA PLATA**

Jefe de Dpto. de Comunicación, Medios y Publicaciones

DCV Matías Chaumeil

ÁREA DE PUBLICACIONES

Equipo editorial:

Lic. Renatta Castiglioni

Lic. Maite Doeswijk

Prof. Verónica Llull

DCV Agustina Salles (diseño y diagramación)

Imprenta: Master's Artes Gráficas. La Plata, Buenos Aires.

Printed in Argentina. Impreso en Argentina.

Queda hecho el depósito que establece la Ley 11.723.

Todos los derechos reservados. No puede reproducirse ninguna parte de este libro por ningún medio, electrónico o mecánico, incluyendo fotocopiado, grabado, xerografiado o cualquier almacenaje de información o sistema de recuperación sin permiso del editor.



AUTORIDADES
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

Presidente

Dr. Fernando Alfredo Tauber

Vicepresidente del Área Académica

Mg. Martín López Armengol

Vicepresidente del Área Institucional

Ing. Marcos Actis

Secretario General

Patricio Lorente

Secretario de Asuntos Académicos

Dr. Anibal Omar Viguera

Secretaria de Extensión Universitaria

Leandro Quiroga

Secretaria de Ciencia y Técnica

Marcelo Caballé

Secretaria de Arte y Cultura

Mariel Lidia Ciafardo

Secretaria de Vinculación e Innovación Tecnológica

Lic. Francisco Javier Díaz

Secretario de Salud

Prof. Dr. Sergio Lazo

Secretaria de Relaciones Institucionales

Juan Carlos Martin

Secretaria de Administración y Finanzas

Mercedes Molteni

Secretaria de Asuntos Jurídicos y Legales

Julio Mazzotta

Secretaria de Planeamiento, Obras y Servicios

Arq. Diego G. Delucchi

**AUTORIDADES
FACULTAD DE PSICOLOGÍA UNLP**

Decano

Lic. Xavier Oñativia

Vicedecana

Lic. María Cristina Piro

Secretaria Académica

Lic. Claudia Elena de Casas

Prosecretaria Académica

Lic. Elisa Urtubey

Secretaria de Investigación

Prof. Noemí Alejandra Valentino

Prosecretaria de Investigación

Dra. Agustina María Edna D'Agostino

Secretaria de Extensión

Lic. Adriana Aurora Villalva

Prosecretaria de Extensión

Psic. Mabel Cristina Tejo

Secretaria de Posgrado

Dra. María Constanza Zelaschi

Prosecretaria de Posgrado

Lic. Iara Vanina Vidal

Secretaria de Salud Mental y Derechos Humanos

Lic. Claudia Susana Orleans

Secretaria Administrativa

Lic. Daniela A. Pappalardo

Prosecretaria de Asuntos Institucionales

Lic. Mariana Velasco

Prosecretaria de Asuntos Económicos Financieros

Cra. M. Gabriela Martínez

Prosecretaria de Asuntos Estudiantiles

Lic. María Soledad Casanovas

DIRECTOR

Lic. Xavier Oñativia

COMITÉ EVALUADOR

Andreatta Paola

Fazio Gastón

Ferioli Virginia

Izurieta Rosario

Martínez Methol Juan Cruz

Piovano Ana

PRÓLOGO

Lic. Xavier Oñativia

Este nuevo número del *Anuario Temas en Psicología* muestra algunos de los trabajos realizados por la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP) durante el 2018. Presenta, por un lado, producciones fruto de la labor desempeñada por los autores en las diferentes cátedras de las que forman parte y/o en proyectos de investigación y extensión. Por otra parte, recoge también las exposiciones desarrolladas en la jornada “El rol del psicólogo en los dispositivos de salud mental”, que tuvo lugar el día 18 de octubre de 2018 en esta Facultad, en el marco de las actividades conmemorativas del Día Mundial de la Salud Mental, que se llevaron a cabo gracias al esfuerzo de las Secretarías de Extensión y de Derechos Humanos.

La revista abre con el artículo de **Daiana Ballesteros y Eduardo Suárez** titulado “La noción de fantasía en la obra de Freud, antecedente del concepto de fantasma de Jacques Lacan”, que analiza los momentos del fantasma en el proceso de cura y en las intervenciones del analista. Los autores hacen un recorrido por el desarrollo de la noción de *fantasía* en diferentes textos de Freud, prestando especial atención al estudio de la fantasía que se lleva a cabo en *Pegan a un niño*, para concluir que este concepto tiene importantes consecuencias clínicas y sirve de antecedente al de *fantasma* de Jacques Lacan.

Por su parte, “¿Atención! ¿Niños jugando? Reflexiones sobre el hacer, crear y jugar en los tiempos actuales”, de **Ana Bernardi, Analía Emmerich y Silvia Russo**, a partir de la teoría del desarrollo emocional, la teoría sobre el juego y la concepción de creación de Donald Winnicott, se plantean los interrogantes ¿cuándo podemos decir que un niño juega? y ¿cómo reconocer en el juego la actualización del derrotero psicoanalítico? Cabe mencionar que este artículo se enmarca en el proyecto de investigación “El jugar como actividad sublimatoria. Procesos de simbolización en niños y adolescentes de la ciudad de La Plata: un estudio exploratorio”, desarrollado por las cátedras de Psicología Evolutiva I y Psicología Clínica de Niños y Adolescentes de esta casa de estudios.

En tercer lugar, **Paula Daniela Cardós y Andrea Cufre** presentan “Educación sexual integral y formación de profesores en Psicología. De la enseñanza de contenidos a la transmisión de una perspectiva”, donde, a partir de sus actividades en la cátedra de Planificación Didáctica y Prácticas de la Enseñanza en

Psicología, abordan los desafíos que se les presentan a los docentes con formación en esta disciplina ante la implementación de la Ley Nacional 26.150/06 y la Ley Provincial 14.744/15, que tratan sobre la Educación Sexual Integral.

En el siguiente trabajo, “Cuerpo, ¿soporte de la tramitación simbólica? Avatares actuales”, **Roxana Frison** y **Carolina Longás** indagan acerca de la representabilidad en referencia al cuerpo, la recurrencia a lo corporal (autoagresiones) como manifestación preeminente de malestar. A través de viñetas buscan una articulación entre la teoría y la clínica a la vez que señalan la necesidad de una conexión y una confrontación con la metapsicología vigente.

A continuación, **Antonela Garbet**, **Laura Lago** y **Néstor Eduardo Suárez** nos ofrecen “Una apuesta al lazo en la clínica con la psicosis”, artículo que se enmarca en el proyecto de extensión “El arte y la comunicación como lazo social”. Allí, a partir de la forma en que el malestar es entendido por Freud y Lacan, proponen la implementación del taller como oferta alternativa al modelo asilar, en tanto espacio donde –a través del montaje- el sujeto reconstruye aquello que le sucede y como camino posible para retomar el vínculo social.

Para concluir el espacio dedicado a los artículos, **Lucía Girón** hace un análisis de algunos efectos de recepción del psicoanálisis francés, más específicamente de la reducción de esta corriente al lacanismo con su consiguiente idea del inconsciente estructurado como lenguaje y exclusión de un análisis exhaustivo del yo. La autora retoma teorías pertenecientes al movimiento poslacaniano (las de Jean Laplanche, André Green y Piera Aulagnier), que recuperan al yo como instancia psíquica activa, tanto en la construcción subjetiva como en el trabajo analítico.

Como anunciáramos al comienzo de esta introducción, en esta oportunidad contamos con las comunicaciones presentadas en la jornada “El rol del psicólogo en los dispositivos públicos de salud mental”, llevada a cabo el día 18 de octubre de 2018 y organizada por la Secretaría de Extensión de la Facultad de Psicología. Se recogen aquí las exposiciones de las siguientes profesionales pertenecientes a instituciones públicas de atención de la salud en el Gran La Plata: **Claudia Perichinsky** (jefa del Servicio de Psicología del Hospital Dr. Alejandro Korn), **Lilián Alvarado** (expsicóloga del Servicio de Salud Mental del Hospital Dr. Rodolfo Rossi), **Lorena Parra** (jefa del Servicio de Salud Mental del Hospital Interzonal General José de San Martín), **Silvia Zamorano** (directora ejecutiva del Hospital Subzonal Especializado Dr. José Ingenieros), **Karina Sarasola** (jefa del Centro de Salud Mental Comunitaria, Casa de Pre Alta dependiente del Servicio de Externación del Hospital Dr.

Alejandro Korn), **Paula Laguna** y **Fernanda Galland** (de las Unidades Sanitarias N° 35 y N° 44 de Berisso), **Laura Ocello** (de la Unidad Sanitaria N° 101 de Villa Tranquila, Ensenada) y **María Paula Carasatorre** del Centro de Atención Primaria de Salud N° 32 de Hernández, partido de La Plata).

En estas intervenciones, las expositoras comparten con nosotros la tarea que llevan a cabo en las instituciones de pertenencia a la vez que aportan interesantes reflexiones sobre los diversos ejes temáticos de la jornada: la especificidad del rol del psicólogo en el dispositivo público de salud mental; el trabajo interdisciplinario en el hospital público y en el primer nivel de atención de la salud: alcances y limitaciones; desafíos actuales de los profesionales *psi* en el ámbito de lo público; demandas actuales y modalidades de trabajo ante las mismas; y adecuaciones a la Ley de Salud Mental y su transitar en el dispositivo del que forman parte.

De este modo, la nueva edición del anuario da testimonio del fruto de los recorridos profesionales, docentes, investigativos y de extensión de graduados, graduadas y docentes de la Facultad de Psicología de la UNLP, como también de otros profesionales relacionados con la atención de la salud mental. Asimismo, pretende difundir algunas -una pequeña muestra- de las actividades organizadas y llevadas a cabo por esta institución y así poner el conocimiento generado a disposición de la comunidad.

Lic. Xavier Oñativia

Decano de la Facultad de Psicología
Universidad Nacional de La Plata

ÍNDICE

| | |
|---|-----|
| La noción de fantasía en la obra de Freud, antecedente del concepto de fantasma de Jacques Lacan | 13 |
| <i>Daiana Ballesteros y Eduardo Suárez</i> | |
| ¡Atención!: ¿Niños jugando? Reflexiones sobre el hacer, crear y jugar en tiempos actuales | 27 |
| <i>Ana Bernardi, Analía Emmerich y Silvia Russo</i> | |
| Educación Sexual Integral y formación de profesores en psicología. De la enseñanza de contenidos a la transmisión de una perspectiva | 41 |
| <i>Paula Daniela Cardós y Andrea Cufre</i> | |
| Cuerpo: ¿Soporte de la tramitación simbólica? Avatares actuales | 51 |
| <i>Roxana Frison y Carolina Longás</i> | |
| Una apuesta al lazo en la clínica con la psicosis | 63 |
| <i>Antonela Garbet, Laura Lago y Néstor Eduardo Suárez</i> | |
| El psicoanálisis francés y los efectos de recepción del lacanismo | 73 |
| <i>Lucía Girón</i> | |
| Jornada: El rol del psicólogo en los dispositivos públicos de Salud Mental | |
| Secretaría de Extensión | 87 |
| Claudia Perichinsky | 92 |
| Lilián Alvarado | 103 |
| Lorena Parra | 110 |
| Silvia Zamorano | 117 |

Anuario Temas en Psicología

VOLUMEN 5

| | |
|---|-----|
| Karina Sarasola | 126 |
| Fernanda Galland y Paula Lagunas | 133 |
| Laura Ocello | 139 |
| Paula Carasatorre | 143 |

La noción de fantasía en la obra de Freud, antecedente del concepto de fantasma de Jacques Lacan

The notion of fantasy in Freud's work, precedent to Jacques Lacan's concept of ghost

***Daiana Ballesteros
y Eduardo Suárez***



dai_797@hotmail.com

*Facultad de Psicología,
Universidad Nacional de La Plata*

Resumen

El presente trabajo se enmarca dentro de la investigación “Construcción, atravesamiento y destino del fantasma: articulación con el concepto de acto analítico de Jacques Lacan”, la cual tiene como objetivo general analizar la relación entre los distintos momentos del fantasma en la lógica de una cura y las intervenciones del analista.

Se parte de considerar que el concepto de fantasma, que Jacques Lacan va desarrollando y reformulando a lo largo de toda su enseñanza, tiene su antecedente en la noción de fantasía planteada por Freud. El presente escrito busca hacer un recorrido por dicha noción en distintos momentos de la obra freudiana, y analizar el texto *Pegan a un niño* (Freud, 1919) que se ha constituido como el paradigma del fantasma.

Asimismo, se apunta a introducir la noción de construcción que aporta Freud hacia el final de su obra, así como los interrogantes que aún siguen abiertos respecto de la misma.

Palabras clave: fantasía, fantasma, síntoma, construcción.

Abstract

This paper falls within the research work entitled “Construcción, atravesamiento y destino del fantasma: articulación con el concepto de acto analítico de Jacques Lacan” [Phantasm Construction, Crossing and Destiny: An Interaction with the Concept of Jacques Lacan’s Analytic Act], whose general purpose is to analyze the relation between the different time points of the phantasm in the logic of the cure and the analyst’s interventions.

It has been assumed that the concept of phantasm, which is developed and reformulated by Lacan throughout his teaching, has its precedent in the notion of fantasy introduced by Freud. This paper seeks to track this notion at different time points in the Freudian work, and to analyze the text *A Child Is Being Beaten* (Freud, 1919) which has become the paradigm of the phantasm.

In addition, this paper aims to introduce the notion of ‘construction’ provided by Freud in his late works, as well as the related questions that remain unanswered.

Keywords: fantasy, phantasm, symptom, construction.

1. La noción de fantasía en la obra de Sigmund Freud

La noción de fantasía surge, en la obra freudiana, articulada principalmente a los conceptos de síntoma y trauma. Ya en 1897, Freud vislumbra la importancia de las fantasías como base de los síntomas histéricos y comunica sus hallazgos a Fliess en la *Carta 69*, pero desarrolla y publica los mismos varios años más tarde.

En su recorrido, se van elucidando las relaciones de esta noción con otros procesos anímicos, como lo son: el sueño, el juego, la creación poética, las teorías sexuales infantiles y la novela familiar de los neuróticos. De esta manera, las fantasías se constituyen como un elemento nodal para explicar varios fenómenos que tienen lugar en la vida psíquica de los seres hablantes.

En *El creador literario y el fantaseo*, Freud (1907) busca elucidar el proceso de creación literaria, pero el interés y el argumento central del texto recaen sobre el examen de las fantasías. Allí sostiene que las primeras huellas del quehacer poético pueden hallarse en el juego del niño; homologa al pequeño que juega con el poeta, en tanto ambos crean un mundo de fantasía que invisten con grandes montos de afecto y que oponen a la realidad efectiva.

La noción de fantasía en la obra de Freud, antecedente del concepto de fantasma de Jacques Lacan

En esta línea, afirma que la actividad de fantasear sustituye en el adulto al juego infantil, creando lo que llama sueños diurnos. Sostiene que, mientras el niño no oculta sus juegos, el adulto se avergüenza de sus fantasías y las esconde de los otros, considerándolas como sus intimidades más personales, lo cual hace más difícil tomar conocimiento de las mismas. Ahora bien, si Freud cuenta con información precisa sobre el fantasear de los hombres es "debido a que los neuróticos se ven forzados a confesar al médico de quien esperan la curación por el tratamiento, también sus fantasías" (Freud, 1907:129).

Esta diversa conducta del que juega y el que fantasea, halla su fundamento en lo siguiente: el jugar del niño está motivado por el deseo de ser adulto, juega a "ser grande" y no hay razón alguna para esconder ese deseo. El adulto, en cambio, sabe que se espera de él, que no juegue ni fantasee, sino que actúe sobre la realidad efectiva. Además, entre los deseos que motivan sus fantasías, hay muchos que se ve precisado a esconder. Entonces, el fantasear lo avergüenza, por ser infantil y no estar permitido.

Respecto del origen, el autor sostiene que las fuentes pulsionales de las fantasías son deseos insatisfechos y que cada una es un cumplimiento de deseo, una rectificación de la insatisfactoria realidad. En esta línea, las ubica como los estadios previos más inmediatos de los síntomas patológicos ya que, si las mismas proliferan y se vuelvan hiperpotentes se crean las condiciones para la eclosión de una neurosis o una psicosis. Asimismo, afirma que los sueños nocturnos no son otra cosa que unas fantasías, como puede ponerse en evidencia mediante su interpretación.

Al finalizar el texto, Freud elucida algunos nexos entre las fantasías y los efectos poéticos. Afirma que, si el soñante diurno nos comunicara sus ensoñaciones, dicha revelación no podría depararnos placer alguno, mientras que, si el artista lo hace, sentimos un elevado placer. Atribuye esto a que el poeta atempera el carácter del sueño diurno mediante variaciones y encubrimientos, dando lugar a una satisfacción puramente formal, estética. Añade la hipótesis de que quizá contribuya a este resultado que el poeta habilita a gozar, sin remordimiento ni vergüenza, de las propias ensoñaciones.

En su texto *La novela familiar de los neuróticos* de 1908, Freud sostiene que desde la infancia tiene lugar una particularísima actividad fantaseadora respecto del tema de las relaciones familiares. Define a la novela como una fantasía que el sujeto se inventa -a partir de los materiales de los que dispone- para ficcionar el lazo con los otros y su origen en el seno de una genealogía.

En esta línea, en su escrito *Sobre las teorías sexuales infantiles*, pueden vislumbrarse dos articulaciones de estas con la noción de fantasía. Por un lado, Freud nos dice al comienzo de su escrito, que algunas de las fuentes para el conocimiento de las mismas son “las inferencias, construcciones y recuerdos inconscientes traducidos a lo consciente que son frutos de los psicoanálisis con neuróticos” (Freud, 1908: 187). Es decir que, tomamos noticia de estas teorías que arman los niños, a partir de la construcción y el análisis de las fantasías de los adultos.

Por otra parte, esas teorías son ficciones investidas con afecto, que los niños inventan para anudar los componentes pulsionales sexuales en los primeros años de la infancia. Tenemos así, un anudamiento entre representación y pulsión, la función de soldadura de la fantasía, que se desarrollará con mayor precisión en el apartado posterior.

2. La noción de fantasía, su articulación a los conceptos de síntoma y trauma

Freud (1918) piensa al síntoma a partir del concepto de trauma y lo define, en esta línea, como una respuesta del sujeto y como uno de los tratamientos posibles de lo traumático. En su conferencia *Nuevos caminos de la terapia analítica* afirma que “los síntomas y las exteriorizaciones patológicas del paciente son, como todas sus actividades anímicas, de naturaleza en extremo compuesta. En su fundamento último los elementos de esa composición están constituidos por mociones pulsionales” (Freud, 1918:156). Es decir, el síntoma es un compuesto entre la trama de representaciones y un elemento último, que se constituye como su fundamento, el cual se corresponde con la pulsión.

Ahora bien, lo que Freud nos enseña es que estos dos elementos que forman parte del síntoma no tienen entre sí articulación, razón por la cual se requiere de un tercero que los anude. En su conferencia *Los caminos de la formación de síntoma* (Freud, 1916) ubica a la fantasía como eslabón intermedio que tiene la función de anudar la pulsión y las representaciones, las cuales pertenecen a campos heterogéneos.

Por su parte, la pulsión es el elemento que se corresponde con el trauma, el cual es conceptualizado en términos económicos. En *Conferencias de introducción al psicoanálisis* (Freud, 1916-1917) propone la siguiente definición:

Llamamos así a una experiencia vivida que aporta, en poco tiempo, un aumento tan grande de excitación a la vida psíquica que fracasa

su liquidación o su elaboración por los medios normales y habituales, lo que inevitablemente da lugar a trastornos duraderos en el funcionamiento energético (Freud, 1916: 98).

Se formula así, al aparato psíquico, como un aparato energético regido por un principio según el cual se tiende a mantener la energía en un mínimo constante. Todo aquello que se opone a dicha tendencia, se constituye como un exceso que irrumpe, que desborda, dando lugar al trauma.

Entonces, para cada ser hablante lo que hace trauma es la pulsión sexual, en tanto produce, ya en la infancia, un plus de energía en el cuerpo que no puede tramitarse ni por la vía asociativa -es decir, por vía de la palabra-, ni por la vía motriz.

Siguiendo estos desarrollos, es importante distinguir lo que el autor define como el trauma en tanto tal, de lo que es la escena traumática. Mientras que el trauma se presenta como un exceso de energía que el aparato psíquico no puede ligar, ni descargar, la escena traumática es ya, un primer tratamiento del trauma. Es decir que, cuando un sujeto puede ligar lo traumático a través de la palabra, nombrarlo y articularlo en una escena, hay ahí una operación, un intento de elaboración de lo que en un comienzo fue sólo una excitación desbordante.

En su *Carta 69* Freud (1897) confiesa a Fliess que ya no cree más en sus neuróticas. Luego, en la misma carta, introduce lo que consideramos un antecedente de la noción de fantasía. Dice que ya no puede "distinguir la verdad de la ficción investida con afecto" (Freud, 1897: 302).

Lo que Freud descubre allí es que, si bien esas escenas que le relatan sus pacientes tienen un aspecto de ficción, hay también en ellas, una verdad. Para el autor vienés, esa ficción tiene el estatuto de realidad psíquica, cuyo valor de verdad es idéntico al de un acontecimiento de la vida objetiva. Entonces, es a partir de este descubrimiento que reformula su teoría: descarta la idea de que lo que causa los síntomas histéricos ha acontecido realmente y propone que "la ficción investida con afecto" viene al lugar de aquello que no habiendo acontecido es, sin embargo, eficaz.

En su texto de 1906, *Mi tesis sobre el papel de la sexualidad en la etiología de la neurosis*, Freud rectifica su error con respecto a la teoría traumática diciendo:

Este esclarecimiento, que corregía, por cierto, el más importante de mis errores iniciales, no podía menos que alterar también la concepción del mecanismo de los síntomas histéricos. Ya no aparecían más

como retoños directos de los recuerdos reprimidos de vivencias sexuales infantiles, sino que, entre los síntomas y las impresiones infantiles, se intercalaban las fantasías (invenciones de los recuerdos) de los enfermos, casi siempre producidas en los años de pubertad (Freud, 1906: 266).

El estudio de estos síntomas y el descubrimiento de la sexualidad infantil, lo llevan a plantear -como dijimos previamente- que la pulsión sexual, es por estructura traumática, en tanto aparece en la infancia cuando el sujeto no está en condiciones de responder a esa irrupción de energía sexual; asimismo, conceptualiza el papel de las fantasías, en el tratamiento de la misma.

Afirma que, en las fantasías, el niño agrega a la pulsión sexual traumática, una escena en la que hay otro que sería responsable de esa irrupción de energía sexual. La fantasía es un modo de ligar, de articular a una imagen y a las palabras esa energía que, sino, desborda y rompe el aparato psíquico. Esto es crucial, en tanto el autoerotismo y la pulsión carecen de objeto. Entonces, si bien no hay un objeto natural y predeterminado para la pulsión humana, el armado de la fantasía aporta un objeto que se constituye como fijo e inamovible.

En 1908, en *Las fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad*, Freud agrega algo fundamental: la fantasía inconsciente mantiene un vínculo muy importante con la vida sexual de la persona; en efecto, es idéntica a la fantasía que le sirvió para su satisfacción sexual durante el período de masturbación.

Asimismo, afirma que para poder situar la estructura del síntoma es crucial que se entienda la relación entre el trauma y la fantasía. Sostiene que “el acto masturbador (o en su más amplio sentido onanista), se dividía por entonces en dos partes: la evocación de la fantasía y llegada ésta a su punto culminante los manejos activos conducentes a la satisfacción sexual [...]” (Freud, 1906: 270). Es decir que, originariamente, la acción era una empresa autoerótica destinada a ganar placer en determinado lugar del cuerpo, que llamamos erógeno. Más tarde, esa acción se fusionó con una representación deseo vinculada a un objeto. La fantasía es, entonces, una soldadura de dos campos heterogéneos. Por una parte, la satisfacción autoerótica, circunscripta a una zona erógena que recorta un borde en relación a los objetos parciales de la pulsión. Y por otra, las representaciones deseo en torno al amor de objeto, cuyo devenir constituye la trama edípica.

Cuando luego renuncia el individuo a este orden de satisfacción masturbación – fantástica queda abandonada la acción, pero la fan-

tasía pasa de ser consciente a ser inconsciente y cuando la satisfacción sexual abandonada (masturbación) no es sustituida por otra distinta, observando el sujeto una total abstinencia [...] cuando todo esto se une, quedan cumplidas las condiciones necesarias para que la fantasía inconsciente adquiera nuevas fuerzas y consiga, con todo el poderío de la necesidad sexual, exteriorizarse, bajo la forma de un síntoma patológico (Freud, 1906: 268).

Siguiendo estos argumentos, Freud (1908) plantea a la fantasía como defensa ante lo traumático, ante lo pulsional que irrumpe.

[...] los síntomas histéricos no son otra cosa que las fantasías inconscientes figuradas mediante “conversión”, y en la medida en que son síntomas somáticos, con harta frecuencia están tomados del círculo de las mismas sensaciones sexuales e inervaciones motrices que originariamente acompañaron a la fantasía, todavía consciente en esa época (Freud, 1908: 143).

Agrega más adelante que “el interés de quien estudia la histeria abandona pronto los síntomas para dirigirse a las fantasías de las cuales proceden” (Freud, 1908: 143).

Es importante destacar que estos desarrollos se constituyen como un antecedente que ordena las coordenadas de lo que Freud (1919) especificará en el texto *Pegan a un niño*, el cual nos permite pensar de qué modo se presentan las fantasías en la clínica y cuáles son las intervenciones del analista sobre las mismas.

3. Pegan a un niño

Pegan a un niño. Aportación al conocimiento de la génesis de las perversiones sexuales es un texto de 1919, en el que Freud introduce una fantasía que se constituye, años más tarde, en el paradigma analítico del fantasma.

El autor comienza diciendo que la fantasía de presenciar cómo pegan a un niño es confesada con frecuencia por sujetos neuróticos. Es preciso notar que, al decir que es confesada se le supone a la misma, en principio, estatuto de consciente. O, mejor dicho, *pegan a un niño* es el modo en que esta fantasía se presenta en la conciencia.

En tanto el complejo de Edipo es el núcleo de la neurosis, Freud señala en este artículo que, esta fantasía, es un precipitado de este, y constituye una

cicatriz que se fija luego de su ocaso. En esta línea, afirma: “[...] esperamos justificadamente descubrir por medio de la investigación amnésica un suceso infantil que haya provocado una fijación” (Freud, 1919: 180).

Asimismo, toda fantasía articula la satisfacción destinada a lograr placer en una zona del cuerpo que vale en tanto erógena y el campo de las representaciones tomadas de la trama edípica. En el caso de *pegan a un niño*, se trata de una fantasía con un rasgo primario de perversión, pero en la neurosis; la misma se divide en tres fases:

1) Se formula mediante el enunciado “El padre pega al niño”. En esta fase se pueden ubicar tres personajes: el niño que mira, el que es azotado y el padre. De entrada, Freud (1919) ubica para la constitución de las fantasías, el lugar del padre, lo cual es algo a indagar, porque si bien esta fase es pre edípica y consciente -ya el padre y el amor al padre- están en juego para que la fantasía se constituya.

En esta fase, el niño satisface sus celos, por lo cual el significado de la misma es “el padre no ama a ese otro niño, me ama solo a mí”, por eso le pega. La fantasía es consciente, en tanto el paciente la relata.

2) En esta fase, la persona que pega sigue siendo la misma, el padre, pero el niño azotado es ahora el que fantasea. Su texto: “yo soy azotado por el padre”, tiene un indudable carácter masoquista. Esta fase nunca es recordada, nunca llega a devenir consciente; se trata de una construcción.

Freud (1919) hace coincidir esta fase con el momento en que el niño se ve compelido a reprimir la elección incestuosa de objeto. De manera simultánea con este proceso represivo, aparece la conciencia de culpa, la cual halla castigo en la inversión de la fantasía de la primera fase y es la responsable de la trasmutación del sadismo en masoquismo.

El autor sostiene, además, que en esta fase hay una regresión a la organización pregenital sádico anal de la vida sexual.

Este ser azotado es, ahora, una conjunción de conciencia de culpa y erotismo; no es solo el castigo por la referencia genital prohibida, sino también su sustituto regresivo y, a partir de esta última fuente, recibe la excitación libidinosa que desde este momento se le adherirá y hallará descarga en actos onanistas. Ahora bien, solo esta es la esencia del masoquismo (Freud, 1919: 186).

Entonces, en esta segunda fase inconsciente, es en la que se suma la excitación libidinosa y aparece la descarga onanista. Es decir, que el onanismo

estaría gobernado al comienzo por fantasías inconscientes, que luego serían sustituidas por otras conscientes.

3) Esta fase es consciente y por lo tanto el texto de la fantasía es comunicado por el paciente en análisis. La persona que pega no es el padre; o bien se la deja indeterminada o se trata de subrogados del padre y la persona del niño ya no sale a la luz. Si se les pregunta con insistencia los pacientes dicen: "Probablemente yo estoy mirando". Además, en lugar de un solo niño azotado, casi siempre están presentes muchos niños.

Freud afirma que "solo la forma de esta fantasía es sádica; la satisfacción que se gana con ella es masoquista [...] En efecto, los muchos niños indeterminados a quienes el maestro azota, son solo sustituciones de la persona propia" (Freud, 1919: 188).

Entonces, "alguien golpea a un niño" es una desfiguración de "el padre golpea a un niño". Ese "soy golpeado por el padre" se sostiene en otro que me representa y, por ello, la satisfacción, además de sádica es masoquista, porque ese otro al que el padre golpea es una representación del sujeto. Entonces, mientras el padre golpea, el sujeto mira la escena, se ve en la escena mirando. Vale decir que el sujeto está en los dos lugares: en el que es golpeado y en el que está mirando.

Puede leerse como en esta fantasía siempre se conjugan tres elementos, que van cambiando de lugar, de posición: el agente, el sujeto y el objeto, en una frase que varía gramaticalmente. Lo que nos interesa destacar es la segunda fase de la misma, la cual no es recordada, sino, como afirma Freud (1919), construida.

4. La construcción de la fantasía

En *Construcciones en el análisis*, Freud (1937) sostiene que los síntomas e inhibiciones que presentan los pacientes son efecto de la represión. Debido a esto, el propósito del trabajo analítico es llevarlos a cancelar las represiones de su desarrollo temprano y sustituirlas por unas reacciones como las que corresponderían a un estado de madurez psíquica. Para ello es necesario que se recuerden ciertas vivencias, así como las mociones de afecto que se les anudaban, las cuales están, en ese momento y a causa de la represión, olvidadas. En esta línea, afirma:

Todos sabemos que el analizado debe ser movido a recordar algo vivenciado y reprimido por él, y las condiciones dinámicas de este

proceso son tan interesantes que la otra pieza del trabajo, la operación del analista, pasa en cambio a un segundo plano. El analista no ha vivenciado ni reprimido nada de lo que interesa; su tarea no puede ser recordar algo. ¿En qué consiste, pues, su tarea? Tiene que colegir lo olvidado desde los indicios que esto ha dejado tras sí; mejor dicho: tiene que *construirlo* (Freud, 1937: 260).

Freud (1937) sostiene que este trabajo de construcción o, si se prefiere, de reconstrucción, presenta semejanzas con el del arqueólogo que exhuma monumentos destruidos y sepultados; del mismo modo procede el analista cuando extrae sus conclusiones a partir de unos jirones de recuerdo, unas asociaciones y unas exteriorizaciones activas del analizado. Pero, a diferencia del arqueólogo, el analista se dirige a algo todavía vivo, no a un objeto destruido. En la medida que va hallando ciertas piezas de construcción, se las comunica al analizado para que ejerzan efecto sobre él; luego construye otra pieza a partir del nuevo material que afluye y procede con ella de la misma manera.

Freud (1937) sostiene que “si en las exposiciones de la técnica analítica se oye tan poco sobre «construcciones», la razón de ello es que, a cambio, se habla de «interpretaciones» y su efecto” (262). Pero el autor considera que construcción es la designación más apropiada, debido a que el término interpretación se refiere a lo que se emprende con un elemento singular del material -una ocurrencia, una operación fallida-, en cambio, la construcción, implica al analizado una elaboración a partir de los elementos que van surgiendo como efecto de las interpretaciones.

El autor considera que la construcción del analista debe culminar en que el analizado recuerde un fragmento olvidado de su historia, pero no siempre esto es posible. Con frecuencia, no se consigue llevar al paciente hasta el recuerdo de lo reprimido y, en lugar de ello, se alcanza en él una convicción cierta sobre la verdad de la construcción, que en lo terapéutico rinde lo mismo que un recuerdo recuperado.

Esto es lo que sucede respecto de la segunda fase de *Pegan a un niño* (Freud, 1919), donde nos advierte que en su investigación sobre esa fantasía y ante sus preguntas, solo acudía una única y esquiva respuesta: “No sé nada más sobre eso; pegan a un niño” (Freud, 1919:179). No se trata aquí de la resistencia del paciente a la asociación libre, sino que sigue las coordenadas de la represión primaria; es decir, se trata de un agujero en lo simbólico, de aquello que, en tanto trauma original, no puede ser aprehendido por una imagen ni por la vía de la palabra, es por eso que, en ese punto, las asociaciones se detienen.

Ahora bien, en este punto, Freud (1919) sostiene una pregunta; nos dice: “bajo qué condiciones acontece esto, y cómo es posible que un sustituto al parecer no integral produzca, no obstante, todo el efecto, he ahí materia de una investigación ulterior” (185). El maestro vienés plantea, entonces, que es necesario investigar en detalle cómo se produce esta construcción. En esta línea, se sostiene la pregunta: ¿Quién es el agente de la misma? ¿el analista, el analizante, o es una operación que supone una dialéctica entre ambos? Son estos puntos no esclarecidos de la teoría y de la clínica, los que abren nuevas líneas de investigación.

5. Consideraciones finales

El recorrido realizado en el presente trabajo permite ubicar a la fantasía como una noción central en la obra freudiana y un antecedente crucial de la noción de fantasma propuesta por Jacques Lacan.

Como hemos desarrollado, la fantasía tiene la función de articular lo traumático de la pulsión sexual en un relato y una escena, que fija, para esa pulsión, un objeto y un recorrido. En esta línea, se sostiene que la fantasía anuda pulsión y representación, que son los dos elementos heterogéneos que constituyen el síntoma.

Esa articulación es ya un tratamiento del trauma y da lugar a lo que Freud denomina escena traumática. Esta diferenciación entre ambas nociones, conduce al maestro vienés a reformular su teoría sobre el trauma: ya no se trata de un hecho traumático efectivamente acontecido, sino que la pulsión sexual es traumática por estructura. Eso lleva a todo ser hablante a inventar una escena que articule eso que, en un principio, solo fue un exceso desbordante de energía, sin posibilidad de tramitación.

Esto tiene, también, importantes efectos en la clínica. Los sujetos histéricos considerados por la psiquiatría de la época como simuladores, son escuchados por Freud, quien ubica las ficciones que han armado sobre el trauma sexual. Descubre así, que en las mismas hay una verdad de estructura y propone un tratamiento posible del padecimiento que presentan.

Pegan a un niño, fantasía que encuentra en varios sujetos de diferentes tipos clínicos, lo lleva a investigar la estructura gramatical de toda fantasía y encontrarse con que hay una fase de la misma que no puede ser recordada sino construida. Esto lo conduce a introducir una noción central para pensar las intervenciones a nivel de la fantasía, noción sobre la que ubica interro-

gantes -al final de su obra- que aún no han sido abordados por desarrollos ulteriores y que orientan la investigación en la que se enmarca este escrito.

Referencias bibliográficas

- Freud, S. ([1897] 1986). "Carta 69". En *Obras completas, Tomo I*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. ([1905] 1986). "Tres ensayos de teoría sexual". En *Obras completas, Tomo VII*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. ([1905] 1986). "Mi tesis sobre el papel de la sexualidad en la etiología de la neurosis". En *Obras completas, Tomo VII*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. ([1907] 2010). "El creador literario y el fantaseo". En *Obras completas, Tomo IX*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. ([1908] 2010). "Sobre las teorías sexuales infantiles". En *Obras completas, Tomo IX*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. ([1908] 2010). "La novela familiar de los neuróticos". En *Obras completas, Tomo IX*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. ([1908] 1986). "Las fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad". En *Obras completas, Tomo IX*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. ([1916] 1986). "Los caminos de la formación de síntoma". En *Obras completas, Tomo XVI*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. ([1916-1917] 1986). "Conferencias de introducción al psicoanálisis". En *Obras completas, Tomo XVI*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. ([1918] 1986). Nuevos caminos de la terapia analítica. En *Obras completas, Tomo XVII*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. ([1919] 1986). "Pegan a un niño. Aportación al conocimiento de la génesis de las perversiones sexuales". En *Obras completas, Tomo XVII*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. ([1937] 1986). "Construcciones en el análisis". En *Obras completas, Tomo XXIII*. Buenos Aires: Amorrortu.

Acerca de los autores

Daiana Ballesteros es licenciada en Psicología egresada de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP). Es Especialista en Psicología Clínica de Adultos (Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires). Se desempeña como docente, investigadora y extensionista de la cátedra Psicología Clínica de Adultos y Gerontes (Facultad de Psicología, UNLP). Además, es becaria doctoral de la Facultad de Psicología (UNLP).

Néstor Eduardo Suárez es licenciado en Psicología egresado de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP). Es Especialista en Psicología Clínica de Adultos (Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires). Se desempeña como profesor asociado ordinario de la cátedra Psicología Clínica de Adultos y Gerontes (Facultad de Psicología, UNLP). Además, es profesor a cargo del Seminario “Adicciones y Salud Mental” (Facultad de Psicología, UNLP). Paralelamente, es docente investigador Categoría III (Secretaría de Ciencia y Técnica de la UNLP) y miembro de la Asociación Mundial de Psicoanálisis (AMP), y de la Escuela de la Orientación Lacaniana (EOL).

¡Atención!: ¿Niños jugando? Reflexiones sobre el hacer, crear y jugar en tiempos actuales

*Attention! Children playing? Reflections on doing,
creating and playing today*

**Ana Bernardi,
Analía Emmerich
y Silvia Russo**

✉ anacbernardi@gmail.com
Facultad de Psicología.
Universidad Nacional de La Plata

Resumen

El propósito del siguiente trabajo será analizar y proponer una lectura posible a partir de la teoría del desarrollo emocional de Donald Winnicott con relación a conceptos centrales en la constitución psíquica.

Reflexionaremos en esta oportunidad, acerca del hacer, el crear y el jugar en tiempos actuales, como parte de un trabajo más amplio de investigación al que pertenecemos y que nos enmarca como docentes. Nos referimos al proyecto de investigación: "El jugar como actividad sublimatoria. Procesos de simbolización en niños y adolescentes de la ciudad de La Plata: un estudio exploratorio", PPID S/013, investigación llevada a cabo por las cátedras de Psicología Evolutiva I y Psicología Clínica de Niños y Adolescentes de la Facultad de Psicología de la UNLP.

En esta comunicación se indagará, en una primera aproximación, la teoría sobre Juego y la concepción de creación (apercepción creativa- impulso creador- transicionalidad) del autor mencionado, desarrollada en su libro *Realidad y juego* (1972) a partir de la observación y escucha analítica de las presentaciones actuales en la clínica con niños.

¿Cuándo podemos decir: “un niño juega”? ¿cuáles son las condiciones para pensar el juego en calidad de salud del individuo y, cómo reconocer en dichas “producciones” la actualización del derrotero psicoanalítico en su correlación con el jugar?

Habida cuenta de estas ideas, es que nos plantearemos el interjuego entre el hecho clínico y sus fundamentos, intentando situar entre teoría y clínica la vigencia del aporte de Winnicott a la actualidad de la disciplina.

Palabras clave: ejercicio clínico, juego, creatividad, constitución psíquica.

Abstract

The purpose of the following work will be to analyze and propose a possible reading from the theory of emotional development in Donald Winnicott in relation to central concepts in the psychic constitution. We propose, on this occasion, a reflection on doing, creating and playing in current times, as part of a broader research work to which we belong. We refer to the research project: “El jugar como actividad sublimatoria. Procesos de simbolización en niños y adolescentes de la ciudad de La Plata: un estudio exploratorio”, PPID S/013 [‘Playing as a sublimatory activity. Symbolization processes in children and adolescents from the city of La Plata: An exploratory study’], research carried out by the chairs of Evolutionary Psychology I and Clinical Psychology of Children and Adolescents of the UNLP’s School of Psychology.

Mobilized by the observation and analytical listening of the current presentations in the clinic with children, in this communication we will attempt to make a first approach to the playing theory and the conception of *creation* (creative apperception - creator impulse - transitionality) of the aforementioned author, theory that he develops in his book *Playing and reality* (1972)

When can we say ‘a child is playing’? What are the conditions for thinking about playing as the promoter of the individual’s health? How to recognise the updating, manifestation of the psychoanalytic path in the current ‘productions’ of the playing?

Considering these questions, we will analyze the interaction between the clinical fact and its foundations, trying to locate the validity of Winnicott’s contribution to the current state of the discipline between theory and clinical work.

Keywords: clinical practice, playing, creativity, psychic constitution.

Introducción

El propósito del siguiente trabajo será analizar y proponer una lectura posible a partir de la teoría del desarrollo emocional en Donald Winnicott, con relación a conceptos centrales para comprender la constitución psíquica.

Nos proponemos, en esta oportunidad, una reflexión acerca del hacer, el crear y el jugar en tiempos actuales, como parte de un trabajo más amplio de investigación al que pertenecemos y que nos enmarca como docentes. Nos referimos al proyecto de investigación: "El jugar como actividad sublimatoria. Procesos de simbolización en niños y adolescentes de la ciudad de La Plata: Un estudio exploratorio", PPID S/013, investigación llevada a cabo por las cátedras de Psicología Evolutiva I y Psicología Clínica de Niños y Adolescentes de la Facultad de Psicología de la UNLP.

En esta comunicación se indagará, en una primera aproximación, la teoría del juego y la concepción de *creación* (apercepción creativa- impulso creador-transicionalidad) del autor mencionado, desarrollada en su libro *Realidad y juego* (1972), instadas por los efectos propiciados en nuestra escucha analítica y la observación de las presentaciones actuales en la clínica con niños.

¿Cuándo podemos decir "un niño juega"? ¿cuáles son las condiciones para pensar el juego en calidad de salud del individuo y, cómo reconocer en dichas "producciones" la actualización del derrotero psicoanalítico en su correlación con el jugar? ¿Cuál es el "lugar" para el juego en el uso de los dispositivos tecnológicos tan cercanos a los niños de nuestra época?

Habida cuenta de estas ideas, es que nos plantearemos el interjuego entre el hecho clínico y sus fundamentos, intentando situar entre teoría y clínica la vigencia del aporte de Winnicott a la actualidad de la disciplina, cuya orientación de trabajo se halla descrita en los objetivos del primer eje de este congreso.

Casística infantil: juegos y condiciones epocales. Algunas preguntas...

"Lo pasé de pantalla" dice la madre de Pedro, de 4 años, quien consulta porque el niño no atiende/entiende consignas verbales en el marco escolar, no deja de moverse y a veces parece no escuchar cuando se lo convoca, aunque cuando la propuesta es de su interés puede interactuar y responder. "Él quiere jugar conmigo pero yo no tengo tiempo" aclara su madre reconociendo que a veces el desencuentro es mutuo.

“Él es muy inteligente” dice la madre de Martiniano, quien con solo 30 meses localiza en un dispositivo móvil la aplicación para ver repetitivamente el video que lo fascina, pero no se expresa verbalmente teniendo en cuenta lo esperable para su edad cronológica. Martiniano alinea objetos y rechaza los cambios, y puede ser autosuficiente en sus necesidades cotidianas. Lo describen en este punto como un niño “muy independiente” aunque cuando las situaciones se salen de lo previsto, sobrevienen crisis y estallidos conductuales que no logran contenerse con facilidad.

Francisco tiene 9 años y sus amigos juegan en red en forma interactiva en una realidad virtual compartida, maravillados por un universo fantástico que los hace protagonistas por un rato de otros mundos. Cuando la consola se apaga, puede compartir su juego con otros que no estuvieron en esa “escena”. La madre de Francisco cuenta que ella no comprende esa forma de jugar, aunque cree que es como jugar con los soldaditos, como lo hacía de más pequeño con su papá, pero con otros recursos, y agrega “lo llamo a comer, se despide de sus amigos en línea, y el juego acaba.” Esta madre se pregunta, como tantos adultos, por el uso o el abuso de los juegos tecnológicos en los niños y por la cantidad de tiempo que puede dejarlo jugar así.

Ante tiempos vertiginosos que en la actualidad presentifican masivamente la tecnología en el juego, y los fenómenos compulsivos generados en su utilización; nos preguntamos si se vivencia un empobrecimiento de la capacidad de jugar y por ende de los beneficios de la posibilidad creativa.

¿Remitiremos -retomando la perspectiva de Winnicott (1951-1972) a pensarlas (Tkach, 2015) como una de las formas de la psicopatología del juego? Partiendo de la hipótesis donde queda situada la importancia necesaria y suficientemente buena de la zona transicional y el jugar como desarrollos de lo emocional, ¿son modos particulares donde no se cumpliría la función representacional o de simbolización?

Como primera distinción práctica, hablaremos de juegos tecnológicos diferenciados de los juegos tradicionales. La principal distinción se localizaría en el tipo de actividad psíquica que requieren, estimulando y favoreciendo en el niño diferentes aprendizajes y construcciones. Los llamados juegos tradicionales involucran la expansión tanto de la imaginación como la creatividad -claramente- en tanto el niño logre completar con sus propias herramientas las soluciones que el juguete no proveerá.

Desde los aportes teóricos winnicottianos, pensar en una psicopatología del juego entonces aludirá a los “modos” del jugar con ausencia o interrup-

ción del proceso creador. Se trataría de situaciones donde el juego del niño muestra un ejercicio directo del instinto (actividad pulsional), sin mediación ni metáfora.

Como ejemplos clínicos podemos describir: las estereotipias en las pautas del juego en tanto manifestación de angustia en lo correspondiente a la libre fantasía, los efectos de dominación, cuando un niño sólo es capaz de jugar a juegos cuyas reglas él mismo fija, a condición de sometimiento de otros compañeros de juego.

También se manifiesta en la imposibilidad de jugar a un juego reglado (apropiado a la edad cronológica estimable) sin acceso a la independencia esperable, a la que a veces se suma un “conductor” o “regulador” necesario para mantener el ejercicio de dichas reglas. Por último, la huida hacia lo físico (masturbación, excitaciones diversas) como expresión de desconexión o imposibilidad de constitución de lo transicional propio del jugar, según los aportes del autor en “Notas sobre el juego” de *Exploraciones Psicoanalíticas* (Winnicott, 1991: 79).

Referencia a la teoría: lo transicional como zona intermedia de experiencia

Que sea posible habilitarle al niño, oportunamente, una zona intermedia de experiencia o espacio transicional de juego, favorecida por un otro facilitador en un medio ambiente suficientemente bueno (donde se encuentre instaurada la ilusión original), será en términos de Winnicott (1951-1972) la condición para poder lograr la confianza fundante de toda acción creativa.

Dicha actividad facilitada de manera suficientemente buena, establecerá el impulso creador generándose la constitución de exterioridad e interioridad, a su vez.

Una teorización crucial del mencionado autor afirma que si la madre aporta una adaptación suficiente a la necesidad, la vida del pequeño se ve muy poco turbada por lo que llama las “reacciones ante los ataques”. Por el contrario, los fracasos maternos producen fases de reacción ante los ataques y estas reacciones interrumpen la continuidad existencial del pequeño. Winnicott despliega esta idea en profundidad en su libro *El proceso de maduración y el ambiente facilitador* (1965).

Las vivencias descriptas por la madre de Martiniano (30 meses) pueden permitirnos pensar en las consecuencias para el niño de una madre que no

logra una adaptación adecuada a sus necesidades y que describe, en su aparente “autosuficiencia”, un desencuentro fundamental que anula la posibilidad de creaciones constructivas en el juego.

La base para la instauración del “Yo” la constituye la suficiencia de la continuidad existencial, solamente posible, al principio, si la madre se halla en el estado de preocupación maternal primaria. Sensibilizada y consagrada a la tarea de cuidar a su bebé, podrá ponerse en el lugar del pequeño y, de este modo, satisfacer sus necesidades. Estas, al principio son corporales, pero paulatinamente pasan a ser necesidades del “Yo” (configurando el concepto de *holding* o sostén). Se trata de una cuestión de intrusión o no intrusión en la existencia del infante, lo que considera fundamento de la salud mental.

Pedro (4 años) manifiesta necesidades del “Yo”, cuando pide a su madre jugar con él y ella a cambio ofrece un dispositivo tecnológico mientras hace la comida y lo priva de su mirada, para dejarlo capturado por una oferta de estímulos que no logrará luego canalizar adecuadamente.

Vemos, entonces, la importancia que concede Winnicott al entorno y a la adaptación. Toda intrusión o falla de la adaptación causa una reacción en el infante, y esa reacción quiebra el “seguir siendo”. Si la pauta de la vida del infante es reaccionar a las intrusiones, se produce una seria interferencia con la tendencia natural de la criatura a convertirse en una unidad integrada, capaz de seguir teniendo un *Self* con pasado, presente y futuro.

Las consultas actuales nos enfrentan a distintas versiones del sufrimiento infantil que son solidarias de las desadaptaciones del niño a lo que la realidad escolar, familiar, social, le va exigiendo. Esto nos obliga, desde nuestra ética psicoanalítica, a poder pensar los avatares históricos vivenciales que están en la base de lo que nos convoca en nuestros pacientes y a pensar intervenciones que amplíen en lo posible las condiciones y/o posibilidades de simbolización en cada caso. De allí la necesidad de poder buscar la referencia de los primeros tiempos, en el diálogo con los padres.

Justamente es en el marco de los primeros tiempos que Winnicott (1965) nos ayuda a pensar que, con una ausencia relativa de reacciones a las intrusiones, las funciones corporales del infante proporcionan una buena base para construir un “Yo” corporal. De este modo se estructura la base para la salud mental futura.

Asegura el autor (1965) que en esta fase (a la que llama de “dependencia absoluta”), el niño no percibe de ningún modo lo que la madre hace bien. Sus

fracasos no son percibidos en forma de fracasos maternos, sino que actúan como amenazas a la autoexistencia personal.

De este modo, es más probable que los factores constitucionales se manifiesten en la normalidad, allí donde el medio en la primera fase haya sido el adecuado. Se trata fundamentalmente, de un modo firme y estable de ser presentado el mundo al niño. A la inversa, allí donde haya habido un fracaso en esta primera fase, el pequeño se ve atrapado en unos primitivos mecanismos de defensa que corresponden al temor a la aniquilación, y los elementos constitucionales tienden a verse sojuzgados.

Según la obra del autor (1951-1972), puede considerarse la etiología de la psicopatología infantil solidaria con las experiencias del niño en las fases más tempranas y en relación a los cuidados maternos, junto con una provisión ambiental que falla o no tiene éxito en su función de ser facilitadora de los procesos madurativos del niño.

El interjuego sucede allí con el objeto transicional como representante del proceso, zona tercera en tanto lugar de constitución del sujeto psíquico. Este objeto nos ofrecerá el soporte teórico de lo observable en tanto "la" experiencia del interjuego entre la madre y su bebé, materialidad de representación (trabajo psíquico) o lo transicional. Se propone allí la creación entre lo heredado potencial y la transformación particular sostenida por el ambiente facilitador. Este "entre" implicará transicionalidad y experiencia saludable donde el "uso"- diferenciaremos como se sabe, "relación de usar"- ofrecerá la base personal de la subjetividad en sus coordenadas para aceptar la exterioridad del mismo y la pérdida consecuente de sentimiento de omnipotencia, anteriormente impulsado en la creatividad. El acontecer mismo del jugar se enriquecerá o no de acuerdo al constructo interno-externo con la experiencia misma y el elemento del otro como zonas más allá de la sublimación (Ripesi, 2009).

Aquí tomamos como ejemplo el uso que Francisco de 9 años hace de sus posibilidades de jugar, hacer, crear y poder habitar alternativamente una realidad compartida.

Para terminar, cabe diferenciar el sublimar como proceso, en los términos freudianos (Freud, 1905) entendido como resultante artística, que no necesariamente tendrá las condiciones del ser creador. Nuestro autor destacará allí el compromiso de lo genuino como parte del núcleo verdadero del *Self*, en vital importancia con la modalidad relacional durante el pasaje en conti-

nidad (estar vivo- seguir siendo) y las condiciones creadas por cada individuo (Winnicott, 1972: 98).

El origen creativo entonces, se da en un ejercicio experiencial de apercepción creadora, modo de percibir y hacer (crear) exterioridad de cada ser.

Realizará Winnicott un profundo viraje en el desarrollo de su teoría en tanto lo instintual, el valor de la agresividad y el significado del impulso y la acción de autocreación (Russo, 2011-2017).

Paradójicamente, su idea central para explicar la creación parte del encuentro con la agresión como formación: el impulso agresivo será el que crea la realidad; y no al contrario, como en las versiones ortodoxas sostenidas en discusiones con su maestra M. Klein en tanto el concepto de envidia, y con Freud acerca de la concepción de pulsión de muerte. Este debate lo mencionamos con el objetivo preciso de centralizar nuestra búsqueda conceptual en las siguientes ideas:

- Esta diferencia fundamental, incorpora inminentemente a nuestra disquisición los términos de *self*, identidad y simbolización. Su originalidad radicará entonces en manifestar este funcionamiento como creador de exterioridad.
- El impulso destructivo hace/crea un nuevo espacio y lugar.
- Se enuncia el uso del objeto en su valor positivo de la destructividad, creándose las condiciones de sobrevivencia del mismo, y, de allí a la experiencia cultural, y su significancia en tanto “transicionalidad”. El rasgo esencial será la potencialidad de experimentar.
- Lo “experimentado” en tanto acontecimiento implicará creación. Sublimar por consiguiente, no se considerará linealmente una creación, exposición que hará diferencia en lo transicional; y que dará cuenta del trabajo psíquico en tanto posibilidades de analizar nuestras preguntas iniciales.

Recreación del debate: área de conclusiones transicionales... Entre paradojas...

En el ámbito clínico, y más allá de este, el jugar implica la universal forma que han logrado los seres humanos de poner en juego su subjetividad, en un hacer particular, que ocupa un lugar y un tiempo. Jugar no es lo mismo que pensar o desear, y en este sentido, hacer cosas lleva tiempo y, como tal,

desafía al niño (individuo) al trabajo psíquico de producir fantasías o simbolizaciones, es decir, a expresarse subjetivamente y a representarse en lo que juega, en un *playing* como proceso constitutivo y continuo.

Afianzaríamos la afirmación potencial que fundamenta la “creatividad del hacer” frente a estos juegos y su uso (diversos en características y contenidos) entendiendo su despliegue potencial en la estructura previa de quien lo usa. Será menester recordar estos significados complementarios al dispositivo analítico: constructo de dos zonas de juego, acontecidos entre paciente y analista.

Una hipótesis a considerar transcurre atravesando el peligro temprano y cuasi exclusivo en el tipo de juegos que en su alienación subjetiva suponen un detrimento de los espacios lúdicos menos estructurados: espacios potenciales que son necesariamente materialidad en creación constante para el despliegue de la invención e intencionalidad creativa del niño.

En aras de ofertar el juego, aprendizaje y quietud, el mundo adulto provee en paradoja un espacio que reglamenta prematuramente como *games* que obstaculizan el acceso a una realidad interna “desimpulsada” a la creación del juego simbólico. Pautas, imágenes, esquemas de nivel, “ordenan” en deterioro de la capacidad de “estar a solas” y responderse en cada experiencia del proceso creativo –inclusive el vacío– de manera de ir sorteando la continuidad hacia la independencia.

La dominancia de juegos repetitivos y estereotipados conlleva, además, el riesgo de llevar al aislamiento y a la coagulación de conflictos si no encuentran la vía apropiada de descarga, concepción clásica freudiana del juego en su condición elaborativa y de mensaje.

Por lo tanto más que en la pantalla en sí misma, en el juego tecnológico *per se*, analizaremos la capacidad del jugar en términos del crear (experimentar) y no del *a priori*, tomando las condiciones de salud en lo transicional como conexión con el atravesamiento de los procesos de simbolización descriptos en el ejercicio de cada experiencia individual.

Si el individuo es “verdaderamente” creativo, el jugar aparecerá como recreación aun en la oferta pantalla; así como no se asegura “lo genuino” como salud en la lejanía de estos juegos.

La facilitación para la sustancia omnipotente de la ilusión continuará sostenida en la perspectiva ser-medioambiente, madre suficientemente buena=individuo creador, que acontezca en el encuentro con las condiciones de transicionalidad y las zonas exploradas y recreadas en parte de la

constitución de cada desarrollo emocional; así como de los modos de época y cultura que otorguen sentidos que se irán “jugando” en la materialidad transicional.

La percepción se hará apercepción, seremos nosotros, únicos e irrepetibles, con nuestros modos de transicionar la experiencia cultural y aportar al mundo circundante el producto de la relación objetal y cada continuidad del vivir.

En *Realidad y Juego* transmite Winnicott: “Sentirse real es más que existir; es encontrar una forma de existir como uno mismo, y de relacionarse con los objetos como uno mismo, y de tener una persona dentro de la cual poder retirarse para el relajamiento”.

Así, el interjuego entre la realidad interna y la realidad externa, la función de la madre suficientemente buena y el ambiente facilitador darán espacio a la *experiencia* en su dinámica contenida en una instauración original, en tanto el quehacer que el sujeto jugará propio de apercepción creadora, conformando el potencial en los presupuestos psíquicos esbozados, sin caratular o categorizar un hacer en el *jugar* que “tiene un lugar y un tiempo” (Winnicott, 1972:154).

Jugándose en el paso hacia cómo se constituyan condiciones y recreen en el vivir personal o en el quehacer clínico mismo, podremos reconocer su enriquecimiento o no, en tanto versiones de esta *tercer zona* en cada *ser*.

Referencias bibliográficas

- Freud, S. (1999). *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Laplanche, J. & Pontalís, J.B. (2004). *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Russo, S. (2011). *Psicoanálisis: Adultos Adolescentes*. Recuperado de <<http://entrepсихоanalistas.blogspot.com/2011/04/psicoanalisisadultos-adolescentes.html>>
- Russo, S. (2017). "Conversaciones con Winnicott: sobre la propia creación". Sitio web *Rodulfos*, sección Recomendamos. Recuperado de <<https://rodulfos.com/conversando-con-winnicott-por-silvia-russo/>>
- Russo, S. (2017). *Constitución subjetiva: creación y transicionalidad en sus fundamentos Un recorrido por conceptos básicos de la teoría de D. Winnicott y reflexiones afines con respecto al trabajo psíquico y proceso de simbolización en la infancia*. Recuperado de <<http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/69322>>
- Smalinsky, E. & Ripesi, D. (2009). *Winnicott para principiantes*. Buenos Aires: Era Naciente.
- Tkach, C. (2015). *Síntomas en los niños: neurosis infantil y neurosis de angustia*. Buenos Aires: Eudeba.
- Winnicott, D. (1950). *Crecimiento y desarrollo en la inmadurez*. Recuperado de <<http://ouricult.files.wordpress.com/2012/06/donald-winnicott-obras-completas.pdf>>
- Winnicott, D. (1965). *El proceso de maduración en el niño*. Barcelona: Laia.
- Winnicott, D. (1972). *Realidad y juego*. Buenos Aires: Gedisa.
- Winnicott, D. (1991). *Exploraciones psicoanalíticas I*. Buenos Aires: Paidós.
- Winnicott, D. (1991). *Exploraciones psicoanalíticas II*. Buenos Aires: Paidós.

Acerca de las autoras

Ana C. Bernardi es licenciada en Psicología egresada de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP). Ha obtenido un Diploma Superior en Necesidades Educativas, Prácticas Inclusivas y Trastornos del Desarrollo de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales sede Argentina (FLACSO). Se desempeña como Jefa de Trabajos Prácticos Ordinario con Perfil PPS de la asignatura Psicología Clínica de niños y Adolescentes de la Facultad de Psicología (UNLP). Ejerció también como Ayudante Ordinario de la asignatura Psicología Evolutiva I de la Facultad de Psicología (UNLP) y ha participado en proyectos de investigación y extensión en el área de la clínica con niños y adolescentes. Fue Residente de Psicología en el Hospital Interzonal de Agudos Especializado en Pediatría "Sor María Ludovica" de La Plata. En la actualidad cumple funciones como Directora Asociada y Responsable de Coordinación Terapéutica en la Fundación E.I.C.E. Dispositivo CEDYT (Centro de Diagnóstico y Tratamiento) y Dispositivo CET (Centro Educativo Terapéutico). La entidad se dedica a la atención integral e inter-disciplinaria de niños y adolescentes que padecen severos trastornos de la constitución subjetiva.

Analía Emmerich es licenciada en Psicología egresada de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP). Se desempeña como docente universitario en la cátedra Psicología Evolutiva I de la Facultad de Psicología y Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación (UNLP). Es además, psicoanalista clínica de niños y adolescentes en la Clínica del Niño de La Plata. En el ámbito académico es integrante categorizado en Proyectos de Investigación de la Facultad de Psicología (UNLP) y evaluadora de artículos de publicación para revistas de psicología, de carácter nacional e internacional. Asimismo, ha participado en medios radiales de difusión de la región y se ha desempeñado como expositora en Jornadas y Congresos de carácter regional y nacional. También es autora y co-autora de diferentes trabajos publicados, en temáticas de niños y adolescentes.

Silvia F. Russo es licenciada en Psicología egresada de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP). Trabaja en el abordaje en áreas de atención clínica con niños, adolescentes y adultos, posicionada desde el psicoanálisis. Se formó en el Hospital Especializado Noel Sbarra con tareas de asistencia con madres y bebés en el Plan de ayuda para la Crianza, además de fundar el Equipo de Adolescencia. Ejerció también en gabinetes psicopedagógicos de escuelas especiales de La Plata. Realizó docencia en institutos terciarios

¡Atención!: ¿Niños jugando? Reflexiones sobre el hacer, crear y jugar en tiempos actuales

y actividad de posgrado como Profesora Invitada. Se desempeña como docente interina de la Facultad de Psicología en las cátedras de Orientación Vocacional (2000-2004) y Psicología Evolutiva (1997-2007), retomando desde 2016 hasta la actualidad. Asimismo ejerce como supervisora clínica y de institución educativa desde el año 2005.

Educación Sexual Integral y formación de profesores en psicología. De la enseñanza de contenidos a la transmisión de una perspectiva

Comprehensive Sex Education and training of teachers in psychology. From content teaching to the transmission of a perspective

**Paula Daniela Cardós
y Andrea Cufre**

✉ pauladcardos@gmail.com

Facultad de Psicología.
Universidad Nacional de La Plata

Resumen

Este trabajo pretende establecer algunas relaciones entre formación de profesorxs, construcción de su conocimiento profesional y Educación Sexual Integral. La problematización en torno a la temática, se enmarca particularmente en la labor docente llevada a cabo en la cátedra “Planificación Didáctica y Prácticas de la Enseñanza en Psicología”.

Desde ese espacio, se ha desarrollado una línea de investigación centrada en la formación de dichxs profesionales, su inserción laboral y prácticas en estrecha relación con sus procesos de profesionalización y por ende, en vinculación a la construcción de su conocimiento e identidad profesional.

Atendiendo a dichos estudios y a las incumbencias del título de Profesor/a en Psicología consideramos relevante la problematización y reflexión sobre los saberes requeridos para la enseñanza, la Educación Sexual Integral en sus lineamientos curriculares y la particularidad de la enseñanza de esos contenidos desde la perspectiva de lxs profesorxs formadxs en la disciplina.

Palabras clave: profesor/a en psicología, formación, enseñanza, Educación Sexual Integral.

Abstract

This paper aims to establish some relationships between teacher training, construction of their professional knowledge and Comprehensive Sexual Education. The problematization around the subject is framed particularly in the teaching work carried out in the chair "Teaching Planning and Practice of Teaching in Psychology".

From this field, there has been developed a research line focused on the training of professionals, their work insertion and practices, in close relation with their professionalization processes and therefore in connection with the construction of their knowledge and professional identity.

Attending these studies and the responsibility areas of the certification of Professor in Psychology we consider relevant the problematization and reflection on the knowledge required for teaching, the Comprehensive Sexual Education in its curricular guidelines and the particularity of the teaching of those contents from the perspective of the professors trained in the discipline.

Keywords: professors in psychology, training, teaching, Comprehensive Sexual Education.

Introducción

Este trabajo pretende delimitar aspectos que hacen a la problematización y reflexión en relación a la formación de profesorxs en psicología para la enseñanza de contenidos vinculados a la Educación Sexual Integral (ESI).

El desarrollo de la propuesta de enseñanza y formación de la cátedra "Planificación Didáctica y Práctica de la Enseñanza en Psicología" supone en su desarrollo la delimitación de interrogantes y problemáticas que responden a los cambios que se producen en el sistema educativo en general, en la normativa y lineamientos que lo regulan y que inciden de manera directa en la práctica de lxs docentes.

Es en relación a esto que venimos apreciando que lxs futurxs profesorxs no solo se interrogan y problematizan respecto a la enseñanza de los contenidos propios de la disciplina, sino que también se preguntan cómo enseñar aquellos otros que integran el diseño curricular del Nivel Secundario en asignaturas de incumbencia para ellos tal como "Salud y Adolescencia", "Construcción de Ciudadanía" e incluso "Proyecto de Investigación en Ciencias Sociales".

Educación Sexual Integral y formación de profesores en psicología. De la enseñanza de contenidos a la transmisión de una perspectiva

Entendemos que eso conlleva a un desafío importante a la hora de enseñar, ya que conmueve la relación de estxs docentes con su conocimiento de la materia así como las herramientas conceptuales y procedimentales construidas para su enseñanza.

Consideramos que una manera de problematizar la cuestión y echar luz sobre el requerimiento epistemológico que supone asumir la enseñanza en esas asignaturas implica, entre otras cuestiones, pensar sobre la especificidad que la formación en psicología puede aportar, en términos de perspectiva, a la transmisión de los contenidos en cuestión. En este marco la ESI, su estatus legal, sus lineamientos curriculares y su consiguiente enseñanza, nos permiten delinear algunas reflexiones en torno a la elaboración didáctica para la enseñanza, desde una perspectiva psicológica, de contenidos vinculados a saberes que no se han producido exclusivamente en el campo disciplinar y que suponen, en muchos casos, no solo conocimientos teóricos sino también otros de carácter procedimental y práctico.

Cabe mencionar que la promulgación de la Ley Nacional N°26.150/06, la presentación de los “Lineamientos Curriculares para la Educación Sexual Integral” y la Ley Provincial N°14.744/15 buscan garantizar el derecho de lxs estudiantes de todo el sistema educativo a recibir Educación Sexual Integral. La ESI es definida y caracterizada, en el artículo 3 de la Ley Provincial, como:

[...] el conjunto de actividades pedagógicas que articulan aspectos biológicos, psicológicos, sociales, afectivos y éticos, destinados a brindar contenidos tendientes a satisfacer las necesidades de desarrollo integral de las personas y la difusión y cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos definidos como inalienables, inviolables e insustituibles de la condición humana (Ley Provincial N°14.744/15, artículo 3).

En función de ello es que proponemos, en el marco de la formación de grado de profesorxs en Psicología, propiciar la problematización en torno a la ESI considerando particularmente su inserción profesional en el ámbito educativo.

Desarrollo

La propuesta que la cátedra mencionada viene desarrollando, en el marco de la formación de profesorxs en Psicología en la UNLP y como tramo final de la misma, ha contemplado como contenido a enseñar, pero también como objeto de reflexión, el conocimiento profesional docente en general, así como el conocimiento respecto del saber a enseñar.

En cuanto al primero, entendemos que se trata de un proceso cuyo producto, en permanente transformación, permite dar respuesta a través de la acción a los requerimientos que lxs docentes enfrentan en su práctica. Tal como lo plantea Montero (2001), incluye un conjunto de informaciones, habilidades y valores que lxs profesorxs obtienen, tanto participando en las propuestas de formación inicial y continua como del análisis de su propia experiencia pre profesional y profesional.

En lo que respecta al conocimiento a enseñar, venimos focalizando en la noción de conocimiento de la materia (Grossman, Wilson & Shulman, 2005), el que forma parte del denominado “conocimiento base” para la enseñanza y que está integrado además por: Conocimiento didáctico general; Conocimiento del currículo; Conocimiento de los alumnos y sus características; Conocimiento de los contextos educativos; Conocimiento de los objetivos, finalidades y valores educativos y de sus fundamentos filosóficos e históricos; y Conocimiento Didáctico del Contenido.

El análisis del conocimiento de la materia constituye una responsabilidad de lxs docentes a la hora de desarrollar su tarea. Los autores mencionados remiten a cuatro dimensiones a considerar en el mismo: Conocimiento del contenido (información objetiva, organización de principios y conceptos nodales de una disciplina); Conocimiento sustantivo (basado en esa estructura que remite a los paradigmas de una disciplina que guían las cuestiones a investigar, los interrogantes que guían la producción y validación de conocimiento); Conocimiento sintáctico (remite a los medios por los que el nuevo conocimiento es introducido y aceptado por la comunidad científica, a la comprensión del papel que la investigación juega en una disciplina); y Creencias (incluyen evaluaciones afectivas y personales y suelen influir tanto en lo que se enseña como en la manera en la que se lo hace).

Las perspectivas de lxs docentes forman parte de su conocimiento profesional y resultan de los puntos de vista, a partir de los cuales dichxs profesionales analizan las situaciones que enfrentan en la práctica. Las mismas incluyen concepciones, creencias e intenciones que direccionan y justifican sus propias acciones.

Como podemos advertir, las consideraciones que anteceden, tendrán estrecha relación con la problematización respecto a la ESI y el rol de lxs profesorxs de Psicología a la hora de su enseñanza, en el contexto mismo de formación y considerando los lineamientos generales comunes a los profesorados universitarios, en particular los que hacen a la formación en el campo del

**Educación Sexual Integral y formación de profesores en psicología.
De la enseñanza de contenidos a la transmisión de una perspectiva**

conocimiento disciplinar y pedagógico, al posicionamiento reflexivo y crítico respecto de los procesos involucrados en las propias prácticas, las razones y sentidos que los orientan, los efectos que los mismos producen y la afirmación y explicitación de fundamentos éticos, políticos y sociales; interés por la justicia y la construcción de ciudadanía; el papel emancipador y el fortalecimiento de un compromiso responsable con la consolidación de valores solidarios y democráticos (ANFHE, 2011).

Si partimos de considerar la amplia gama de materias escolares que pueden enseñar lxs profesorxs de la disciplina, es probable que éstxs deban adquirir nuevos conocimientos a los ya aprendidos en el marco de la formación disciplinar. Asimismo, debemos considerar que tanto el conocimiento como la falta del mismo en relación a los diversos contenidos, va a afectar el análisis y el uso que hagan esxs docentes de los recursos y materiales didácticos, entre los que se encuentran los libros de texto, así como también los criterios que usen para seleccionarlos, y la forma de estructurar y desarrollar la enseñanza.

Si focalizamos en el uso de libros de texto y su consiguiente análisis para la enseñanza, teniendo en cuenta lo referido al conocimiento profesional docente en general y a la relación de lxs docentes con su conocimiento de la materia en particular, hemos de contemplar que los mismos se constituyen en herramientas que requieren ser conocidas y analizadas críticamente a fin de utilizarlas en el marco de una propuesta de enseñanza que requiere de otros elementos. Ello pondrá a jugar, inevitablemente, la propia reflexión de lxs docentes en relación a sus supuestos acerca del contenido a trabajar.

Este trabajo, en el caso de la ESI, supondrá, entre otras cuestiones, vérselas con las nociones que cada docente ha construido respecto a la sexualidad y la educación sexual, tanto en su trayectoria de formación como en su historia de vida.

En el análisis de algunos libros de texto del nivel secundario, que usualmente son utilizados para el tratamiento de los contenidos referidos, podemos encontrar una serie de afirmaciones que conllevan a la transmisión de una noción de sexualidad que se relaciona directamente con una versión preponderantemente biologizante que, a su vez, homologa sexualidad a genitalidad y da cuenta de la presencia, en algunas definiciones, de prejuicios y estereotipos, productos de una visión heteronormativa (Cufre, 2018).

Tal sería el caso del siguiente párrafo, extraído de un libro de texto de la asignatura Salud y Adolescencia, en el que se presentan los cambios propios de la adolescencia describiéndolos del siguiente modo:

Las chicas y chicos tienen sensaciones que nunca habían experimentado; les pasan cosas que aún no habían vivido; advierten que gran parte de sus comportamientos e inquietudes giran en torno de sus propios cuerpos y sus transformaciones, cuestiones sexuales y las nuevas maneras de vincularse con los compañeros del sexo opuesto (Gagliardi, Martiña & Míguez, 2006: 43).

Este tipo de afirmaciones, pueden asumirse como una oportunidad para la problematización y el análisis en el marco de la formación de profesorxs de psicología, dado que de no reflexionar sobre los posicionamientos acerca de la sexualidad, puede propiciarse una transmisión respecto de la misma excesivamente centrada en la genitalidad heterocentrada, descuidándose la importancia de la socialización y la afectividad, la construcción de un cuerpo, la identidad de género y de las opciones deseantes. Allí es donde la formación disciplinar del Profesorado en Psicología debería poder realizar aportes significativos a la enseñanza de la Educación Sexual, desde el enfoque Integral y de Derechos. Partiendo de esta base, el acceso a esta deconstrucción y construcción de nuevos sentidos es posible a partir de la incorporación de una perspectiva crítica de género que permita, en principio, situar a la sexualidad en su carácter multidimensional, no excluyente y exclusivamente biológico.

A partir de lo dicho hasta aquí, entendemos que se hace necesario introducir en la gestión de la enseñanza de la educación sexual, algunos interrogantes que conlleven a la reflexión por parte de los futurxs docentes. Entre ellos: ¿Todos los vínculos amorosos o sexuales que se establecen entre jóvenes se caracterizan por ser heterosexuales? ¿La sexualidad refiere exclusivamente a la genitalidad o a las relaciones sexuales? ¿Solo se tienen relaciones sexuales para reproducirse? ¿Por qué en general se invisibilizan las prácticas autoeróticas? ¿Ser mujer es igual a ser madre?

Estas son solo algunas de las preguntas con las que se podría problematizar el excesivo énfasis que suele aparecer en torno al rol de la reproducción, casi homologada a "sexualidad" en algunos casos, silenciando otras cuestiones centrales como por ejemplo la diversidad de manifestaciones posibles del ejercicio de la sexualidad y el derecho a la diversidad sexual.

Creemos que es necesario, desde el contexto de formación, propiciar el análisis de la propuesta editorial para la enseñanza de contenidos vinculados a la ESI a fin de promover interrogantes en la línea de los explicitados antes, con el propósito de que los futurxs docentes estén alertadxs sobre el riesgo que conllevan ciertas aseveraciones incluidas en los libros de textos, las que

pueden promover comprensiones tendientes a concebir las femineidades y masculinidades en relación directa con la genitalidad en versión heterosexual.

Intervenir de esta manera durante la formación, implica pensar el currículum como un dispositivo que, indicando en ocasiones y sugiriendo en otras, vehiculiza formas “adecuadas”, “normales”, “esperables y “deseables” vinculadas a la masculinidad y a la feminidad.

También resulta necesario propiciar la reflexión de lxs futurxs profesorxs en relación al conocimiento construido por ellos respecto a la legislación sobre la ESI y los lineamientos que los sistemas educativos producen a partir de las mismas, como herramienta desde lo normativo conceptual, para realizar el análisis de recursos y materiales así como la reflexión sobre la propia práctica docente y de la enseñanza.

Reflexiones finales

Teniendo en cuenta los planteos hasta aquí esbozados, hemos de considerar que la ESI no puede reducirse a una temática a abordar sino que se trata de una experiencia educativa que nos pone en relación a otrxs habilitándose un espacio de escucha y toma de la palabra en el que la condición humana no se torne clasificable, estigmatizada y/o estereotipada (DGCyE, 2011).

A su vez, resulta necesario introducir a la hora de enseñar, una perspectiva de género que apunte a la ruptura de las lógicas binarias y naturalizantes, las que han caracterizado la enseñanza y el aprendizaje de la educación sexual desde enfoques vinculados a los modelos biologicistas y prescriptivos. Esto conlleva a que tanto los futurxs docentes como quienes asumimos el rol de formadorxs, debamos “poner en cuestión” lo aprendido y fundamentalmente lo concebido respecto a la sexualidad y a la educación sexual.

Siguiendo a Lagarde (1996), se trata de promover un abordaje científico, analítico y político basado en la teoría de género y su adscripción al paradigma histórico-crítico y cultural del feminismo, posibilitando la resignificación de la historia, la sociedad, la cultura y la política considerando a las mujeres, reconociendo la diversidad de géneros como un principio esencial en la construcción de una humanidad diversa y democrática.

Retomando lo mencionado al inicio, entendemos que la enseñanza de la ESI requiere, además de conocimientos teóricos, otros de carácter procedimental y práctico; así como también tener en cuenta la caracterización acerca del

conocimiento de la materia y la importancia de las dimensiones que la componen. Consideramos que el conocimiento sustantivo del contenido remitirá a las teorías, perspectivas y legislaciones, que supone la enseñanza de la ESI, e incluirá necesariamente la perspectiva de género y el enfoque de derechos en el marco de los debates actuales. El conocimiento sintáctico requerirá el acercamiento a los modos de producción y comunicación del conocimiento en las distintas temáticas que incluye la ESI. Finalmente, cobrará relevancia el papel que juegan las creencias de lxs futurxs docentes, las que muchas veces se convierten en obstáculo a la hora de la enseñanza ya que tienden a sostener las lógicas binarias y naturalizantes antes mencionadas. Ello, aún cuando se evidencie cierto nivel de apropiación, en términos declarativos, de los aspectos sustantivos y sintácticos del conocimiento del contenido.

Por lo tanto, enseñar desde una perspectiva de género o contar con esta como herramienta para la enseñanza de la educación sexual, implica como condición, la posición de ruptura respecto de aquellas “verdades” provenientes del sistema de pensamiento heteropatriarcal así como de las pretensiones de universalización que generalmente portan las mismas. En el caso de los futurxs profesorxs en psicología, ello también supone la revisión de planteos enmarcados en teorías de la propia disciplina y fundamentalmente de la reflexión en torno a la incidencia de las propias creencias en relación a los saberes a enseñar.

Referencias bibliográficas

- Asociación Nacional de Facultades de Humanidades y Ciencias de la Educación (ANFHE) (2011). *Lineamientos básicos sobre formación docente de Profesores en la Universidad*. Recuperado de <http://www.anfhe.org.ar/archivos/lineas_trabajo/lineas_mar_del_plata.pdf>
- Cufre, A. (2018, octubre, 4 y 5). "Análisis crítico acerca de la transmisión de perspectivas heteronormativas en libros de texto del nivel secundario". En *III Jornadas de Género y Diversidad Sexual*. Facultad de Trabajo Social. UNLP.
- Gagliardi, R.; Martiñá, R. & Míguez, D. (2006). *Adolescencia y Salud*. Buenos Aires: Tinta Fresca.
- Grossman, P.; Wilson, S. & Shulman, L. (2005). "Profesores de sustancia: el conocimiento de la materia para la enseñanza". En *Profesorado. Revista de currículo y formación del profesorado* 9 (2). Publicación original: "Teachers of substance: subject matter knowledge for teaching", en M. C. Reynolds (ed.) *Knowledge Base for The Beginning Teacher*. Pergamon Press, Oxford, 1989, 23-36. Traducción de Pedro de Vicente Rodríguez.
- Lagarde, M. (1996). "La perspectiva de género". En *Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia*, pp. 13-38. España: Horas. Recuperado de <http://catedraunescohdh.unam.mx/catedra/CONACYT/08_EducDHyMediacionEscolar/Contenidos/Biblioteca/Lecturas-Complementarias/Lagarde_Genero.pdf>
- Montero, L. (2001). *La construcción del conocimiento profesional docente*. Rosario: Homo Sapiens.

Marco normativo

- Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires (2011). *Comunicación N° 4/11 Aportes para pensar la Educación Sexual Integral en el marco del Proyecto Integrado de Intervención*. Subsecretaría de Educación. Dirección de Psicología Comunitaria y Pedagogía Social.
- Ley Nacional N°26.150. *Programa Nacional de Educación Sexual Integral*. Sancionada el 4 de octubre de 2006 y promulgada el 23 de octubre de 2006.
- Ley Provincial N°14.744. *Educación Sexual Integral*. Sancionada el 4 de junio de 2015 y promulgada el 28 de agosto de 2015.
- Ministerio de Educación. Presidencia de la Nación. *Lineamientos Curriculares para la Educación Sexual Integral*. ISBN: 978-950-00-0695-8.

Acerca de las autoras

Paula Daniela Cardós es profesora y licenciada en Psicología egresada de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP). Es especialista en Docencia Universitaria (UNLP), profesora adjunta ordinaria de la cátedra Planificación Didáctica y Práctica de la Enseñanza en Psicología del Profesorado en Psicología (UNLP). Se desempeña como directora del Programa de Ingreso, Inclusión y Permanencia de la Facultad de Psicología (UNLP). A su vez, es integrante de proyectos de investigación y del programa de incentivos, además de ser autora y coautora de publicaciones en revistas nacionales e internacionales sobre temáticas vinculadas a la formación de profesores, la enseñanza de la psicología, relaciones entre formación y práctica del psicólogo en ámbitos educativos, como también sobre formación e investigación en psicología, particularmente en los aspectos éticos y metodológicos.

Andrea Cufre es profesora en Psicología egresada de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación y Licenciada en Psicología egresada de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP). Es estudiante de la Especialización en Educación en Género y Sexualidades de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación (UNLP). Se desempeña como adscripta graduada de la cátedra "Planificación Didáctica y Práctica de la Enseñanza en Psicología" de la Facultad de Psicología (UNLP). Además de ser docente de los niveles secundario y terciario.

Cuerpo: ¿Soporte de la tramitación simbólica? Avatares actuales

*Body: symbolic processing support?
Current ups and downs*

**Roxana Frison
y Carolina Longás**



cjlongas@gmail.com

*Facultad de Psicología.
Universidad Nacional de La Plata*

Resumen

El trabajo clínico, docente, en investigaciones y proyectos de extensión en las cátedras de pertenencia nos interpela y motiva a profundizar sobre problemáticas que nos conciernen. En esta ocasión la teorización acerca del cuerpo se nos presenta como crucial en el tránsito por el proceso adolescente.

Nuestro punto de partida lo constituyen interrogantes sobre la función de la representabilidad, en tanto condición de posibilidad del trabajo adolescente.

Nos abocamos a problematizar la recurrencia a lo corporal como modalidad preeminente de manifestación de malestar. Respecto a las autoagresiones, nos interrogamos acerca de su estatuto en cada caso, su polisemia, sus diferentes sentidos: ¿constituyen una respuesta subjetiva para maniobrar con el sufrimiento?, ¿subyace un Yo activo a la marca, a la lesión infligida en el cuerpo propio o más bien este se encuentra afectado por el empuje, la descarga pulsional? Las manifestaciones clínicas que comprometen lo corporal en la adolescencia, ¿se pueden pensar como búsquedas identificatorias con el grupo de pares?

A través de viñetas, nos proponemos articular la investigación teórica y la clínica. En este sentido somos convocadas a movimientos de invención y creación, que a su vez deben ser articulados y/o puestos en tensión con la metapsicología clásica y vigente.

Palabras clave: cuerpo, adolescencia, representabilidad, autoagresiones.

Abstract

The clinical and teaching work, the work in research and extension projects in the chairs to which we belong challenges and motivates us to deepen on issues that concern us. On this occasion theorization about the body is presented as crucial in the transit through the adolescent process.

Our starting point is constituted by questions about the function of representability, as a condition of possibility of adolescent work.

We focus on making an issue of the recurrence to the corporal as a preeminent modality of manifestation of discomfort. Regarding self-aggression, we ask ourselves about its status in each case, its polysemy, its different senses: do they constitute a subjective response in order to maneuver with suffering? Does an active Me underlie the brand, the injury inflicted on the own body, or rather is it affected by the thrust, the impulse discharge? The clinical manifestations that engage the corporal in the adolescence, can be thought of as identification searches with the peer group?

Through vignettes, we propose to articulate theoretical and clinical research. In this sense, we are summoned to invention and creation movements, which in turn must be articulated and/or confronted with the classical and current meta-psychology.

Keywords: body, adolescent, representability, self-agressions.

Cuerpo: ¿soporte de la tramitación simbólica? Avatares actuales

[...] Errancias por terrenos sin delimitar, que en su mismo recorrido inscriben bordes [...] Descuidos y violencias en que el cuerpo se ofrece a ser marcado por autoagresiones o expuesto a agresiones provenientes del exterior. Escenarios sombríos, nocturnos, donde circulan consumos diversos, excesos que muestran los costados más vulnerables de un Yo-cuerpo en construcción [...] Aun así, y con las angustias no siempre registradas como tales, con sufrimientos silenciosos, depresiones inmotivadas que conlleva el tránsito por esos bordes, con faltas de elaboración.

Adrián Grassi & Néstor Córdoba (2018)

Introducción

El trabajo clínico, docente, en investigaciones y proyectos de extensión en las cátedras de pertenencia: Psicología Evolutiva II y Psicología Clínica de Niños y Adolescentes de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP), nos interpela y motiva a profundizar sobre problemáticas que nos conciernen. En esta ocasión la teorización acerca del cuerpo se nos presenta como crucial en el tránsito por el proceso adolescente.

Nuestro punto de partida lo constituyen interrogantes sobre la función de la representabilidad, en tanto condición de posibilidad del trabajo adolescente. Exploramos acerca de las vicisitudes, matices, dificultades que suscita el padecimiento, su tramitación, los modos que encuentran los adolescentes y priman en esta época. Cada momento histórico-social supone cierto malestar, pero en el mundo actual la globalización delimita posibles, novedades que tornan necesaria la revisión de los efectos que produce sobre la subjetividad y los cuerpos. Hacemos hincapié en la adolescencia y las problemáticas que nos interrogan, que implican privilegiadamente al cuerpo, lugar donde se experimenta tanto el placer como el sufrimiento.

Nos abocamos a problematizar la recurrencia a lo corporal como modalidad preeminente de manifestación de malestar. Los tatuajes, los cortes sobre la superficie corporal, los trastornos de la alimentación, visibilizan diversos sentidos y complejidades.

Nuestra investigación nos conduce a un rastreo por obras de autores clásicos tales como Freud (1989,1993), Winnicott (1991), Aulagnier (1976,1995), cuyos aportes son retomados desde conceptualizaciones contemporáneas. A través de viñetas, nos proponemos articular la investigación teórica y la clínica. En este sentido somos convocadas a movimientos de invención y creación, que a su vez deben ser articulados y/o puestos en tensión con la metapsicología clásica y vigente.

El cuerpo

La conceptualización sobre el cuerpo, en su diferenciación con el organismo biológico, implica que el Yo, en tanto instancia del aparato psíquico, construya una representación de lo vivido, experimentado e intercambiado con los otros significativos desde los comienzos de la vida. Tal como fuera trabajada por Dolto (1986), se trata de la construcción de la imagen inconsciente del cuerpo que será transformada en los diferentes momentos del devenir,

como en la metamorfosis de la pubertad, los encuentros corporales con el otro par, la pareja y en la vejez (Delucca & Petriz, 1997).

El tiempo de la pubertad-adolescencia requiere de un trabajo en relación con la pulsión: la genitalización del cuerpo púber constituye la novedad que confronta al sujeto con un trabajo psíquico, el que supone la apropiación subjetiva de la transformación del cuerpo en tanto esquema corporal (Dolto, 1986). Freud en el texto "Pulsiones y destinos de pulsión" (1915) define a la pulsión:

[...] como un concepto fronterizo entre lo anímico y lo somático, como un representante (*Repräsentant*) psíquico de los estímulos que provienen del interior del cuerpo y alcanzan el alma, como una medida de la exigencia de trabajo que es impuesta a lo anímico a consecuencia de su trabazón con lo corporal (Freud, 1915:117).

En la pubertad se impone una nueva lógica en cuanto al placer, la diferenciación entre placer previo y placer final, así como la subordinación de las pulsiones parciales al primado genital.

El cuerpo vehiculiza disfrute, experiencias y dolor. También es producto de los discursos sociales. Tal como plantea Sternbach (2008), el ideal actual reconoce y pondera un cuerpo estilizado, cuya delgadez transita los bordes de la anulación de las diferencias sexuales, generacionales y los caracteres particulares. La distancia entre el real y el ideal conlleva sufrimiento y el monto del mismo puede desencadenar ataques al propio cuerpo.

La autora Rother Hornstein (2008) plantea que en la clínica actual los cuerpos toman la delantera, en referencia tanto a la investidura de la que son soporte como al detrimento de la investidura del pensamiento y de la representación. El exceso de atención puesto en los cuerpos, y en especial en su aspecto estético, equivale al ejercicio de una violencia secundaria sobre ellos, dado que las exigencias a las que son sometidos desconocen sus singularidades.

Respecto a las autoagresiones, nos interrogamos acerca de su estatuto en cada caso, su polisemia, sus diferentes sentidos: ¿constituyen una respuesta subjetiva para maniobrar con el sufrimiento?, ¿subyace un Yo activo a la marca, a la lesión infligida en el cuerpo propio o más bien este se encuentra afectado por el empuje, la descarga pulsional? Las manifestaciones clínicas que comprometen lo corporal en la adolescencia, ¿se pueden pensar como búsquedas identificatorias con el grupo de pares?

Las presentaciones clínicas en la actualidad, convocan a la revisión, reformulación de las propuestas teóricas de los autores clásicos. Winnicott (1991) establece la dificultad de diferenciar las manifestaciones del proceso adolescente de la emergencia de la psicopatología, cuestión que retoma Sternbach cuando se pregunta: “¿Cuál es la frontera entre el campo de la psicopatología y las actuales y seguramente inéditas modalidades de producción de subjetividad?” (2008: 54).

En este sentido, Grassi y Córdova (2018) proponen algunos indicadores clínicos:

Si hay proceso congelado, fijado, repetición de mecanismos de defensa, uso reiterado y exclusivo de sus modos de enfrentar los conflictos, si hay progresiva pérdida de las capacidades lúdicas [...] y creativas, si el impulso, el deseo y el placer por crecer están muy deteriorados, si el sufrimiento en distintos grados gana las escenas adolescentes, si hay detenimiento y amenaza de agotamiento de los recursos propios, diremos que hay anuncios de patología en puerta (Grassi & Córdova, 2018: 43).

En producciones anteriores hemos trabajado los efectos de la realidad virtual en la construcción de la subjetividad (Frison & Longás, 2018; Frison, 2017; Frison & Gaudio, 2007). Desde la coordenada temporal se impone la inmediatez que obstaculiza, al ubicarse en una dirección contraria, los procesos que requieren la tramitación, la elaboración psíquica. El acto, en consecuencia, puede hacerse presente. Actuación que con suma frecuencia en la adolescencia se despliega sobre el cuerpo propio. En consecuencia, el cuerpo puede convertirse en un espacio de escritura, exponiendo el desborde de la capacidad psíquica en términos de representabilidad.

El privilegio otorgado a las pantallas en la cotidianeidad y elecciones de los niños/as y adolescentes contemporáneos/as, favorece un particular recorrido del espacio caracterizado por la bidimensionalidad por un lado y la fluidez, como efecto de la lógica conectiva que suponen las redes. Al respecto, Balaguer Prestes (2016) en su abordaje sobre la instalación de las coordenadas de espacio y tiempo en la actualidad, de la construcción del cuerpo y subrayando los efectos de la tecnología y las nuevas demandas que la realidad virtual supone, plantea que:

Pareciera que deben ser atravesados por *piercings* para existir, ser tatuados para delimitar superficies o apelar a los deportes extremos para volver a sentir esos bordes perdidos. Muchas veces son cuer-

pos que deben enfermar o alcanzar límites musculares extremos que los tornen fuertes, tonificados, sólidos, existentes, materiales [...] Esa licuidificación de los cuerpos se da en un entorno de redes omnipresentes, redes que conectan ese cuerpo con los otros formando continuidades existenciales (Balaguer Prestes, 2016: 85).

Polisemia de las marcas en el cuerpo

El término *polisemia*¹, como hemos expresado, alude a diferentes niveles de complejidad y de uso del cuerpo como escenario de tramitación. Cortes en el cuerpo como anestesia frente al dolor o para hacer un trazo de una vivencia traumática. Marcas como referencia identificatoria o como modo de tratamiento de la diferenciación.

Desde cierta perspectiva analítica, las lesiones autoinfligidas constituyen una forma de evacuar un exceso que desborda la capacidad simbólica. "Aparece un exceso de excitación intramitable desde lo reflexivo que se fuga a través del cuerpo en la acción de cortarse; acción que podrá tener un sentido *a posteriori* en el trabajo de resignificación a realizar con el analista" (Ale *et al.*, 2017: 342). En ocasiones se trata de provocar, a los fines de registrar, un sentir.

Por su parte, Le Breton (2018), pone en consideración las posibilidades que el cuerpo, a través de un marcaje, ofrece como modo de tramitación ante un sufrimiento y/ o dolor mayor.

[...] en situaciones de gran sufrimiento, el cuerpo deviene como un último recurso para no desaparecer [...] El enfrentamiento con los límites que aquí nos interesa en ningún caso es la voluntad disimulada de perecer, por lo contrario, es una voluntad de mantenerse vivo, de despojarse de la muerte que se pega en la piel para salvar su piel (Le Breton, 2018: 15).

Este autor plantea las autolesiones voluntarias como prácticas, rituales privados que comportan el propósito de controlar un padecimiento existencial, un modo de luchar contra el malestar, una forma de regular las tensiones. El sujeto hace, su intención no es borrarse del lazo social sino justamente depurar un sufrimiento.

En su investigación sobre las autolesiones, Caffese (2017) ha realizado sus aportes sobre el tema. Señala que estas pueden provocarse a los fines de no caer en el trauma; en tanto la marca, la lesión y el dolor corporal evitan o

disminuyen el dolor psíquico. Hace referencia de este modo a la significación que cobran las lesiones autoinfligidas:

De acuerdo a lo expuesto por Freud en las llamadas neurosis de guerra, la herida física previene la formación ulterior de neurosis o el desarrollo de psicopatologías graves. Propongo pensar que la función de las autolesiones es justamente la equivalente a las heridas de guerra, un modo de anclar el sufrimiento, de inscribirlo por aquello que en la adolescencia les deviene traumático, que en algunos casos será la sexualidad o la diferencia, la alteridad y en otros serán las pérdidas [...] Recurren a la autolesión por la carencia de vías de asociación que les permitan otorgar sentido simbólico a las vivencias y drenar tanto dolor (Caffese, 2017: 362).

En la autolesión no hay metáfora, el dolor se escurre. Nuestra investigación clínica nos pone a pensar y a su vez retomar la conceptualización clásica acerca de las intervenciones a realizar en el trayecto terapéutico.

Del sufrimiento corporal a la posibilidad de representación

Gonzalo, de 16 años de edad, se ha tatuado un brazo y una pierna, se ha hecho perforaciones tanto en los lóbulos de las orejas como en los laterales de las fosas nasales, agujeros en los que inserta discretos aros que cambia con cierta frecuencia. Tiene un sobrepeso considerado obesidad.

En cuanto al modo en que se vincula con su cuerpo, dice lo siguiente: “Yo me descargo la bronca, me gusta hacerme algo a mí, cortarme. Para que me duela me tiro alcohol. Me corté la rodilla con un bisturí, con una aguja me marqué los brazos, me gusta sentir dolor, me marco todo” (Gonzalo. Registro propio: s/f).

Forma parte del trabajo que conlleva el encuentro analítico, enlazar estas puestas en acto a pérdidas reales de otros significativos. Gonzalo enuncia al respecto: “No sé qué me pasa, estoy como perdido. No sé qué hacer, no tengo ganas de hacer nada, no tengo ganas de ir a ningún lado. Se le murió el padre a un compañero, me puse a pensar si me pasa a mí. No sé nada, estoy re perdido”. “No sé qué me pasa, se murió mi prima, no podía llorar. La semana pasada se murió mi tío y no lo podía llorar tampoco. Y no sé por qué, todavía no lo creo. Sé que mi prima está muerta pero es como que no lo entendiera, no lo entiendo (...) mi tío se murió también, me quería morir, no entendía nada. Yo me quedé helado y no lo podía creer, no sabía qué decir, qué hacer, me dieron chuchos de frío” (Gonzalo. Registro propio: s/f).

Perplejidad, dolor físico, confusión y ausencias. La realidad compartida le impone pruebas frente a las cuales responde con una corporización del conflicto: inversión-desinversión, relacionándose con su cuerpo en tanto objeto que invierte a través de marcas y cortes, infligiéndose dolor.

Manuela, de 13 años de edad, accede a entrevistas psicológicas por sintomatología articulada a cortes superficiales y dificultades en la alimentación. Los cortes fueron enlazándose con vivencias de dolor que la sorprendían. En los primeros encuentros surgía cierto rechazo por las manifestaciones afectivas, aunque entre dientes hablaba de algunas cosas que le gustaban y las que no. En transferencia sus exploraciones de lo extrafamiliar en ocasiones aparecían en forma de *actings* que le permitían empezar a decir sus cosas guardadas y manifestar algo del orden del afecto.

A través de estas vueltas en el cuerpo, como sede y escenario, Manuela construye y revisa sus referencias identificatorias, trabajo que va de la mano de una diferenciación de las instancias parentales. De este modo, a través de un tatuaje transgrede la indicación respecto al tamaño acordado. Luego sobreviene la culpa por no cumplir con lo pautado con sus padres. Y a partir de este trabajo de escritura se significan experiencias dolorosas que otrora fueron tramitadas vía cuerpo, a través de dificultades en la alimentación. Así surgen sentidos que conectan la comida con las pérdidas y los cortes con situaciones de angustia.

Algunas consideraciones finales

Las autolesiones en la adolescencia suponen una comunicación no verbal cuyo texto requiere desciframiento, la puesta en pensamiento y en palabras de las múltiples significaciones que entran en juego. El abanico de significados posibles de las actuaciones sobre el cuerpo, nos conduce a plantear la problemática con la expresión polisemia de sentidos: intentos de elaboración psíquica de los duelos propios de la adolescencia, fallas en la estructuración del aparato psíquico. Considerarlas en relación con conflictos transgeneracionales, con la inestabilidad de la pertenencia, la apatía, el aburrimiento. La mera descarga pulsional, la búsqueda de sensaciones, de límite. Las marcas pueden significar también ritos de pasaje, juegos exploratorios, pueden tornarse representativas de una identificación, tomando un carácter grupal que a la vez que homogeniza, hace lazo. Las marcas pueden también estar vinculadas al trauma: cuando el sujeto se ve enfrentado con un exceso en lo real, la lesión puede operar como una defensa frente al dolor psíquico.

Subrayamos la importancia de reparar en la complejidad dada por la confluencia de la realidad psíquica y los modelos identificatorios propios de cada tiempo en el abordaje de las diversas problemáticas contemporáneas.

Entonces, es menester realizar aproximaciones respecto del estatuto que tienen las marcas que se producen los adolescentes en sus cuerpos y con las que nos confronta la clínica, en función de la organización psíquica, de las posibilidades de tramitación y anudamiento simbólico en cada caso singular.

La aproximación a diagnósticos en términos de analizabilidad (Bleichmar, 2000) se torna indispensable en la clínica actual, práctica convocada a intervenciones simbolizantes que apuesten a un efecto de neogénesis, de transformación del funcionamiento y organización del psiquismo. “La tarea de anudar las palabras al cuerpo bien pueda resumir mucho de lo que la época exige a la clínica actual” (Zabalza, 2018: 24). Si las marcas autoinfligidas se incluyen en un tiempo y en una historia, se convierten en un acontecimiento singular que se enlaza a otras experiencias particulares en un suceder de ese cuerpo y esa psique. La lectura teórico-clínica de las problemáticas adolescentes se construye en un devenir que, como tal, va modificándose. Esta consideración subraya el valor de la creación en el proceso analítico en un espacio de encuentro entre un sujeto que padece y un analista resuelto a construir y crear junto con él. Compartimos el sentido que Aulagnier (1976) otorga al término *creación*.

[...] creación, por último, de un objeto psíquico que no es otra cosa que esa historia pensada y hablada que se establece sesión tras sesión. Actividad creadora que enseña a uno y confirma al otro que toda palabra exige la presencia de una voz y de una escucha, y que es preciso aceptar esa parte de dependencia recíproca propia de toda relación humana. A lo cual se agrega lo siguiente: nada puede ser creado sin que sea investida la suma de trabajo que esto exige, mientras que es preciso reconocer que lo propio de toda creación es encontrar un “destino” que el autor nunca podrá decidir a priori (pp.141, 142).

Notas

¹ Tal como la conceptualiza M. Viñar en relación a “*eludir el lenguaje monosémico y binario de la medicina y asomarme a los matices y la polisemia de la lengua freudiana*”. Experiencias psicoanalíticas en la actualidad sociocultural, (Viñar, 2018: 83).

Referencias bibliográficas

- Ale, M. y otros (2017). "Del corte a la metáfora: conductas autolesivas en adolescentes". En Morici, S. y Donzino, G. (Comps.) *Problemáticas adolescentes*. Buenos Aires: Noveduc, pp. 337-351
- Aulagnier, P. (1976). "Capítulo VIII: El derecho al secreto. Condición para poder pensar". En *El sentido perdido*. Buenos Aires: Trieb, pp. 135-150.
- Aulagnier, P. (1995). "Toxicomanía y adolescencia". *Cuaderno de Psicología clínica de niños y adolescentes* (publicación de cátedra), La Plata: Universidad Nacional de La Plata, pp. 9-24.
- Balaguer Prestes, R. (2016). *La práctica psicoanalítica en el universo digital*. Buenos Aires: Noveduc.
- Bleichmar, S. (2000). "El diagnóstico en psicoanálisis: el sufrimiento psíquico y sus determinaciones". *Revista Generaciones* 1 (1). Buenos Aires: Eudeba, pp. 141-158.
- Caffese, V. (2017). "Autolesiones en adolescentes. Nuevos aportes". En Morici, S. y Donzino, G. (Comps.) *Problemáticas adolescentes*. Buenos Aires: Noveduc, pp. 353-370.
- Delucca, N. & Petriz, G. (1997). "Cuerpo y Devenir: Recorrido de su significación". En Barrionuevo, J.J. (Comp.) *Acto y cuerpo*. Buenos Aires: JVE Psique, pp. 89-102
- Dolto, F. (1986). *La imagen inconsciente del cuerpo*. Buenos Aires: Paidós.
- Freud, S. ([1905] 1989). "Tres ensayos de teoría sexual". En *Obras completas* Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. ([1915] 1993). "Pulsiones y destinos de pulsión". En *Obras completas* Buenos Aires: Amorrortu.
- Frison, R. (2017). "La adolescencia y el padecer en el cuerpo. Trastornos de la conducta alimentaria". *Revista de Psicología* 16, pp. 50-65. Recuperado de <https://doi.org/10.24215/2422572Xe005>.
- Frison, R. & Gaudio, R. (2007). "Psique y Cuerpo en los tiempos de la Globalización". *Revista Question* 1 (13). Recuperado de <<http://www.perio.unlp.edu.ar/question>>.

- Frison, R. & Longás, C. (2018). "Adolescencias. De amores y violencias en estos tiempos". *Anuario Temas en Psicología* 4, La Plata: Facultad de Psicología. Universidad Nacional de La Plata, pp. 145-162.
- Grassi, A. & Córdova, N. (2018). *Territorios adolescentes y entretiempos de la sexuación*. Buenos Aires: Entre Ideas.
- Janin, B. & Kahansky, E. (Comps.) (2011). *Marcas en el cuerpo de niños y adolescentes*. Buenos Aires: Noveduc.
- Le Breton, D. (2018). "La piel y la marca. Acerca de las autolesiones". *Topía* XXVIII (84), pp. 15-17.
- Punta Rodolfo, M. (2008). "Dietantes y anoréxicas: una delimitación necesaria". En Rother Hornstein, M. (Comp.) *Adolescencias: Trayectorias turbulentas*, Buenos Aires: Paidós, pp. 197-210.
- Rother Hornstein, M. (2008). "Entre desencantos, apremios e ilusiones: barajar y dar de nuevo". En *Adolescencias: Trayectorias turbulentas*. Buenos Aires: Paidós, pp. 117-135.
- Sternbach, S. (2008). "Adolescencias, tiempo y cuerpo en la cultura actual". En Rother Hornstein, M. (Comp.) *Adolescencias: Trayectorias turbulentas*, pp. 51-79. Buenos Aires: Paidós.
- Viñar, M. (2018). *Experiencias psicoanalíticas en la actualidad sociocultural*. Buenos Aires: Noveduc.
- Winnicott, D. ([1964] 1991). "Deducciones extraídas de una entrevista psicoterapéutica con una adolescente". En *Exploraciones psicoanalíticas* II, pp. 51-67. Buenos Aires. Barcelona. México: Paidós.
- Zabalza, S. (2018). *El cuerpo impactado. Noticias del prójimo en el despertar adolescente*. Buenos Aires: Letra Viva.

Acerca de las autoras

Roxana Frison es licenciada y profesora en Psicología de la UNLP. Se desempeña como jefa de trabajos prácticos de la cátedra Psicología Clínica de Niños y Adolescentes de la Facultad de Psicología UNLP. Es asimismo investigadora categorizada de la UNLP, coordinadora y supervisora del Centro de Extensión Universitaria N° 7 Villa Elvira de la UNLP y participa del proyecto de extensión “Consultorios de atención psicológica de niños/as, adolescentes y adultos de la Facultad de Psicología en los centros comunitarios de Extensión Universitaria de la Universidad Nacional de La Plata en el Gran La Plata”.

Carolina Longás es licenciada y profesora de Psicología, egresada de la Universidad Nacional de La Plata, docente de la cátedra Psicología Evolutiva II de la Facultad de Psicología de la UNLP. Además, como investigadora categorizada de la UNLP, integra investigaciones en temáticas relacionadas con la familia y la pareja, el proceso adolescente y el envejecimiento en La Plata y Gran La Plata. Anteriormente se desempeñó como coordinadora en actividades de extensión y en el proyecto: “Consultorios Psicológicos de Atención Interdisciplinaria” en barrios de La Plata y Gran La Plata. Por otra parte, es autora y coautora de producciones escritas atinentes a dichas temáticas, publicadas y presentadas en congresos y en revistas científicas. Ejerce también la actividad profesional en psicoterapia psicoanalítica individual y vincular. Trabajó además como ex Residente y ex Jefa de Residentes en el Hospital Interzonal General de Agudos General San Martín de La Plata, Provincia de Buenos Aires y como ex Consultora para la Dirección de Modalidad de Psicología Comunitaria y Pedagogía Social dependiente de la Dirección General de Cultura y Educación, Subsecretaría de Educación de la Provincia de Buenos Aires.

Una apuesta al lazo en la clínica con la psicosis

A bet to the tie in the clinic with the psychosis

**Antonela Garbet,
Laura Lago
y Néstor Eduardo Suárez**



antonelagarbet@gmail.com

*Facultad de Psicología,
Universidad Nacional de La Plata*

Resumen

En este escrito presentamos parte del trabajo realizado bajo el proyecto de extensión “El arte y la comunicación como lazo social”¹. La oferta tiene como punto de partida, el reconocimiento de los efectos que a nivel subjetivo produce el desencadenamiento psicótico y el tránsito posterior de la internación en una institución hospitalaria.

Podemos afirmar, siguiendo la lectura que el psicoanálisis lacaniano permite, que al momento del desencadenamiento el sujeto permanece en suspenso. Es un tiempo crucial, en el cual los fenómenos elementales dirigen la conducta y los afectos. A causa de esto se corta por completo el lazo con el otro, con sus vínculos e incluso con el mundo. Por su parte, las internaciones conllevan una carga social estigmatizadora que suele limitar y obstaculizar la vida del sujeto, como así también puede producir efectos de “cronificación” y arrasamiento subjetivo que condicionan su inserción social.

El proyecto apuesta específicamente a la construcción del lazo social a partir de un montaje clínico-artístico; la dialéctica entre lo clínico y lo artístico supone el mantenimiento del lugar de cada uno de ellos cuya articulación e imbricación forma una red a partir de la cual se leen los efectos en el tratamiento del padecimiento del sujeto. Es decir, se propicia una escena en la cual el sujeto

puede insertarse y se tiene en cuenta el modo singular en que ello puede producirse, se considera que una de estas variables no puede darse sin la otra. Nuestro trabajo consistirá en ubicar el uso que cada sujeto puede hacer del espacio de taller, en tanto modo de arreglo de su malestar, eje fundamental para la externación y el sostenimiento del sujeto en la comunidad. Consideramos este tipo de práctica como una oferta alternativa al modelo asilar, al que se cuestiona por sus consecuencias cosificantes a nivel de la subjetividad.

Palabras clave: extensión, lazo social, psicoanálisis, arte.

Abstract

In this paper we present part of the work done under the Extension Project "El arte y la comunicación como lazo social" ["Art and communication as a social bond"]. The offer has as its starting point the recognition of the effects that at a subjective level produces the psychotic outbreak and the subsequent transit of the admission in a hospital.

We can affirm, following the reading that Lacanian psychoanalysis allows, that at the time of the outbreak the individual remains in suspense. It is a crucial time, in which elemental phenomena direct behavior and affections. Because of this, the bond with the other, with its links and even with the world, is completely cut off. On the other hand, hospitalizations carry a stigmatizing social burden that usually limits and hinders individual's life, as well as it can produce effects of chronification and subjective devastation that condition their social insertion.

The project is specifically committed to the construction of the social bond based on a clinical-artistic montage; the dialectics between the clinical and the artistic supposes the continuation of the place of each one of them whose articulation and imbrication form a network from which the effects in the individual's treatment of the suffering are read. That is, it is propitiated a scene in which the individual can be inserted and in which the singular way how this can occur is taken into account; it is considered that one of these variables cannot occur without the other. Our work will consist in locating the use that each subject can make of the workshop space, as a way to fix their discomfort, fundamental axis for leaving the hospital and the support and continuation of the individual in the community. We consider this type of practice as an alternative offer to the asylum model, which is questioned by its reifying consequences at the level of subjectivity.

Keywords: extension, social link, psychoanalysis, art.

Introducción

Para comenzar, remarcamos que el proyecto de extensión mencionado tiene como antecedente el trabajo realizado bajo el Cisne del arte². Este último funciona desde 2006 en un Centro de Salud Mental Comunitario perteneciente al Servicio de Externación del Hospital Dr. Alejandro Korn; está destinado a personas externadas e internadas en vías de externación.

En función de los efectos obtenidos bajo el mencionado dispositivo, y en conjunto con algunos de los integrantes del centro comunitario y de docentes pertenecientes a la Facultad de Psicología, fue pensado y elaborado el presente proyecto de extensión. El acento que promueve dicha elaboración, está dado en la formalización del trabajo y en la formación del equipo extensionista, permitiendo esto último un desarrollo profesional acorde a las nuevos desafíos de la salud mental, tal como plantea la Ley Nacional de Salud Mental 26.657.

La intención que promueve el armado del proyecto pone su énfasis en el significativo "extensión"; se trata entonces de la promoción del acceso a la cultura y la transferencia de conocimiento entre distintos sectores de la comunidad y las instituciones implicadas. Nuestro trabajo de transferencia no implica el dictado de clases en términos de enseñante y enseñado sino un encuentro entre sujetos. En este sentido el proyecto se aviene a la línea planteada desde la Secretaría de Extensión de la Universidad Nacional de La Plata.

En este marco, la transmisión del saber no se realiza de forma jerárquica, el horizonte del espacio del taller no es la obtención de conocimiento formal sino que cada sujeto pueda adquirir un cierto saber, una pragmática, que le permita la construcción de un lugar posible desde el cual sostenerse en el mundo. Esto se refleja en las dinámicas de enseñanza-aprendizaje orientadas por concepciones de la pedagogía alternativa y del psicoanálisis lacaniano.

La primera tiene como fundamento el reconocimiento y respeto por el saber de cada participante y la apuesta por la apropiación singular de los conocimientos que se ponen en juego, en pos de una transformación crítica de la realidad que se habita.

La segunda perspectiva, la analítica, ubica "el educar" como un imposible, junto con "el gobernar" y "el psicoanalizar"; la transmisión que podrá realizarse en el encuentro del taller tendrá en cuenta lo que resulta sintomático para cada uno, ese imposible de eliminar pero no de alojar.

Metodología y resultados

A nivel metodológico podemos ubicar dos vertientes: por un lado la que se pone en juego en el espacio del taller, y por otro, la que funciona en las reuniones del equipo extensionista. Ambas comparten la transmisión de saber tal como ha sido explicitado anteriormente. La producción de objetos artísticos circula en espacios heterogéneos como centros culturales, ámbitos académicos, entre otros; dándole la posibilidad a sus autores de ser reconocidos a través de esa obra que los nombra, que tiene un valor de cambio y que genera lazo con el cuerpo social.

Algunos de los talleres propuestos son:

- Taller de fotografía estenopeica.
- Taller literario en articulación con la carrera de Letras de la Facultad de Humanidades, en el marco de otro proyecto de extensión.
- Emisión del programa radial “Razonamiento Desencadenado”. Sale al aire por Radio Estación Sur FM 91.7, radio comunitaria de la ciudad de La Plata, los días lunes de 13 a 14 hs., semana por medio (Lleva seis temporadas al aire).
- El documental “Los Fuegos Internos”. Es un proyecto desarrollado desde el 2012, escrito y protagonizado por usuarios del dispositivo. Su realización fue posible por el financiamiento del Fondo Nacional de las Artes y el Instituto Nacional de Cine y Artes Audiovisuales (INCAA). Actualmente se encuentra en la etapa de elaboración de copia final.

Las teorías que permiten leer la práctica

La referencia teórica que sostiene y dirige las actividades, está basada en la dialéctica que ponemos a jugar entre el arte y el psicoanálisis.

El concepto de “dialéctica” es trabajado por Jacques Lacan (1951) para definir la transferencia al inicio de su enseñanza; la transferencia es entendida allí como intersubjetiva, sin embargo, Lacan determina la importancia de distinguir lugares diferentes, particulares, tanto para el psicoanalista como para el psicoanalizado en lo que respecta al establecimiento y sostenimiento de la transferencia; así, no establece una diferenciación en términos de conocimiento sino de posición a ocupar. No se pierde la especificidad de cada disciplina, lo interesante para nosotros, es el diálogo que puede establecerse entre quienes ocupan lugares y funciones distintas.

Ahora bien, el arte es tomado desde la perspectiva de la “estética relacional”, un concepto que trabaja el historiador y crítico de arte contemporáneo Nicolás Bourriaud (2008); esta mirada va más allá de las concepciones tradicionales de una obra, incluyendo el mundo relacional, tanto a nivel de la producción como así también de la presentación de la misma. La estética relacional permite distinguir un vacío latente, un vacío a producir, en todo hecho artístico, a fin de que el sujeto pueda advenir allí, teniendo un papel en el armado del objeto de arte. O como propone otro historiador de la cultura y psicoanalista, Wajcman (2001), la triada de obra, artista y espectador, surge a causa de un encuentro, “(...) son en suma tres funciones anudadas cada una a las otras dos y donde no puede quitarse ninguna de las tres sin que las otras dos también se separen” (Wajcman, 2001).

Desde sus comienzos, el arte ha sido una vía para tramitar el malestar en la cultura, representando un intersticio social; el malestar no se reduce a una forma de presentación unívoca; el sufrimiento y la producción de síntomas son inherentes a los distintos momentos históricos y culturales; entonces pensamos al arte como una herramienta frente al malestar. La época actual se caracteriza por un empuje a gozar, se asiste a una producción metonímica de objetos de consumo, que rápidamente pierden su valor. El sujeto ideal de la sociedad actual, tal como plantea Bourriaud, queda reducido a su condición de mero consumidor de tiempo y espacio al que se le propone como rata de laboratorio siempre el mismo recorrido. En esa oferta, el lazo social puede cosificarse, estandarizarse, quedando reducido a una mercancía.

En reverso al discurso del mercado, el psicoanálisis sostiene una concepción del objeto en términos de un vacío. Siguiendo la enseñanza de Lacan (1964) puede ubicarse la definición del objeto en términos de la presencia de un hueco. Solo podemos conocer este objeto en la forma del “objeto perdido a”, este no se presenta como un objeto específico, como podría ser el alimento (en el caso del *infans*) en tanto no hay alimento que satisfaga la pulsión, a no ser contorneando el objeto eternamente faltante.

La constitución del sujeto, perteneciente al mundo de la cultura y el lenguaje, es correlativa al establecimiento de este vacío. El sujeto hablante, al estar incluido en el mundo simbólico, ha perdido el instinto para orientarse en relación al lazo posible con el otro, como así también el modo en que pudiera relacionarse con su propio cuerpo; en su lugar se ponen en juego funciones más complicadas como el deseo, el goce, el amor. El modo en que estas funciones se combinan, es efecto de la invención subjetiva individual; esta

operatoria implica un resto sintomático desde el cual el sujeto se emparenta con el otro, es decir, desde el cual podría armar un lazo. La demostración de que el ser hablante tiene como pareja a su síntoma, constituye la premisa preliminar a cualquier acercamiento al psiquismo.

Sobre el lazo social

Lacan retoma el lazo social de la lectura de los textos freudianos, en "Psicología de las masas y análisis del yo" (1921), Freud se pregunta cómo la condición humana hace lazo con otros. Menciona modos de hacer lazo en masa tales como la sugestión, la identificación; más adelante introduce también la transferencia.

Lacan (1969-1970) define el lazo en relación al discurso; plantea que el discurso tiene función de lazo, identifica cuatro modalidades discursivas: el discurso del amo, el discurso de la universidad, el discurso de la histérica, el discurso del analista.

Al contrario de lo que puede pensarse, la noción de lazo social no es equivalente a la idea de sociedad. El punto de partida de todo nudo social se constituye a partir de la no existencia de la relación sexual, quiere decir que el lazo social es una resultante de la no relación sexual, es lo producido allí donde estructuralmente hay un "no hay".

Teniendo en cuenta que, en el caso de la psicosis, el sujeto queda dentro del lenguaje pero fuera de discurso, el establecimiento del lazo social, tal como fue planteado, hallaría dificultades. En términos generales podemos decir que la relación que el sujeto psicótico mantiene con el lenguaje es más real, menos metafórica, dando la impresión de que habla al pie de la letra.

Sin embargo, es necesario hacer aquí una nueva distinción entre socialización y entrada en el lazo social; a modo de hipótesis sostenemos una diferencia entre discurso y lazo social, ya que no cualquier discurso hace lazo; poseemos cuatro lazos sociales y seis discursos si añadimos el discurso de la ciencia y el discurso del capitalismo. En este sentido podemos afirmar que se puede estar prendido en el discurso sin estarlo, sin embargo, en un lazo social.

Al final de su enseñanza Lacan introduce el concepto de "lalengua", distinguiéndola del campo del lenguaje; lalengua capta el fenómeno lingüístico en el nivel donde nadie comprende a nadie, la investidura libidinal de lalengua es propia de cada uno, está hecha de equívocos, malentendidos, homofonías, sentidos gozados.

La psicosis revela una relación particular con la lengua, se encuentra más conectado, los fenómenos en la psicosis son leídos fuera de la cadena significante; siguiendo esta línea, podemos plantear que el sujeto tiene un “saber hacer” con la lengua pero no sobre ella, justamente nuestro trabajo apuesta a tener ese saber que implica al Otro, y que puede leerse como un principio de lazo. Al momento de hablar de su inserción en un lazo, hay que considerar lo más propio, aquello en lo que el sujeto cree, su lengua (esta constituye la materialidad del síntoma). En este sentido, nos preguntamos si el arte tal vez pueda ser considerado uno de los discursos no establecidos donde ese saber hacer encuentre una posibilidad de lazo.

Desde esta perspectiva, el espacio de taller, con el encuentro posterior entre los integrantes del proyecto, junto con el espacio terapéutico, puede funcionar como un montaje sobre el mundo, un espacio donde el lazo sea posible. Siguiendo la enseñanza de Lacan, puede ubicarse cómo el fantasma se constituye como un montaje gramatical, donde se ordena el destino de la pulsión siguiendo distintas alteraciones, de modo que no hay otra forma de hacer funcionar al sujeto en relación al mundo que haciéndolo pasar por esta estructura gramatical.

Brodsky (2014) relaciona la idea de montaje con “la instalación” de arte contemporáneo; se denomina instalación a una obra montada en una sala en la que se disponen elementos plásticos, mecánicos o técnicos, algunos pueden tener dispositivos mecánicos o efectos visuales logrados con proyectores, y a medida que se circula por la sala la obra cambia. Entonces la instalación artística, el montaje, se conforma a partir de elementos que se transforman a medida que uno se conecta con el otro.

Nuestra apuesta, entonces, es producir un montaje que permita el tratamiento de aquello que, en el sujeto, puede presentarse como perturbador e intrusivo; el armado de un montaje comporta lo que particularmente cada sujeto teje en su singularidad, teje con lo que le pasa, con la radicalidad de su síntoma, en el encuentro con los otros. Se propone la inclusión del sujeto en la estructura simbólica, propiciando el ingreso al campo de la palabra sostenida en el quehacer artístico, a fin de establecer un lazo.

El trabajo no se reduce al espacio del taller, ni al espacio terapéutico sino al juego que sostenemos entre ambos. Esta práctica entre varios constituye un *bricolaje* que vehiculiza el enlace con otros en una transferencia pluralizada. Profesionales y estudiantes de distintas disciplinas y saberes, permiten el despliegue de distintas miradas y procesos creativos, así como diversas herramientas para la planificación de actividades y la lectura de sus efectos.

Para finalizar podemos pensar, siguiendo a Miller (1999), en dos vías posibles de trabajo en la clínica con la psicosis. Por un lado, la clínica de la sustitución, en la que por medio del deliro el sujeto hace lazo y le da una existencia al Otro. El tratamiento del goce, mediante la metáfora delirante, conlleva una modalidad de lazo al Otro. Por otro lado, la clínica de la conexión (aquí situamos nuestro trabajo) en la que se trata de acotar algo de la irrupción de goce, cifrándolo en la producción de una actividad artística que le organice, estructure y limite su goce desamarrado, al mismo tiempo que habilite un lazo posible al mundo.

Notas

¹ El proyecto mencionado es realizado por un equipo interdisciplinario desde hace cuatro años; la unidad ejecutora es la Facultad de Psicología de la UNLP (seleccionado en las convocatorias de 2015, 2016, 2017 y 2018) Equipo extensionista: Eduardo Suarez, Antonela Garbet, Laura Lago, Sara Guitelman, Ana Santilli Lago, Laura Lugano, Malena Battista, Juan Manuel Zaldúa, Tomás Lapera, Ayelén Martínez, Laura Rodríguez Williamson, Esteban Cano, María Sol Mongay, Evangelina Crespi.

² <https://www.facebook.com/elcisedelarte/>

Referencias bibliográficas

- Bourriaud, N. (2008). *Estética Relacional*. Buenos Aires: Adriana Hidalgo Editora.
- Freire, P. (1997). *Pedagogía de la autonomía*. México: Siglo XXI.
- Freud, S. ([1921] 2001). *Psicología de las masas y análisis del yo*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Lacan, J. ([1951] 2007). *Intervenciones sobre la transferencia*. En *Escritos I*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Lacan, J. ([1964] 2007). *El Seminario libro XI. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. ([1969-1970] 2010). *El Seminario Libro XVI. El reverso del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Laurent, E. (2011). *Lo imposible de enseñar*. En *Del Edipo a la sexuación*. Buenos Aires: Paidós.
- Miller, J. A. [(1999) 2010]. *Los inclasificables de la clínica psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós.
- Wajcman, G. (2001). *El objeto del siglo*. Buenos Aires: Amorrortu.

Acerca de los autores

Antonela Garbet es licenciada en Psicología egresada de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP). Es Psicoanalista y además docente de la cátedra de Clínica de Adultos y Gerontes de la Facultad de Psicología (UNLP). También se desempeña como profesional de Planta del Hospital I. E. A. y C. Dr. Alejandro Korn, donde es instructora de la residencia de psicología. Participa como co-directora del proyecto de extensión “El arte y la comunicación como lazo social” y como investigadora en formación en el proyecto de investigación “Adicciones. De la clínica en lo social. Inserción y desinserción en las adicciones a las drogas” de la Secretaría de Investigación de la Facultad de Psicología (UNLP).

Laura Lago es actriz y profesora de Juegos Dramáticos egresada de la Universidad Nacional del Centro (Tandil). Además es coordinadora en Abordaje Corporal y Psicodramático en Salud Mental, egresada de la Escuela de Salud de Ineba (Buenos Aires). Cuenta con un Posgrado en Gestión y Políticas Culturales de la Facultad de Ciencias Económicas (UNLP) y además cursó la Maestría de Gestión de Servicios de Salud Mental en la Universidad ISALUD (Buenos Aires). Realizó también estudios de pintura, guion, producción y montaje cinematográfico y psicoanálisis. Entre 2001 y 2006 trabajó en el Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Domingo Taraborelli (Necochea) coordinando talleres de arte y radio. Desde 2006 trabaja como coordinadora general de “El Cisne del arte” dispositivo cultural del Hospital Dr. A. Korn de Melchor Romero (La Plata).

Néstor Suárez es licenciado en Psicología egresado de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la Universidad Nacional de La Plata. Es Psicoanalista y especialista en Psicología Clínica de Adultos. Se desempeña como profesor asociado ordinario a cargo de la cátedra de Psicología Clínica de Adultos y Gerontes de la Facultad de Psicología (UNLP). Además, es docente-investigador categoría III de la Secretaría de Ciencia y Técnica (UNLP) y dirige el proyecto de investigación “Adicciones. De la clínica en lo social. Inserción y desinserción en las adicciones a las drogas” de la Secretaría de Investigación de la Facultad de Psicología (UNLP). Asimismo participa como director de los proyectos de extensión: “Atención Psicológica Integral” de la Facultad de Psicología en Berisso (UNLP); “Palabras que abren puertas” de la Facultad de Psicología y la Facultad de Periodismo y Comunicación Social (UNLP); y “El arte y la comunicación como lazo social” de la Facultad de Psicología (UNLP).

El psicoanálisis francés y los efectos de recepción del lacanismo

The French psychoanalysis and the effects of receiving the lacanism

Lucía Girón

✉ luciagiron.91@gmail.com

Facultad de Psicología.
Universidad Nacional de La Plata

Resumen

En el presente trabajo se intentará visibilizar algunos de los efectos de recepción del psicoanálisis francés al tiempo que intentaremos comprender las causas y consecuencias que dicha recepción ocasionó.

La falta de diversidad del psicoanálisis francés aparece como uno de los efectos centrales de dicha recepción: reducido a “un” psicoanálisis francés eminentemente lacaniano, se ha dejado por fuera (restado) otras teorizaciones.

El lacanismo ha priorizado teórica y clínicamente al inconsciente estructurado como un lenguaje. Simultáneamente se ha restado teóricamente al yo por su enlace con lo imaginario, y clínicamente por estar asociado con aquello que engaña y se opone al trabajo de búsqueda de verdad subjetiva supuesta en el inconsciente.

Se intentará entonces retomar aquello que conceptualmente ha aislado el lacanismo, recuperando otras teorías pertenecientes al movimiento “poslacaniano” (Green; 1990) o “ni sin Lacan ni sólo Lacan” (Hornstein; 1995), que forman Jean Laplanche, André Green y Piera Aulagnier. A su modo, cada uno de ellos recupera al yo como instancia psíquica que participa activamente no solo en la construcción subjetiva sino en el trabajo analítico.

Si, como sostiene Green, la fuerza del psicoanálisis está en su diversidad (Macías, 1998), debemos asumir el compromiso de recuperar y hacer trabajar aquello resistido que conlleva efectos en principio a la complejización y construcción continua del psicoanálisis para afrontar las nuevas demandas que la realidad social exige.

Palabras clave: psicoanálisis francés, lacanismo, poslacanismo, recepción.

Abstract

In the present work we will try to make visible some of the reception effects of French psychoanalysis while trying to understand the causes and consequences that reception caused.

The lack of diversity of French psychoanalysis appears as one of the central effects of this reception: reduced to "one" French psychoanalysis, eminently lacanian, other theorizations have been left out (subtracted).

Lacanismo has theoretically and clinically prioritized the unconscious structured as a language. Simultaneously the ego has been theoretically subtracted because of its link with the imaginary, and clinically because of being associated with that which deceives and is opposed to the work of searching for subjective truth supposed to be in the unconscious.

Consequently, we try to return to that "rest" that lacanismo has subtracted, by recovering other theories belonging to the "post-lacanian" movement (Green, 1990) or "neither without Lacan nor only Lacan" (Hornstein; 1995) whose members are Jean Laplanche, André Green and Piera Aulagnier. In their own way, each of them recovers the ego as a psychic instance that actively participates not only in the subjective construction but in the analytic work.

If, as Green maintains, the strength of psychoanalysis lies in its diversity (Macías, 1998), we must assume the commitment of recovering and working on that rest that continues to subtract, at first, from the complexity and continuous construction of psychoanalysis to face the new demands that social reality claims.

Keywords: french psychoanalysis, lacanism, post-lacanism, reception.

El psicoanálisis francés y los efectos de recepción del lacanismo

“La fuerza del psicoanálisis francés radica en su diversidad” (Macías, 1998: 216), afirmaba fervorosamente André Green hace una década. Sin embargo, no hace falta más que una rápida búsqueda virtual para que someter a caución dicha aseveración: al *googlear* psicoanálisis francés, la primera opción que aparece es la Sociedad Francesa de Psicoanálisis -definida allí como una “(...) asociación profesional psicoanalítica francesa, en cuya fundación, ocurrida en 1953, participó Jacques Lacan”-; siendo las opciones siguientes encaminadas por el mismo sendero: Lacan, el pensamiento lacaniano, la escuela francesa, Miller, y así continúa. Insistimos en buscar más allá de este primer resultado anexando a “psicoanálisis francés” la “concepción del Yo”, pero las opciones que nos ofrecen no se alejan tanto a las primeras: en rasgos generales aparecen distintos artículos sobre el estadio del espejo y los tres registros que propuso Lacan en lo que se considera sus distintas clínicas (y a las que referiremos más adelante). Lo mismo ocurre si agregamos “subjetividad” como tercer concepto a la búsqueda, y si además nos dirigimos a lo que Google señala como “búsquedas relacionadas” observamos que las opciones no difieren demasiado: Lacan teoría, psicología lacaniana, Lacan psicoanálisis, entre otras similares.

Frente a esto nos preguntamos entonces ¿dónde hallamos esa diversidad de la que hablaba Green? Si partimos de dicha afirmación, tomándola como verdadera, esto nos llevaría a suponer que podría ser causa de esta falta de diversidad que la fuerza de las teorías psicoanalíticas, hoy en día, esté en debate y siendo tan cuestionada, no sólo por las significaciones sociales que circulan, sino además por la práctica clínica misma. Si actualmente, estos son los efectos que vemos, es nuestro deber preguntarnos de dónde proviene esta falta de diversidad en el psicoanálisis. ¿Acaso es que no hay diversidad en el psicoanálisis francés o más bien hay una diversidad que ha sido ocultada, acallada? Pensemos en los resultados que lanza Google: la pantalla visualiza una página con opciones que prioriza mostrar, lo cual no quiere decir que no haya otras páginas con otros resultados, pero pareciera que estos no han pasado el filtro virtual que les permita mostrarse prioritariamente y acceder a quien esté del otro lado del monitor.

Pues bien, extrapolemos ahora esta situación preguntándonos si esta diversidad acallada (de la que además según Green proviene la fuerza del psicoanálisis) no podría ser uno de los efectos de recepción que ha sufrido el psicoanálisis francés.

La estética de la recepción, teorizada por Hans-Robert Jauss (1921-1977) es una corriente de análisis literario que propone la consideración de la presencia activa del lector que no sólo representa la obra sino que en ese mismo acto la crea. De allí que según esta corriente la existencia de la obra depende de las reacciones entre el triángulo formado por el autor, la obra misma y el público (receptor). Este último, al interpretar activamente la obra, introduce en ella un orden y establece un tiempo: según Jauss la interpretación es un fenómeno histórico ya que el receptor actualiza y reconstruye un producto del pasado según su propio horizonte de expectativas. La recepción entonces posee no solo un eje sincrónico sino además diacrónico (Dagfal, 2004).

Parece ser, por lo tanto, que la recepción es una de las funciones secundarias que podríamos atribuirle al sistema preconciente-conciente: hay allí una actividad que busca establecer un orden temporal a unos mensajes que se presentan -al menos en parte- como extraños y que requieren ser integrados mediante la teorización. En esta elaboración se crea, entonces, una obra nueva con elementos significantes de la obra original pero no sin modificaciones, sustracciones y añadiduras.

Volviendo a nuestra problemática inicial, nos interrogamos si esta falta de diversidad en lo que manifiestamente aparece como psicoanálisis francés, no es efecto de la recepción que se ha hecho de distintos autores/teorías: en el intento de encontrar la unidad (compulsión a la síntesis) se ha reducido el psicoanálisis francés a "un" psicoanálisis francés eminentemente lacaniano y estructuralista, dejando por fuera otras teorizaciones como si fuese un resto, lo excluido, aquello diverso que "haría fuerza" y molesta.

¿Qué es entonces lo que "se puede decir" del psicoanálisis francés? El psicoanálisis francés lacaniano -principalmente durante lo que se conoce como la década de oro- ha conceptualizado al inconsciente como estructurado, como un lenguaje, y simultáneamente dejado a un lado al Yo por su enlace genético (de génesis) con lo imaginario, registro definido como aquello que engaña y se opone a la búsqueda de "verdad subjetiva" que persigue el análisis. Esta verdad es concebida como inconsciente, ya que el sujeto es sujeto del inconsciente y es conceptualizado como representado por un significante para otro significante.

Al profundizar sobre estas nociones, podemos notar cierta condensación de ideas entre lo propio del sistema inconsciente (compuesto por elementos representacionales con carácter de "cosa"- es decir, elementos pulsionales) y aquello intrínseco del Yo (que posee o persigue una estructura/ un orden,

que tiene elementos significantes del que se desprenden significaciones). En este sentido, pareciera que no sólo queda relegado un sector de lo psíquico (lo imaginario) sino que además no se tiene en cuenta el elemento caótico de lo pulsional inconsciente. Sintéticamente, podríamos afirmar que el lacanismo ha restado el resto pulsional. De allí se desprende que en la lógica lacaniana estructuralista no se hable de conflicto entre instancias (ya que ambas quedan condensadas) sino de un conflicto intersubjetivo, al afirmarse además que “el deseo es el deseo del Otro”.

Pues bien, este resto que ha restado el lacanismo sin embargo puede ser reencontrado precisamente en ese “resto” del psicoanálisis francés que ha caído bajo los efectos de la recepción/represión.

En este “resto” encontramos a distintos autores con algunas cosas en común. Todos ellos en sus primeros momentos han recibido una formación teórico-clínica afín al movimiento psicoanalítico lacaniano que prevalecía en Francia a mediados del siglo XX, y posteriormente han participado de un movimiento de clivaje teórico-clínico con respecto al Lacan estructuralista de aquel entonces.

Con el fin de comprender a qué Lacan es el que cuestionan, es menester señalar los tres momentos en el psicoanálisis francés lacaniano que distintos historiadores han identificado:

- Entre los años 30 y 50, identificamos un primer Lacan, psiquiatra, que conceptualiza y trabaja en lo que denomina el registro de lo imaginario, que le permite teorizar sobre el estadio del espejo y explicar a partir de este la génesis del Yo.
- Entre 1953 y 1963 encontramos el Lacan estructuralista, es la década de oro del lacanismo. Comienza con la fundación de la Sociedad Francesa de Psicoanálisis por Lagache, Dolto, Lacan, entre otros y finaliza con su escisión, la excomunión de 1964. En esta década Lacan prioriza lo simbólico al proponer al inconsciente estructurado como un lenguaje y al sujeto del inconsciente.
- Finalmente el último Lacan, a partir de 1964, fecha en la cual por efecto de la escisión de la SFP se crea la Escuela Freudiana de París fundada por Lacan, la Asociación Psicoanalítica de Francia (filial de la IPA) y la Sociedad Psicoanalítica de París. Es a partir de aquí cuando Lacan teoriza el objeto y complejiza el registro de lo real.

Teniendo en cuenta lo antedicho, es nuestro deber señalar que estos autores comienzan a discrepar con ciertas conceptualizaciones y prácticas lacanianas precisamente en el momento de su mayor auge. Es en la década de oro donde, paradójicamente, ciertas tesis estructuralistas empiezan a ser cuestionadas y debatidas por algunos discípulos.

Sin proponérselo, estos psicoanalistas conforman una corriente alternativa nombrada como poslacaniana (Green, 1990), término que anuncia una discrepancia al lacanismo respecto a ciertos aspectos por considerarlos intelectualmente dogmáticos, institucionalmente autoritarios y/o clínicamente iatrogénicos. Sin embargo, esto no implicó un rechazo explícito y total a las ideas y aportes teóricos de quien había sido su maestro (Viguera, 2011). Razón por la cual esta posición también ha sido expresada “ni sin Lacan ni sólo Lacan” (Hornstein, 1995) y ha tenido importantes recepciones, más allá de las fronteras europeas, entre ellas la de la psicoanalista argentina Silvia Bleichmar.

Partícipes de un movimiento similar, intentan de alguna manera salvar al Yo como instancia psíquica involucrada en el conflicto intrasubjetivo, al tiempo que recuperan su participación activa, no solo para la construcción de la vida subjetiva sino además para el análisis mismo. Sin embargo, estas coincidencias no impiden que cada uno de ellos elabore sus propias teorías a partir de las recepciones particulares que han hecho de quien fue su maestro y de otros autores. Entre los psicoanalistas que participaron de este movimiento destacamos a André Green, Jean Laplanche y Piera Aulagnier.

Jean Laplanche (1924-2012) en sus comienzos recibe una formación filosófica siendo alumno de Hippolyte, Bachelard y Merleau-Ponty, para luego de los años 40, iniciar su formación médica siguiendo los consejos de quien era en ese momento su analista, el mismísimo Lacan. Desde allí entablan, no solo una relación terapéutica, sino que además empiezan a establecer vínculos teóricos: Laplanche comienza a participar de los seminarios de Lacan (un Lacan estructuralista) y comienza a traducir al francés la obra de Freud junto con Pontalis (Scarfone, 2012). En 1960 Henry Ey organiza el Coloquio de Bonneval para debatir acerca de la naturaleza del inconsciente, y es este el momento que marcará la ruptura (*apres-coup*) de Laplanche con quien hasta entonces era su maestro. Aquí Laplanche presenta un artículo junto a Leclaire en el que expresa la ruptura teórica respecto a la concepción del inconsciente: cuestiona la idea lacaniana vertebral del inconsciente, estructurado como un lenguaje que conlleva a suponer al inconsciente como condición del lenguaje, para postular que más bien el lenguaje sería la condición de la

formación del inconsciente. Esta tesis es solidaria a la concepción del sujeto como representado por un significante para otro significante, es decir, por la cadena de significantes que estructuran el inconsciente. En esta estructura no hay resto (Viguera, 2011).

Pues bien, Laplanche entonces, en los años 60, rompe con algunas de estas ideas, aunque haya otras que siga valorando, entre ellas la idea de la importancia del Otro en la constitución psíquica, aunque no coincida con la homotecia estructuralista que afirma “el deseo es el deseo del Otro” para postular que no hay allí una copia pasiva de uno al otro sino más bien un proceso de metábola, de transformación del sujeto que recibe las provisiones discursivas y libidinales del otro.

Este psicoanalista propone, a partir de este clivaje, un nuevo modo de pensar y hacer psicoanálisis. En primer lugar, va a “hacer trabajar” al propio Freud, esto es: somete a Freud a la prueba de un método de análisis de lectura crítica para analizar no solo a Freud sino además a algunas falsas vías que el freudismo y su recepción sufrieron.

Otra idea que acompaña a la de ‘trabajo’ sería la de hacer justicia. Hacer trabajar no es sobreimprimir, sobreimprimir una interpretación -por ejemplo, leer a Freud según Lacan- es también mostrar las exigencias, mostrar las vías abandonadas, pero en un momento es también decir, deteniéndose ‘bueno, esto es lo que él ha dicho explícitamente, y aquí estamos en desacuerdo, lamentablemente’ (Laplanche, 1991: 150).

Estas palabras sintetizan la propuesta laplancheana: en primer lugar, volver a Freud y hacerlo trabajar para recuperar algunas ideas que por efecto de recepción han sido sobreimpresas; por otro lado, recuperar algunas de las nociones que han caído bajo el efecto de represión, ideas que han sido primero desprestigiadas para luego ser olvidadas; y finalmente como resultado de las dos primeras ser capaz de cuestionar al padre del psicoanálisis para proponer nuevas vías de teorización: refundar el psicoanálisis sobre bases nuevas y sobre bases olvidadas.

Algunas de las falsas vías que Laplanche hace trabajar son la concepción biológica de la pulsión, la noción de apuntalamiento, la seducción originaria, el estructuralismo freudiano, entre otras. Respecto a este último punto señalamos que Laplanche sostiene que el estructuralismo lacaniano proviene, en algún punto, del estructuralismo freudiano que se ha sostenido en la

primacía del falo y la lógica binaria (Laplanche, 1991). Sin negar la existencia de la estructura en el psicoanálisis, sí cuestiona la lógica estructuralista que inaugura Freud y se acentúa con Lacan:

Una cierta tendencia clasificatoria -a menudo binaria- del freudismo, puede ser considerada como un anticipo del estructuralismo: yo y ello, dualismo pulsional, clasificación nosográfica, etc. Nosotros no compartimos esta opinión, en la medida en que para Freud se trata siempre de cuadros de varias entradas y, sobre todo, donde se conserva el sentido de las formas de pasaje, incluso la dialéctica. (...) Un psicoanálisis estructuralista se complace en un binarismo jurídico, totalitario y sin matices, siempre impregnado de normatividad (Laplanche, 2010: 3).

Laplanche se distancia de esta lógica para postular que el inconsciente no está formado por representaciones-palabra y es estructurado, sino más bien por huellas de cosas que lo hacen caótico, allí las palabras no han devenido más que cosas, aquello que pulsa y que precisamente es opuesto a la estructura. En sus palabras "El inconsciente es como-un-lenguaje, pero no estructurado" (Laplanche, 2010: 4).

Este inconsciente -y en esto sí coincide con Lacan- proviene del otro, pero aunque el otro otorgue los elementos necesarios para esta constitución esto no indica que el inconsciente del adulto se perpetúe en el inconsciente del niño, al modo de una homotecia, sino que en ese proceso hay transformación. Para explicar esto, Laplanche recupera el concepto de seducción originaria de Freud, que intenta explicar la génesis del aparato psíquico a partir de las relaciones intersubjetivas, desterrando la idea de la pulsión biológica. Aquí es preciso aludir a lo que Laplanche denominó la "situación antropológica fundamental" como esa situación de desvalimiento en la que se encuentra el bebé humano y que requiere del auxilio del otro adulto. En ese auxilio el otro le asegura su autoconservación pero al mismo tiempo ofrece un "plus": mensajes enigmáticos que provienen del inconsciente sexual que se activan en ese encuentro, y que son tan enigmáticos para el emisor como para el receptor. Es un exceso que se instala a partir del encuentro asimétrico, un "ruido" en la comunicación que se establece a raíz del auxilio y que atañe a lo sexual. El niño no dispone de ningún medio para traducir y otorgarle sentido a estos mensajes extraños sexuales. El intento de traducir algo de este impacto es lo que instaura el clivaje psíquico: la represión no es más que un intento de traducción, de simbolización, de otorgación de sentido.

Un intento siempre fallido y que tiene dos caras: una cara traductiva que le permite al niño construir su identidad, y darle significaciones y una cara en donde pulsa aquel resto que no es susceptible de ser traducido (porque su origen mismo es enigmático). Una cara, la del Yo, y la otra, la del inconsciente (Scarfone, 2017; Laplanche, 2009).

Para finalizar, vemos cómo a partir de la separación de ciertas tesis lacanianas, Laplanche hace trabajar a Freud y reformula algunas de sus conceptualizaciones *princeps*: vuelve a la constitución del aparato psíquico a partir del encuentro con el otro, recupera la idea de lo pulsional sexual, caótico y propio del inconsciente, teoriza sobre la instancia yoica y sus funciones secundarias asociadas a la función del Yo traductor y compuesta por representaciones-palabra.

Otro de los autores que ha formado parte del movimiento poslacaniano es André Green (1927-2012), quien se ha interesado principalmente por los pacientes no neuróticos (fronterizos) y a lo largo de su desarrollo teórico, ha recepcionado las ideas de Henry Ey, quien considera su maestro, Ajurriague-rra y Winnicott. También ha entablado vínculos cercanos con Lacan, aunque -según sus palabras- es con su artículo "El narcisismo primario: estructura o estado" escrito durante 1966-1967, de donde procede su ruptura con él:

Al escribirlo, no pensaba en absoluto en Lacan (...) Fui desarrollando mis ideas y me di cuenta al terminar mi trabajo que éste se realizaba sin ninguna referencia a la obra de Lacan. -y sigue- Lacan (...) comprendió que yo tenía algo para decir y que con ello indicaba, al no hacer referencia a su obra, que en lo sucesivo seguiría mi propio camino (Macías, 1998: 114-115).

Del mismo modo que Laplanche, retoma la relevancia que el lacanismo le ha otorgado a la cultura en la constitución psíquica, al tiempo que -esta vez a diferencia de Laplanche- valora la propuesta de Lacan del inconsciente estructurado como un lenguaje y remarca la importancia de la relación del sujeto con el significante aseverando que "no se dice: la estructura del inconsciente es la del lenguaje, sino que aquel está estructurado como este" (Sánchez Grillo, 2016).

Sin embargo, y nuevamente de un modo similar a Laplanche, cuestiona ciertos enunciados y señala efectos que la teoría lacaniana ha producido en el psicoanálisis. Entre ellos, identificamos principalmente la peyorización de la instancia yoica, la lógica binaria y simplista del estructuralismo y el modo de concebir lo pulsional. A fines del cambio de milenio expresa:

En Francia, entre 1953 y 1970, durante la época de la hegemonía lacaniana, estaba prohibido interesarse en el yo. El mero hecho de tenerlo en cuenta hacía que uno sufriera el reproche de ser un “ego-psychologist”, lo cual es una pura fabulación con fines calumniosos, pues en Francia no hubo nunca un solo partidario de la ego-psychology. Ni uno solo. Esa actitud, en cambio, paralizó los estudios sobre el yo. Si no hubiera existido la prohibición de reflexionar sobre el yo y si Francia no hubiese seguido como un solo hombre el dictamen de Lacan de que el yo era el producto de las identificaciones especulares del sujeto -cosa que es, ¡pero no únicamente!- y si, por último, hubiéramos tenido el valor, justamente, de abordar su análisis de otra manera, pues bien, es probable que no hubiéramos sufrido el retraso que acumulamos (Green, 1999: 67).

Frente a estas limitaciones y para superar la crisis que estas ocasionaron, Green propone una renovación del psicoanálisis proponiendo un modelo contemporáneo que forma parte de la epistemología de la complejidad, retomando la idea de complejidad dialógica (donde se destaca a la relación como un tercero diferente a las partes involucradas), de recursividad (donde se retoma la idea de resignificación o *apres-coup* freudiano) y el punto de vista hologramático (juego de relaciones entre la parte y el todo).

Desde este marco entonces, se concibe al sujeto psíquico:

[...] como proceso heterogéneo de representación que simboliza las relaciones en y entre lo intrapsíquico (centrado en la pulsión) y lo intersubjetivo (centrado en el objeto). Forma psicoanalítica del pensamiento complejo, la perspectiva metapsicológica contemporánea acentúa la heterogeneidad, la procesualidad y la poiesis o creatividad del psiquismo (Uribarri, 2012: 161).

De tal modo, Green -de manera semejante a Laplanche- sostiene la existencia de un aparato psíquico complejo, abierto, compuesto por heterogeneidades representacionales y sometido a exigencias pulsionales, al tiempo que resalta el trabajo de elaboración y creatividad que posibilitan estas relaciones.

Finalmente, haremos mención a la psicoanalista, Piera Aulagnier (1923-1990) quien fue una de las jóvenes discípulas de Lacan durante la década de oro del psicoanálisis lacaniano. Aulagnier participa de la fundación de la Escuela Freudiana de París en 1964, luego de que se produjera la excomuniación pero en 1969 se retira por diferencias con Lacan en relación al “pase”. Ese mismo

año funda -junto con Valabrega, Perrier y Moreigne- lo que se conoce como el Cuarto Grupo (Roudinesco, 1993).

En el modelo teórico que Aulagnier propone observamos -una vez más- el movimiento “ni sin Lacan ni sólo Lacan” al que hicimos referencia al comienzo. La autora afirma:

Pienso esencialmente que mi concepción del yo debe mucho a Lacan. Para mí el yo es una instancia que está directamente vinculada al lenguaje. (...) En esto soy fiel (fiel no quiere decir que no lo interprete a mi manera) al lugar que Lacan da al discurso en el nacimiento de esa instancia que llamo yo y que se constituye por la apropiación de esos primeros enunciados identificantes construidos por la madre. El yo anticipado es un yo historizado que inscribe al niño desde el comienzo en un orden temporal y simbólico. Mi diferencia con Lacan es que para mí el yo no está condenado al desconocimiento ni es una instancia pasiva. Si bien sus primeros identificados son provistos por el discurso materno, el yo es también una instancia identificante y no es un producto pasivo del discurso del Otro. Si todo discurso es engañoso es también engañoso el discurso que dice que todo discurso es engañoso (Hornstein, 2002: 6).

De este modo la psicoanalista expresa su recepción de las ideas de Lacan respecto a la figura del otro cultural para la constitución de la tópica psíquica, destacando la importancia que especialmente tienen los enunciados identificatorios que la madre ofrece al *infans*. Sin embargo -y en esto se diferencia de Lacan- lo que el *infans* recibe sigue las reglas propias de sus sistemas de representación: la madre ofrece anticipadamente enunciados metabolizados por el proceso secundario a un niño que carece de ese modo de procesamiento, lo que ocasiona que se implante un “resto” frente al cual este niño debe emprender un trabajo de historiador. Deberá ser el niño quien construya su propia historia, la historia yoica se construirá entonces tomando ciertos enunciados pero los metabolizará de un modo activo. Así, una vez más aparece cuestionada la tesis del “sujeto del inconsciente”, del inconsciente estructurado como un lenguaje. Para la autora, más que el inconsciente estructurado como un lenguaje, existe un Yo estructurado como un lenguaje, y efecto de las relaciones intersubjetivas. Tomando sus palabras: “para mí el Yo se origina en los primeros enunciados producidos por el discurso maternal. Por el contrario, no creo que el Ello esté estructurado como un lenguaje” (Hornstein, 2002: 6).

La psicoanalista define que “el Yo no es nada más que el saber del Yo sobre el Yo” (Aulagnier, 2001: 168), lo que significa asegurar al Yo presente un cierto conocimiento sobre lo que fue y lo que podrá ser. Solidaria a lo que sostiene Laplanche, Aulagnier también asocia la instancia yoica a la temporalidad, la lógica binaria, poseedora de representaciones-palabra (enunciados identificatorios) que responden sobre su identidad: el Yo conoce, mientras que el inconsciente es. Por lo tanto, la verdad subjetiva se conoce a través del Yo, el inconsciente no sabe nada, allí no hay verdad (la verdad supone que haya algo que no es verdad, y en el inconsciente no hay opuestos).

A partir de este recorrido pudimos visibilizar algunos de los efectos de la recepción del psicoanálisis francés y específicamente el psicoanálisis francés lacaniano, al tiempo que intentamos comprender las causas y consecuencias que dicha recepción ocasionó. Si, como sostiene Green, la fuerza del psicoanálisis está en su diversidad, es nuestra tarea asumir el compromiso de recuperar y hacer trabajar ese resto que se ha restado, y que sigue restando, a la complejización y construcción continua del psicoanálisis para afrontar las nuevas demandas que la realidad social exige.

Notas

¹ Transformación geométrica que, a partir de un punto fijo, multiplica todas las distancias por un mismo factor.

Referencias bibliográficas

- Aulagnier, P. (2001). *La violencia de la interpretación. Del pictograma al enunciado*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Dagfal, A. (2004). "Para una 'estética de la recepción' de las ideas psicológicas". En *Frenia, Revista de Historia de la Psiquiatría* 5 (1), pp. 1-12.
- Green, A. (1999). *Los estados límite*. París: PUF.
- Sánchez Grillo, M. (2016). ¿Por qué André Green? El pensamiento clínico y las ideas directrices para un psicoanálisis contemporáneo. (*Lo complejo, la terceridad y la estructura encuadrante*). APdeBA. Recuperado de <<http://www.apdeba.org/wp-content/uploads/Por-qu%C3%A9-Andr%C3%A9-Green.pdf>>
- Hornstein, L. (1995). "Ni sin Lacan ni solo Lacan". En *Revista Zona Erógena* 23, pp. 11-13.
- Hornstein, L. (2002). *Diálogo con Piera Aulagnier*. Recuperado de <<http://www.luishornstein.com/textos/dialogoconpa.pdf>>
- Laplanche, J. (1991). "Algunas falsas vías del freudismo". En *Trabajo del psicoanálisis* 4 (11-12), pp. 149-168. México.
- Laplanche, J. (2009). "Tres acepciones de la palabra 'Inconsciente' en el marco de la teoría de la seducción generalizada". En *Alter Revista de psicoanálisis* (4). Madrid. Recuperado de <<https://revistaalter.com/revista/tres-acepciones-de-la-palabra-inconsciente-en-el-marco-de-la-teoria-de-la-seducion-generalizada/1111/>>
- Laplanche, J. (2010). "El estructuralismo frente al psicoanálisis". En *Alter Revista de psicoanálisis* (6). Madrid. Recuperado de <<https://revistaalter.com/revista/el-estructuralismo-frente-al-psicoanalisis/496/>>
- Laplanche, J. (2013). "Pulsión e instinto". En *Alter Revista de psicoanálisis* (1). Madrid. Recuperado de <<https://revistaalter.com/files/2014/09/1.-Pulsi%C3%B3n-e-instinto.pdf>>
- Macías, M. (1998). *André Green, un psicoanalista comprometido*. Bogotá: Norma.
- Roudinesco, E. (1993). *La batalla de cien años. Historia del psicoanálisis en Francia (1925-1985)*. Madrid: Fundamentos.
- Scarfone, D. (2012). "Breve introducción a la obra de Jean Laplanche". En *Alter Revista de Psicoanálisis* (7). Madrid. Recuperado de <<https://revistaalter.com/revista/breve-introduccion-la-obra-de-jean-laplanche/1964/>>

- Scarfone, D. (2017). "Actualidad de la seducción". En *Revista Apres-coup* (4) Recuperado de <<http://revistaaprescoup.com/actualidad-la-seducion-dominique-scarfone/>>
- Uribarri, F. (2012). "André Green. El pensamiento clínico: contemporáneo, complejo, terciario". En *Revista Uruguaya de Psicoanálisis* (114), pp. 154-173.
- Viguera, A. (2011). "Tres tesis acerca del inconciente en el Coloquio de Bonneval de 1960: Lacan; Laplanche; Politzer". En *Revista de Psicología* (12), pp. 41-53. En Memoria académica. Recuperado de <http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.5637/pr.5637.pdf>

Acerca de la autora

Lucía Girón es licenciada y profesora de Psicología, egresada de la Universidad Nacional de La Plata. Actualmente realiza el doctorado de Psicología mediante una beca otorgada por la UNLP y desarrolla actividades de docencia e investigación en la Facultad de Psicología de la Universidad mencionada.

Jornada: el rol del psicólogo en los dispositivos públicos de Salud Mental

The role of the psychologist in public mental health devices

Secretaría de Extensión
Facultad de Psicología UNLP

Octubre de 2018

Resumen

El presente trabajo tiene por objetivo recopilar y hacer públicas, para una mayor democratización de los saberes, las exposiciones que diferentes profesionales de la salud, que trabajan actualmente en diversas unidades sanitarias y hospitales públicos del Gran La Plata, han presentado en la Jornada "El rol del psicólogo en los dispositivos públicos de Salud Mental". Realizada por la Secretaría de Extensión de la Facultad de Psicología, en octubre de 2018.

Si bien, cada una de las exposiciones refiere a espacios de trabajo particulares, se les ha propuesto, a las diferentes autoras, una serie de posibles ejes a tomar en cuenta en sus exposiciones:

1. La especificidad del rol del psicólogo en el dispositivo público de salud mental;
2. El trabajo interdisciplinario en el hospital público y en el primer nivel de atención de la salud: alcances y limitaciones;
3. Desafíos actuales de los profesionales *psi* en el ámbito de lo público;
4. Demandas actuales y modalidades de trabajo ante las mismas;
5. Adecuaciones a la Ley de Salud Mental y su transitar en el dispositivo del que forman parte.

Estos ejes son los que permiten encontrar puntos de contacto entre los trabajos, a pesar de sus particularidades.

Finalmente, se quiere destacar que las diferentes presentaciones, dan cuenta del compromiso que las profesionales de la salud mental tienen, al trabajar para mejorar y optimizar la accesibilidad al sistema público.

Palabras clave: Psicólogo; salud mental; dispositivos públicos; rol profesional.

Abstract

The present work aims to collect and make public, for a greater democratization of knowledge, the exhibitions that different health professionals currently working in various sanitary units and public hospitals of the Great La Plata Area, have presented at the Conference: 'The role of the psychologist in public Mental Health devices', conducted by the Extension Secretariat of the Psychology College, in October 2018.

Although each of the expositions refers to particular workspaces, it has been proposed to the different authors, a series of possible axes to be taken in their papers:

1. The specificity of the role of the psychologist in the public mental health device;
2. The interdisciplinary work in the public hospital and in the first level of health care: scope and limitations;
3. Current challenges of the *psy* professionals in the public sphere;
4. Current demands and working modalities before them;
5. Adjustments to the Mental Health Law and its transit in the device of which they are a part.

These axes are those that allow finding contact points among the works, despite their particularities.

Finally, we want to emphasize that the different presentations show the commitment that these mental health professionals have when working to improve and optimize the accessibility to the public system.

Keywords: Psychologist; Mental Health; public devices; professional role.

Presentación

Entendemos a la extensión universitaria, no desde una mirada de transferencia, sino desde un sentido crítico y de compromiso con las diversas problemáticas sociales, en una relación dialógica con los sectores más vulnerables de la comunidad. La Facultad de Psicología se constituye hoy, como parte de la Universidad Nacional de La Plata, en un contexto sociopolítico en el que las instituciones deben promover el enfoque de derechos, en todos los campos del saber. La extensión universitaria es uno de los pilares para la construcción de conocimientos y prácticas de Salud Mental.

La Secretaría de Extensión ha fijado como uno de sus ejes de acción, dentro de su proyecto de gestión 2018-2022, impulsar, compartir, reflexionar y problematizar sobre las experiencias y acciones que nos permitirán, a través de la puesta en marcha de los derechos humanos y de la complejidad que supone la inclusión social, el reconocimiento y respeto por la diversidad y el ejercicio ciudadano.

La extensión, sumada a la formación e investigación universitarias, se convierte en un eje esencial y transversal para lograr una democratización real del saber y el conocimiento, para, a través de ello, ser partícipes en la construcción de una sociedad más equitativa.

Desde esta posición, estimulamos una mirada y línea de trabajo intersectorial, asumiendo que la extensión es un trabajo docente, técnico y político, que se insertará en los diferentes dispositivos locales, regionales y nacionales, aportando desde su ámbito conocimientos que favorezcan el desarrollo en dichos niveles.

La Secretaría de Extensión propiciará el diálogo entre distintos actores e instituciones que trabajen por los derechos humanos, permitiendo así la construcción colectiva de herramientas teórico-prácticas, donde cobra un valor fundamental la participación de los alumnos, en tanto actores protagonistas de su presente y hacedores críticos de su futuro. Desde esta mirada colectiva, se podrán abordar comprometidamente las problemáticas actuales relacionadas al campo de la Salud Mental; respetando las diversidades culturales, económicas, políticas, religiosas y de identidad, entre otras.

En el marco de estas líneas de acción, y de este posicionamiento ético y político, se ha llevado adelante la Jornada "El rol del psicólogo en los dispositivos públicos de Salud Mental".

Es en este sentido que la presencia de los graduados de la Facultad de Psicología de la UNLP, que se vienen desempeñando en diferentes niveles de atención del Sistema Público de Salud, es sumamente valiosa y enriquecedora. Ello, en tanto son sus voces y saberes los que ingresan a la Facultad, nutriendo y fortaleciendo la formación de los futuros graduados.

La mencionada jornada tuvo como propósito trabajar sobre cuestiones vinculadas a la práctica de la psicología en los dispositivos públicos de Salud Mental, así como sobre la formación de nuestros profesionales. Resulta fundamental, ante la situación actual del sistema público de salud, poder realizar actividades que promuevan la vinculación entre la Facultad, las instituciones de salud y la comunidad, a fin de poder intercambiar miradas, saberes, acciones y estrategias sobre la base de una agenda común de problemas, y un abordaje integral de los mismos.

La jornada se realizó el 18 de octubre de 2018, y contó con dos paneles de expositoras que trabajan en diversas instituciones del sistema público de salud del Gran La Plata (La Plata, Ensenada y Berisso).

El primer panel, estuvo integrado por: **Claudia Perichinsky** (jefa del Servicio de Psicología del H.I.N.E.A. y C. Dr. Alejandro Korn); **Lilián Alvarado** (explicóloga de planta del Hospital Rossi); **Lorena Parra** (jefa del Servicio de Salud Mental del Hospital San Martín); y **Silvia Zamorano** (directora ejecutiva del Hospital José Ingenieros). En tanto, el segundo panel contó con las exposiciones de **Karina Sarasola** (jefa de sala del Centro de Externación "Pre Alta" - H.I.N.E.A. y C. Dr. Alejandro Korn-); **Fernanda Galland y Paula Lagunas** (Unidades Sanitarias N° 44 y N° 35 de la localidad de Berisso); **Laura Ocello** (Unidad Sanitaria N° 101 de Villa Tranquila, localidad de Ensenada); y **Paula Carasatorre** (Centro de Atención Primaria de Salud N° 32 de Hernández, localidad de La Plata).

Si bien cada una de las exposiciones tiene en cuenta la práctica profesional del psicólogo en un ámbito particular de trabajo, se propuso ordenar las exposiciones tomando alguno o varios de los siguientes ejes: 1.-La especificidad del rol del psicólogo en el dispositivo público de salud mental; 2.-el trabajo interdisciplinario en el hospital público y en el primer nivel de atención de la salud: alcances y limitaciones; 3.-desafíos actuales de los profesionales *psi* en el ámbito de lo público; 4.-demandas actuales y modalidades de trabajo ante las mismas; 5.-adecuaciones a la Ley de Salud Mental y su transitar en el dispositivo del que forman parte.

Finalmente, se quiere destacar que las diferentes presentaciones, dan cuenta del compromiso que las profesionales de la salud mental tienen al trabajar para mejorar y optimizar la accesibilidad al sistema público; a pesar de los embates que el mismo viene sufriendo desde hace muchos años y que se han profundizado en este último período. La crisis no la sufren solo los individuos sino también las instituciones y sus equipos de trabajo, que son atravesados por las diversas situaciones que los colocan, en más de una ocasión, en situación de orfandad. Es allí donde la Facultad debe abrir sus puertas, es por ello que la Secretaría de Extensión de la Facultad de Psicología de la UNLP, agradece a las expositoras el haber compartido con nosotros los saberes que hacen a lo cotidiano del trabajador de la salud mental, permitiéndonos retroalimentarnos mutuamente tanto en la posición epistémica como en la práctica; a fin de re-pensar la formación de nuestros alumnos, la inserción de nuestros graduados, la capacitación y actualización de nuestros docentes y las necesidades de nuestra comunidad.

En los siguientes apartados se presentan las exposiciones que cada una de las invitadas ha realizado en la Jornada.

Lic. Adriana Villalva

*Secretaria de Extensión
Facultad de Psicología, UNLP*

Hospital Dr. Alejandro Korn Melchor Romero, La Plata

Expositora: Lic. Claudia M. Perichinsky

Jefa del Servicio de Psicología

Resumen

En el marco de esta exposición, tomaré dos ejes para situar una articulación sobre la particularidad del trabajo del psicólogo en el medio hospitalario:

1. El contexto institucional.
2. La particularidad del Servicio de Psicología y la función del psicólogo en el sistema de salud público.

Introducción. Posición epistémica

Considero importante explicitar, en forma acotada, una posición epistémica de análisis. Sostener una tensión y no una superposición entre ambos ejes, conlleva una posición epistémica de lectura como un marco teórico. Tanto Michel Foucault como Jacques Lacan imprimen un modo de concebir nuestro trabajo, sin extrapolar la especificidad de cada uno, que permite realizar una articulación entre los ejes señalados, aunque cabe aclarar que existen distintas posiciones dentro del campo del psicoanálisis.

Por un lado, son varios los textos que se podrían tomar de Foucault, con las diferencias que se proponen en cada uno, pero en este momento considero

pertinente extraer la distinción que plantea sobre la noción de historia en *Arqueología del saber*, en el contexto de problematizar la noción de archivo e introducir la concepción de arqueología y de discurso. Como dice Foucault, “el tema y la posibilidad de una historia global comienza a borrarse, y se ve esbozarse los lineamientos, muy distintos, de lo que podría llamarse una historia general” (Foucault, 2008:19). Se desprenden dos posiciones de análisis: una historia “global”, que tiende a buscar la convergencia y totalización de los acontecimientos, bajo una ley que busca suprimir las diferencias, sosteniendo un núcleo central donde apiñar los enunciados, produciendo un *sujeto sintético*. Esta concepción se opone a otra historia llamada “general”, a partir de la cual se pone en duda la posibilidad de totalización y produce el des-centramiento del sujeto, y no un sujeto unificado que tiene que tomar conciencia de una visión del mundo, sin fisuras ni cortes. Siguiendo el planteo de Foucault, “una descripción global apiña todos los fenómenos en torno a un centro único (...) Una historia general desplegaría, por el contrario, el espacio de una dispersión” (Foucault, 2008:21).

A partir del siglo XIX, junto al humanismo y la antropología, se tendió a salvar la soberanía de un *sujeto unificado* contra todo des-centramiento, produciendo discursos homogéneos y hegemónicos. Por lo tanto, se plantea desatar las *sujeciones antropológicas* y captar en qué punto se producen. Como dice Michel Foucault:

Como si, después de haberse habituado a buscar orígenes (...) a proyectar teleologías (...) se experimentará una repugnancia singular a pensar la diferencia, en describir desviaciones y dispersiones, en disociar la forma tranquilizante de lo idéntico (...) Como si tuviéramos miedo de pensar el Otro en el tiempo de nuestro propio pensamiento (...) En fin, más recientemente, cuando las investigaciones del psicoanálisis, de la lingüística, de la etnología, han descentrado al sujeto en relación con las leyes de su deseo, las formas de su lenguaje (...) cuando quedó claro que el hombre, interrogado sobre lo que él mismo era, no podía dar cuenta de su sexualidad, de su inconsciente (...) se reactivó otra vez el tema de una continuidad de la historia (Foucault, 2008: 23-25).

En este sentido, es oportuno plantear no antropologizar las rupturas, las desviaciones, que tiendan a anular lo nuevo. No existe universo de discurso que lo explique todo sino que cada uno posee un umbral.

Por otro lado, con Jacques Lacan, el marco teórico del psicoanálisis implica un nuevo discurso y otra oferta para tratar el malestar en el dispositivo analítico. Lacan crea la noción de *sujeto dividido* (Lacan, 1973/1981), entre otros problemas y nociones que se articulan a ella, para diferenciarse de la noción de individuo, en tanto no es idéntico a sí mismo sino que se lo concibe en una relación de inmisión con un Otro estructural e histórico, de la mano de dos axiomas que se pueden articular y subrayar como importantes: 1-No existe sujeto sin Otro; y 2-no existe realidad pre-discursiva. De esta manera la noción de sujeto depende del discurso del que forma parte. Punto de partida para situar a grandes rasgos una orientación que apueste a no anular la “dis-persión” y apunte a una totalización; no solo porque sería un análisis hegemónico y más pobre, sino también porque puede producir distintos diagnósticos de los temas a tratar, no buscando la síntesis, sino sosteniendo las diferencias y una posible articulación tanto en el trabajo en cada servicio, como en el interior del servicio de psicología y en la especificidad de la dirección de los tratamientos.

Por ello, es importante despejar distintos niveles de análisis en un contexto tan complejo, tanto a nivel institucional como asistencial, y no solo desde una descripción fenomenológica. La idea es transmitir un modo de pensar, el tema planteado, pero teniendo en cuenta la convocatoria dejaré caer varias cuestiones y precisiones teóricas, para transmitir algunas líneas.

El escenario del hospital público, ayer y hoy

1-Considero necesario establecer el contexto en el cual el psicólogo realiza su praxis al trabajar en un hospital público. Las políticas que se llevan a cabo desde el Ministerio de Salud determinan acciones y proyectos en salud pública, como así también desde las direcciones de cada hospital en sentido estricto. De esta manera, se pueden establecer puntos de encuentro entre distintos hospitales.

A la vez, la especificidad que tiene el Hospital Dr. A. Korn, creado en el año 1884, no deja de tener la marca de lo que fue la creación de los asilos en el siglo XIX, en un contexto histórico, político, judicial y disciplinar a partir del cual la demanda a la psiquiatría tuvo un rol preponderante en el nacimiento de los hospicios y de la concepción de la locura, por lo que implica un análisis distinto a otros. Enmarcada en la llamada lógica manicomial, cuyas características sobresalientes eran el aislamiento y la cosificación de los pacientes internados, tanto a nivel institucional como asistencial, además de las con-

diciones terribles de vida y de trabajo. La estructura y funcionamiento del Hospital no es ingenua ni azarosa sino que subyace tanto una política atravesada por distintos discursos como la noción de locura: esto no siempre fue igual. En términos de Foucault, es necesario estudiar las condiciones históricas sobre lo que puede ser dicho, en tanto no se puede hablar de cualquier cosa en cualquier época, ni es sencillo decir algo nuevo sino que depende de un haz complejo de relaciones en cada contexto histórico determinado.

En este sentido, en el Hospital conviven hace años lógicas distintas a las de su creación, que marcaron un modo distinto de concebir las distintas intervenciones y tratamientos en el campo de la salud mental. Cambio de las circunstancias y coordenadas y de las concepciones teóricas, pero que implicó e implica reinstalar la pregunta sobre cuál debe ser la función tanto del Hospital como de quienes trabajan allí.

Aunque se ponga el acento en des-centralizar la atención en la comunidad, no se trata solo de ello. Las ofertas que se realizan desde los diferentes servicios y dispositivos debieran alojar las demandas de la población, pero desde una oferta de tratamiento que la encuadre y que permita abordar lo que motivó la consulta y el padecimiento que conlleva, para decidir la internación, si es necesaria, pero que no favorezca la institucionalización, teniendo en cuenta la particularidad de la clínica de la psicosis y la función que puede tener la internación como recurso terapéutico, aunque no se trate solo de ella, es decir, situar criterios que den cuenta de las decisiones. Por lo cual, es necesario propiciar ofertas heterogéneas de atención, lo cual implica un trabajo interdisciplinario y de interservicios, delimitando los distintos campos de intervención, con los límites y alcances de cada uno. Este planteo debería ir acompañado de una política en Salud Pública que posibilite la creación de nuevos dispositivos, lo cual se habilitaría a nivel legislativo con la promulgación de la Ley de Salud Mental en el año 2010, cuya idea general como punto de partida es la no reproducción de los modelos de intervención asilar, como también la designación de un presupuesto para que ello sea viable y sostener los dispositivos asilares que son necesarios en condiciones dignas, lo cual se dificulta.

Como se viene planteando, la estructura del Hospital responde a cierta concepción y política. La designación Agudos-Subagudos-Crónicos que estructura al Hospital no solo designa el momento de quien ingresa al mismo sino también el término *crónico* es una concepción que dice que no hay nada que hacer y siempre será igual, objetivando a quien lo porta, "ES crónico o

ES agudo”, determinando un destino irrevocable en el contexto discursivo del que forma parte. Primera articulación entre lo institucional con cierta concepción disciplinar, además del discurso jurídico que no queda por fuera del análisis.

En la década de los 60, en un contexto sociopolítico que produjo un cuestionamiento al Estado, se plantea la transformación y cierre de los neuropsiquiátricos, tanto por el encierro como por la concepción de la psiquiatría positivista, donde surgen los movimientos de la anti-psiquiatría, de la mano de ciertos términos, como Instituciones totales y anti-instituciones. Algunos postulan posiciones extremas, poniendo el acento en la crítica institucional y haciendo una apología de la locura y la libertad, borrando toda concepción psicopatológica. Se instala el debate u oposición entre la psiquiatría y la anti-psiquiatría. Emiliano Galende, quien toma ideas de lo comunitario pero es más cauteloso en sus planteos, propone que no se trata ni de medicalizar para encubrir el padecimiento subjetivo ni de negar los problemas que existen en el campo de la salud mental (s/a).

Se renueva en distintos momentos la pregunta sobre la función del hospital, aunque parezca un tema superado o anacrónico, aun con la promulgación de la Ley y los cambios que se han producido hace años en el hospital, el análisis no es lineal ni evolutivo y conviven distintas ideas al respecto. Por ejemplo, la función de la internación, se trata de responder a la pregunta sobre por qué es necesaria la internación considerando la urgencia o la emergencia de cada situación, las condiciones subjetivas, el contexto social y establecer un cálculo posible.

De esta manera, acentuar solo la idea de lo comunitario como oposición al hospital, sin considerar la dimensión clínica, o sobrevalorar el discurso del derecho, en cuanto a la oferta que debiera tener el hospital para tratar el malestar y las distintas problemáticas de quienes demandan atención, es un análisis parcial e insuficiente. La disyuntiva no estaría marcada por internar o no internar, o el cierre del hospital, considerando el punto de partida y la crítica a la lógica señalada, sino debatir sobre la función que debieran tener los servicios y dispositivos. Tampoco depende solo del lugar donde se lleve a cabo, aun rescatando lo que ello implica, sino sobre todo de la lógica y la ética determinada por el marco teórico-clínico en cada servicio donde se realice nuestra praxis.

La estructura actual del Hospital y la atención de pacientes ambulatorios e internados

En la actualidad, el Hospital cuenta con la Dirección Ejecutiva y las Direcciones Asociadas de Salud Mental y del Hospital General, de las cuales dependen jerárquicamente los demás sectores y servicios, cada una con sus Jefaturas correspondientes. El mapa es el siguiente:

- El Sector de Agudos: la puerta de entrada es la Guardia de Salud Mental, donde se evalúa la gravedad de las consultas. Si se decide la internación, los hombres ingresan al Servicio de Atención en Crisis y las mujeres, al Servicio de Agudos Mujeres. También se piensan distintas estrategias según cada situación: se puede volver a citar, derivar a otros servicios cuando es posible, la idea es que existan camas disponibles para 48 horas como máximo, con el fin de evaluar situaciones intermedias. Si no se produce la externación desde el SAC, se derivan al Servicio de Agudos Hombres, no existe SAC de mujeres.
- Los Consultorios Externos de Adultos e Infanto-Juvenil: reciben demandas tanto de la comunidad como derivaciones internas (de adultos), cuando los pacientes obtienen el alta de la internación y continúan tratamientos en forma ambulatoria. También reciben demandas de la institución escolar, entre otras. El servicio de Enlace (interconsulta), que funciona en el Hospital General, depende de este servicio.
- Salas de Subagudos (pertenece al Sector de Agudos) y el Sector de Rehabilitación: contienen salas de hombres y de mujeres por separado, con pacientes internados a largo y mediano plazo. Aunque se ha reducido la cantidad de pacientes internados de todo el hospital a menos de la mitad, en cada caso se apuesta a argumentar por qué cada paciente continúa internado, por lo que es necesario despejar las distintas modalidades de externación, teniendo en cuenta las problemáticas de cada paciente, a través de distintos dispositivos: casas asistidas, semiasistidas o casas de convivencia (se demanda su creación). También existen otros dispositivos creados en los últimos diez años, como el Club Social, el Teatro y Andamiaje donde se realizan distintas actividades y talleres; y el Centro de Rehabilitación Psico-social, dispositivo mixto intrahospitalario que sostiene una lógica distinta de funcionamiento y donde cobra peso considerar el tiempo lógico,

tendiente a situar lo que produjo la internación porque la externación por algún motivo no fue posible desde los Servicios de Agudos. El CAPER, atención médica de pacientes internados en los servicios de Salud Mental.

- Servicio de Externación, del cual dependen los centros Pichón Riviére y Franco Basaglia, junto a la Casa de Pre-Alta, que funcionan en La Plata.
- La Sala Carrillo, centraliza problemas de adicciones y la Sala Charcot, problemas neurológicos.
- El Hospital General (médico-quirúrgico), donde existen distintos servicios y donde los psicólogos trabajan en interconsulta en el Servicio de Enlace, ya mencionado, y de Hebiatría. Se incorporó la Guardia de Salud Mental a este sector, junto a la Guardia Clínica. También es reciente la creación de una Consejería.
- El Servicio Social, el Área Técnica y el Área de Docencia e Investigación.

Desde el Hospital se apuesta a conformar equipos interdisciplinarios (psicólogos, psiquiatras, enfermeros, terapistas ocupacionales, trabajadores sociales y acompañantes terapéuticos), pero no se cubre la mayoría de las vacantes ni se crean nuevos cargos desde el Ministerio de Salud, lo que mejoraría sin duda la calidad de la atención brindada. Cabe explicitar que han ingresado, en el último tiempo, profesionales con cargos interinos de guardia y de planta, lo cual permitió que los residentes puedan continuar trabajando en el hospital una vez finalizada la residencia, entre otros ingresos, lo cual es importante. Por otro lado, debemos señalar que algunos sectores del hospital no cumplen con las condiciones edilicias, ni de higiene y seguridad, adecuadas para la atención.

Servicio de Psicología: abordaje del padecimiento a lo largo de su historia

2-La historia del Servicio de Psicología está atravesada por las características señaladas anteriormente. Creado e incorporado a la estructura en el año 1995, ha pasado por distintas situaciones y lógicas de pensar tanto su función como el lugar del psicólogo en el Hospital. Los psicólogos que se encuadran en la Ley de Carrera Hospitalaria (10471), los becarios, los concurrentes y las prácticas de las cátedras de la carrera dependen del Servicio de Psicología; pero también tienen una doble incumbencia al pertenecer al

servicio donde cada uno realiza su trabajo, porque cada servicio tiene a su vez un jefe de servicio, lo cual complejiza el funcionamiento. En este punto, es importante subrayar el lugar de importancia que tiene la Residencia de Psicología, creada en el año 1990.

Tomar una posición, tanto para la función de jefatura como para ver desde dónde pensar cuestiones institucionales y específicas de la disciplina, no va de suyo sino que, como he indicado, implica una orientación conceptual en lo particular de la profesión y ante las distintas variables y problemáticas que se presentan en cada servicio y entre los integrantes de un equipo.

En la cultura, existen distintas ofertas para tratar el padecimiento y concebir la causa del mismo. Se puede recurrir a la religión, al médico, al psiquiatra, al psicólogo o al psicoanalista. El hospital está inmerso en la cultura e implica una función, un entramado en distintos discursos. La inclusión del psicólogo en el medio hospitalario debiera producir otra oferta para tratar el malestar, produciendo otros efectos en la clínica. En la sociedad occidental sobresale el paradigma biológico e individual, sobre todo con el auge de las neurociencias, que apuestan a explicar toda manifestación humana a través del cerebro o la genética, produciendo una sociedad cada vez más medicalizada. Pero a la vez, se da una situación paradójica: a mayor producción de medicamentos, no ha disminuido el malestar o dolor sino que se produce un mayor consumo, excluyendo cada vez más el abordaje por la palabra.

La creación del psicoanálisis como discurso, en un contexto histórico determinado, ante el surgimiento -en la Modernidad- del sujeto de la ciencia y el corrimiento de la figura del médico para alojar la demanda por sufrimiento, en tanto la clínica quedaba cada vez más relegada a la tecnología y a la distribución de fármacos, produjo una nueva figura social subvirtiendo la causa, más allá de lo biológico e individual.

Con Lacan, se diferenciará *psicosis* de *locura*, en una relación conceptual con la neurosis y la perversión, cuyo antecedente lógico será el campo del lenguaje. Además de excluir la lógica del "para todos por igual" y rescatar la verdad particular o singular que el síntoma conlleva, implica considerar el caso por caso. La noción de sujeto que propone Lacan, conlleva no caer ni en el individualismo ni en la masificación, sino que se lo concibe en una relación de inmisión con el campo del Otro, alojando la queja y el padecimiento, sin anular el deseo. Además de la brújula clínica, permite herramientas para pensar distintas estrategias, intervenciones y evaluaciones en los distintos ámbitos y problemáticas donde el psicólogo realice su práctica. Aunque no

todos los psicólogos trabajan desde el mismo marco conceptual, es necesario explicitar una toma de posición desde donde se habla, ética que barre con los manuales y la estadística. Tampoco se trata de plantear que no haya problemas biológicos y que no haya que medicar, sino de diagnosticar en el contexto histórico, qué ocurre con el malestar y qué posición tomar en lo específico de la profesión para proponer otra lectura y modo de tratarlo. Pero no es una cosmovisión, sino que posee sus límites y alcances. Plantear que no existe universo de discurso que lo explique todo implica despejar a qué disciplina está dirigida la demanda y así establecer los distintos campos de intervención en un equipo de trabajo. Sostener la tensión entre quien consulta, el hospital y las distintas prácticas, da lugar a que la oferta no se reduzca a una.

Ambos ejes se ponen en relación al concebir la especificidad del Servicio de Psicología y la función del psicólogo en el contexto hospitalario, al formar parte de un sistema de relaciones, sosteniendo la particularidad tanto entre servicios y abordajes distintos, como en el interior del Servicio de Psicología.

Entre el discurso comunitario y el paradigma biológico que atraviesa nuestra cultura y nuestra institución, es necesario que existan distintos modos de concebir nuestro trabajo. El análisis de discurso implica sostener la tensión y no la superposición entre: el sujeto del derecho - individuo autónomo y responsable de sí mismo-, el sujeto de la ciencia y el sujeto que propone el psicoanálisis con Lacan, diferencia que invita a reflexionar sobre ello. Sostener el espíritu crítico y racional, contra toda ortodoxia y unificación. Priorizo el modo dialéctico, la idea es que no se excluyan sino que convivan distintas concepciones cuyo horizonte es el tratamiento ante el malestar, bajo las distintas disciplinas y ofertas que delimitan diferentes modos de operar con el saber.

Las variables que se ponen en juego al trabajar en un hospital público son: las políticas en salud desde el Ministerio de Salud y desde las direcciones del hospital, las diferentes concepciones determinadas por el campo de cada profesión y de otros trabajadores y la posición que se tome en el lugar donde se realiza nuestra praxis, considerando la historia, la estructura y el funcionamiento del mismo. Las diferencias y modificaciones que se planteen en el contexto actual, en parte dependen de propiciar espacios de encuentro e intercambio, dando lugar a las preguntas y despejando distintos niveles de análisis entre las cuestiones institucionales y las inherentes a lo específico de nuestra disciplina, por ello la importancia de articular ambos ejes. Al mismo tiempo, existen distintas responsabilidades en torno a las condiciones

laborales y de los lugares de atención de los pacientes, como de la creación y mantenimiento de los dispositivos, de la mano de sostener el derecho a la salud pública.

Referencias bibliográficas

- AAW (2007). "Lo manicomial en lo alternativo, lo alternativo en lo manicomial: prácticas y posiciones". Documento de la Residencia de Psicología. Hospital Dr. A. Korn.
- AAW (2015). *Otro Lacan*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Eidelsztein, A. (2001). *Las Estructuras clínicas a partir de Lacan*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Espósito, R. (2011). *Bios. Bio-política y filosofía*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Foucault, M. (2000). *Los Anormales*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2007). *La Arqueología del saber*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica*. Buenos Aires: Paidós.

- Galende, E. & Ardila, S. (s/a). *El concepto de Comunidad en la Salud Mental Comunitaria*. Recuperado de <<http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/obligatorias/CFG/salud/stolkiner/el%20concepto%20de%20comunidad%20en%20la%20salud%20mental%20comunitaria.pdf>>
- Lacan, J. (1966). "Acerca de la estructura como mixtura de una Otredad, condición sine qua non de absolutamente cualquier sujeto". En *Revista Ache-rona* 13.
- Lacan, J. (1985). *Psicoanálisis y Medicina. Intervenciones y textos 1*. Buenos Aires: Manantial.
- Lacan, J. (1987). *De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis. Escritos 2*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Lacan, J. *Seminario 20. Aún*. R. Rodríguez Ponte (trad.). Escuela Freudiana de Buenos Aires.
- Lacan, J. (1995). *Acerca de la causalidad psíquica. Escritos 1*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Montesano, H. (2008). "Psicoanálisis y biopolítica. 1° Parte". En *El Rey está desnudo. Revista del psicoanálisis por venir*, 1 (1).

Marco normativo

- Antecedente Legal: Declaración de Caracas (1990)-Principios de Brasilla (2005).
Ley de Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2000).
Ley de Salud Mental 26657 (2010) y la Ley 14580 de la Provincia de Buenos Aires.

Hospital Dr. Rodolfo Rossi de la ciudad de La Plata

Expositora: Lic. Lilián Alvarado
Expsicóloga del Servicio de Salud Mental

Presentación del Servicio de Salud Mental del Hospital Dr. Rodolfo Rossi

Para dar cuenta del quehacer profesional en el Servicio de Salud Mental del Hospital Dr. Rodolfo Rossi de La Plata comenzaremos por contextualizar el lugar de trabajo. Este Hospital Interzonal de Agudos recibe población de La Plata, Berisso, Ensenada, de ciudades cercanas como Chascomús, Brandsen, Magdalena, del conurbano bonaerense y, en menor medida, del resto de la Provincia de Buenos Aires.

Debido a la frecuencia que demanda un tratamiento en salud mental y a la necesidad de trabajar con el entorno del paciente -familia e instituciones- el Servicio de Salud Mental atiende prioritariamente a personas con domicilio en la ciudad de La Plata y localidades aledañas. Esta regla tiene excepciones vinculadas a la particularidad del caso (hay ciudades de los alrededores que no cuentan con profesionales de la salud mental en las instituciones públicas o que no disponen de profesionales suficientes para satisfacer la demanda del lugar). Vale recordar en este punto que, según la Ley Nacional de Salud Mental, en la reglamentación de su artículo 9, la autoridad de aplicación promoverá que se respete la cercanía de la atención al lugar donde vive la persona.

El Servicio de Salud Mental de nuestro hospital centra su tarea en la atención de adolescentes y adultos por consultorio externo y a través de la interconsulta con otros servicios hospitalarios. Para llevar adelante esta tarea cuenta con un plantel de psicólogos y psiquiatras. Al mismo tiempo, es sede de residencia de Psicología y de Psiquiatría, por lo cual se constituye en un espacio de formación en servicio. El intercambio que se genera entre jóvenes profesionales y otros con extensos recorridos en la institución le aporta riqueza al Servicio. También asisten alumnos de la materia Psicología Clínica de Adultos y Gerontes de la Facultad de Psicología de la UNLP, quienes realizan las Prácticas Profesionales Supervisadas dentro del dispositivo de admisión.

Resumiendo, somos un grupo nutrido de profesionales de la salud que convive en un espacio poco acogedor desde el punto de vista edilicio, de dimensiones que no favorecen la circulación de trabajadores ni de pacientes ni ofrece comodidades para el desarrollo de la tarea, con un número de consultorios insuficiente y sin espacios comunes que habiliten el encuentro de los integrantes del Servicio para una reunión de equipo, la discusión de un tema o la realización de un ateneo; para lo cual es necesario solicitar espacios en el hospital que no están disponibles permanentemente.

La praxis del psicólogo en el Hospital Dr. Rodolfo Rossi

Para el abordaje por consultorios externos los pacientes ingresan al dispositivo de Admisión, ya sea a través de la demanda espontánea, o bien mediante la derivación de otros servicios hospitalarios o de otras Instituciones.

Por su parte, al dispositivo de Interconsulta los pacientes acceden a partir de la derivación realizada por los profesionales de los servicios en los que reciben asistencia. Este dispositivo se articula con el resto de los Servicios del Hospital, como por ejemplo las salas de Internación y la Guardia.

Al mismo tiempo el Servicio se ocupa de hacer certificaciones en articulación con el Área de Rehabilitación para la tramitación de pensiones o certificados de discapacidad. Desde hace unos años, funciona un taller de música, y desde hace unos pocos meses, uno de plástica al que asisten pacientes del Servicio. Dispone, además, de una habitación en el piso que se utiliza para la internación de pacientes de Clínica Médica.

Es necesario mencionar que en todas estas áreas de trabajo se desempeñan psicólogos, y que la creación de algunas ha sido promovida por estos

mismos profesionales. A lo largo de la historia del servicio, los psicólogos se han ido insertando en diversas áreas del Hospital: Infectología, Otorrinolaringología, Unidad de Transplante de Médula Ósea, Equipo interdisciplinario de Fibrosis Quística. Más cerca en el tiempo, trabajamos en articulación con la Secretaría de Derechos Humanos, asistiendo a testigos de juicios por crímenes de lesa humanidad y, actualmente, participamos de un equipo que interviene en los casos de abortos no punibles, con el proyecto de generar una consejería en el futuro. Nuestro trabajo se fue visualizando en el hospital al tiempo que fueron aumentando las derivaciones de pacientes y las solicitudes de interconsulta de distintos servicios, entre ellos, Clínica Médica, Ginecología, Dermatología, etc.

La experiencia de trabajo realizando admisiones nos permite constatar el aumento de la demanda y los cambios producidos en la modalidad de intervención de muchos médicos. Es posible advertir que profesionales de distintas especialidades médicas, que indicaban rápidamente psicofármacos a pacientes en duelo, angustiados o con dificultad para conciliar el sueño y derivaban a Salud Mental recién cuando veían que la respuesta del paciente a la medicación no era la esperada, con el paso del tiempo empezaron a derivar antes de medicar. Este es un dato importante ya que vivimos en una época en la que hay una fuerte tendencia a invisibilizar el malestar con un fármaco, y en la que se impone que todo padecimiento debe ser adormecido. Es imprescindible trabajar para que en el hospital este rasgo de época se ponga en discusión y no se naturalice; esta es una tarea que los psicólogos llevamos adelante, con dificultad, con esfuerzo, con marchas y contramarchas, pero avanzando en la problematización de esta tendencia a la medicalización de la vida cotidiana.

La admisión

En este espacio el psicólogo tiene, como una de sus responsabilidades, realizar la primera o las primeras entrevistas a quienes demandan atención. En la entrevista de admisión se deberá ubicar quién pide la intervención. Algunas veces, será el paciente el que llega pidiendo ayuda, pero otras, será la familia, la escuela, el juez, el patronato de liberados, el médico. Esto hace que uno de los primeros trabajos sea el de generar la demanda de tratamiento por el padecimiento que los lleva a consultar. Cuando alguien llega a la consulta respondiendo al pedido de otro, hay que redoblar la apuesta de trabajo para ver si se produce algún interrogante sobre “eso que otro dice que le pasa”.

El dispositivo de admisión intenta alojar al sujeto generando un espacio en el que pueda atribuir a su padecimiento un sentido que se articule a una demanda dirigida al profesional. Para que surja una primera demanda de tratamiento, algunas veces, es necesario citar al consultante a una nueva entrevista, a la que denominamos entrevista ampliada. Este acto introduce una pausa, en la que se busca instalar un tiempo para comprender.

En la entrevista de admisión cobran importancia las preguntas dirigidas al paciente. Se trata de escuchar por qué viene, por qué ahora, por qué a este Servicio, qué se pregunta, a qué atribuye el padecimiento que presenta, qué espera de un tratamiento.

Cuando el marco teórico es el psicoanálisis, se apuesta a un compromiso del sujeto con su padecimiento, que posibilite que el sufrimiento que lo trajo a la consulta pueda transformarse en trabajo analítico. Dirigir la cura, sin dirigir al paciente, con intervenciones que funcionen como facilitadoras de la palabra en la que el sujeto pueda representarse.

La admisión está a cargo de un profesional del Servicio, acompañado por un residente. Son ellos quienes, junto con el paciente, resolverán si inicia un recorrido terapéutico en ese hospital; si lo hará sólo con un psicólogo o también requerirá la intervención de un psiquiatra; si es necesario trabajar con la familia o personas de su entorno, o con la escuela (si se trata de un adolescente); si es conveniente realizar una derivación a otra institución; si se requiere una internación o si, en ese momento, está demandando una atención que el Servicio no puede ofrecerle. Una vez atravesada la admisión, el paciente comienza un recorrido con un profesional. En este punto vale recordar las recomendaciones que daba Sigmund Freud en el texto *Sobre la iniciación del tratamiento*. Allí, en el año 1913, enunciaba, a modo de consejos, algunas reglas para el inicio del tratamiento psicoanalítico, aclarando que estas cobrarían significado en el contexto de un plan de acción. Una de estas recomendaciones era la de aceptar a los pacientes nuevos provisoriamente por algunas semanas, tiempo en el que se decidía si era apto o no para el psicoanálisis (1913:126).

La internación

Un párrafo aparte merece la internación. Siempre se trató de lograr el cumplimiento de ciertas condiciones mínimas para garantizar el respeto de los derechos del paciente en su período de internación, acordando que esta

será considerada “un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y (que) sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social” (Ley 26657, art 14).

La internación en nuestro Servicio de Salud Mental tiene una historia marcada por la falta de infraestructura necesaria y de profesionales que integren un equipo para brindar la atención óptima a cada paciente. Aunque también está signada por la firme convicción, compartida por los profesionales del servicio, de que la internación tiene que realizarse en el Hospital General.

La complejidad del quehacer del psicólogo en la actualidad

Una pregunta que debemos hacernos es si lo que ofrecemos está a la altura de la complejidad de las situaciones que atendemos. Las problemáticas de salud actuales nos exigen un trabajo en red, interdisciplinario e intersectorial, que debemos incorporar deconstruyendo modalidades aprendidas. Conducir tratamientos con profesionales que trabajan en otras instituciones, lograr que las paredes del consultorio dejen de ser el límite del espacio en el cual se desarrolla nuestra tarea, salir del hospital, trabajar junto al paciente en la construcción de lazos y también gestionar los recursos que estos cambios requieren para ser efectivos. La situación es compleja por la escasez de recursos económicos y por la falta de implementación de políticas sanitarias que promuevan la plena implementación de la Ley de Salud Mental. Pero también lo es, por nuestras propias dificultades para repensar la lógica de nuestras prácticas, para problematizar lo que hacemos y para pensar con otros qué es lo que necesitamos modificar. Parafraseando a Cornelius Castoriadis, es necesario llevar a cabo un esfuerzo de elucidación, esto es, “pensar lo que hacemos y saber lo que pensamos” (Castoriadis, 2007: 12).

Llegado a este punto, se hace necesario puntuar lo siguiente: es políticamente correcto adjetivar el trabajo en salud como interdisciplinario, pero también, bajo esa denominación, encontramos prácticas disciplinares o *collages* armados con los retazos que aporta cada profesión que interviene en la atención de un paciente. Hay una brecha enorme entre lo que se hace y lo que se conceptualiza como abordaje interdisciplinario de problemas complejos, que implica un movimiento en el cual, las disciplinas deben proponerse la construcción de una conceptualización común del problema y la elaboración de estrategias de intervención consensuadas en el abordaje. Al decir de Alicia Stolkiner:

[...] La interdisciplina nace (...) 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 inervadas de contradicciones e imbricadas con cuerpos conceptuales diversos (Stolkiner, 1987:315).

Más difícil aún, es lograr un trabajo intersectorial que contemple las necesidades de los usuarios del sistema de salud vinculadas al trabajo o la educación.

Para quienes llevan adelante prácticas en el ámbito institucional, representa un desafío el aprender a trabajar con colegas y con compañeros de otras disciplinas. La demanda asistencial, la perentoriedad de los requerimientos que llegan al hospital, y nuestras propias limitaciones no propician el encuentro para la discusión y la construcción de un saber compartido. La interdisciplina es un punto de llegada, no uno de partida, no por juntarnos eventualmente a tratar la situación de un paciente es que trabajamos interdisciplinariamente.

El lugar del psicólogo como trabajador

Para finalizar, queremos remarcar que los psicólogos en los ámbitos públicos somos trabajadores del Estado, un Estado que debe garantizar el derecho a la atención de la salud a la población. Cuando el paciente llega al hospital, el Estado somos nosotros, los trabajadores del Hospital, y en ese momento, tenemos que arbitrar los medios para intervenir, de la mejor manera posible, en esa situación que se nos presenta. Al mismo tiempo tenemos que exigir a las autoridades que los derechos de los usuarios del sistema de salud y los nuestros, como trabajadores, se respeten. Lograr este respeto requiere asumirnos como trabajadores y defendernos colectivamente, no solo al interior de las instituciones sino también fuera de ellas. Tenemos que juntarnos, hacer públicos nuestros reclamos, participar de las organizaciones que nos representan (colegio profesional, sindicatos). En síntesis, protagonizar la lucha por la defensa de nuestros derechos y los de nuestros pacientes, recordar que los derechos se ejercen, pero antes se conquistan y que en la historia de los trabajadores nunca se conquistaron derechos sin luchar.

Referencias bibliográficas

Castoriadis, C. (2007). *La institución imaginaria de la sociedad*. Buenos Aires: Tusquet.

Elichiry, N. (comp.) (1987). *El niño y la escuela. Reflexiones sobre lo obvio* (pp. 313-315). Buenos Aires: Nueva Visión.

Freud, S. (1913). *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu.

Marco normativo

Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Recuperado de <www.sada.gba.gov.ar/salud_mental/index.php>

Hospital Interzonal General José de San Martín de La Plata

Expositora: Lic. Lorena Parra
Jefa del Servicio de Salud Mental

Presentaciones

En principio, agradezco la invitación a participar de estas jornadas, y volver así a la Facultad a conversar sobre la práctica que me fue posible debido al título obtenido y a la formación que me fue brindada por esta universidad, pública y gratuita, y por la entonces Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación (no era aún Facultad de Psicología). Es por eso que considero valioso poder compartir aquí el saber obtenido de los espacios de inserción transitados desde mi graduación.

Después de recibirme, corría el oscuro año 2001, tuve algunos pocos encuentros con la práctica desde dispositivos alternativos a la internación en salud mental. Ya en ese entonces, me preocupaba y ocupaba el modo de tratar la locura, esa que rompe el lazo social y para la que se requiere tener presente cuestiones múltiples, no solo psicopatológicas. Me refiero a la locura que se padece, a la que se le dificulta encontrar modos vivibles de habitar este mundo, y que a su vez genera prejuicios en torno a su “peligrosidad”, estigmatización y segregación. Luego, a partir de este interés, ingresé a la Residencia de Psicología del Hospital Interzonal General José de San Martín, del cual sabía que era un hospital general que contaba con sala de internación de Salud Mental. Eso fue lo que me hizo elegirlo (además de la presencia de

una amiga allí), así como el trabajo interdisciplinario que se realizaba y que hacía que compartieran todos los espacios clínicos los psicólogos y psiquiatras, agregándose algunos trabajadores sociales.

Hoy me encuentro en ese mismo hospital, del que fui instructora de la Residencia de Psicología durante casi diez años; ingresé como profesional de planta y ahora estoy en un lugar de gestión, nuevo para mí y también para el Servicio, ya que hasta ahora esta función siempre había sido realizada por un psiquiatra. Posibilidad que nos da la Ley de Salud Mental N° 26657 y que tomé para iniciar un camino en el que aspiro que quede una marca del recorrido mencionado. Ocasión que brinda la actualidad del campo de la Salud Mental, en el que distintas disciplinas abocadas a tratar el padecimiento mental se encuentran por primera vez en condición de interlocutores en paridad. Asimismo, en el que ha habido una gran deserción de psiquiatras, por infinidad de motivos, sin dudas, y entre ellos el malestar que conlleva habitar una guardia. Esta es una de las prestaciones que distinguen a este servicio de salud de otros en la región: una guardia de 24 horas los 365 días del año. Hasta hace muy poco, ese sí era un ámbito médico psiquiátrico, debido a que no contábamos con cargos de psicólogos de guardia. Como residentes hacíamos allí una rotación, siempre de visitantes. Tras años de lucha para obtener otro lugar, en la actualidad contamos con psicólogos de planta permanente en ese ámbito. Este es un movimiento que permite que nuestra inserción cobre otro valor, nuestra intervención, otras posibilidades y otorga al tratamiento del sufrimiento psíquico una indudable ganancia.

El Servicio de Salud Mental cuenta además con otros dispositivos, algunos también únicos en la región: hospital de día, interconsulta, admisión y consultorios externos, y actividades de esta índole replicadas en el área de maternidad y neonatología.

Lectura de la praxis del psicólogo desde el psicoanálisis lacaniano

La complejidad del Servicio de Salud Mental de este hospital supone, como psicólogos, participar en actividades e intervenciones individuales, grupales e institucionales. Esta multiplicidad de prácticas y campos de intervención, requiere de un profesional versátil, sin que eso implique perder especificidad o rigor conceptual.

Es desde el psicoanálisis de orientación lacaniana que he habitado, y habito, estos lugares, sin que eso haya sido un escollo. El psicoanálisis como praxis

puede aportar su eficacia en distintos niveles, porque supone una lectura que pone en valor el lugar de lo que *no marcha*, del síntoma, como parte inherente de la subjetividad, para en lugar de acallararlo sin más, ponerlo a trabajar y arribar a modos más vivibles de hacer con él. Pragmática que puede aplicarse a lo singular, grupal e institucional, y que permite pasar de la impotencia a la imposibilidad. Reconocer el punto de imposible localiza lo posible y da lugar a la invención de respuestas nuevas con las que hacer frente a los desafíos del momento en que se inscribe nuestra práctica, en un campo atravesado por diversas problemáticas y complejidades. Esto permite un *saber hacer* sin las añoranzas y nostalgias de una época anterior, en que ilusoriamente las Instituciones de salud habrían tenido lo que hoy no. Conexión con un real que no se desconoce ni se teme, sino que se considera a la hora de intervenir; sin dejar de contemplar el contexto actual, hostil, en el que nos encontramos.

Una brújula para nuestra inserción constituye estar advertidos de que la práctica clínica de la salud se presenta siempre inconsistente, y no necesariamente por faltas en el saber. Esto se debe a que es una praxis en la que encontramos inevitablemente situaciones que rondan el terreno de lo equívoco, de las paradojas de las buenas intenciones, de las ambigüedades relativas a querer el bien, “donde las fórmulas y las recetas fracasan o se muestran ineficaces de dar cuenta de la totalidad de las variables” (Fridman, 2009). Esto puede parecer una obviedad, pero no lo es en el ámbito en el que el discurso médico es hegemónico, más aún en el último tiempo en el que la ciencia ha cobrado mayor presencia, y así el régimen que propone en alianza con el mercado (de objetividad, eficiencia, eficacia) supone una rigurosidad universalizante que deja de lado de modo más radical al cuerpo hablante.

Nuestra función en este marco es, principalmente, apuntar a la singularidad, respetando la articulación entre lo universalizante de las normas y lo singular de un sujeto. Eric Laurent señala que esto “no solo se alcanza respetando los derechos de la persona, lo que es un requisito necesario, sino dejando hablar al sujeto. Primero no hay que hablarlo, o someterlo a la regla, aunque fuera la mejor de las reglas” (2000:86). De algún modo va en la misma línea de lo que plantea J. A. Miller cuando dice “el discurso del Amo quiere siempre lo mismo, quiere el como todo el mundo. Y si el psicoanálisis representa algo es el derecho, es la reivindicación del *no como todo el mundo*” (2011:36).

En ese sentido, es importante recordar que el psicoanálisis surge con esta premisa, en tanto Freud en los inicios es categórico al decir:

[...] nos negamos de manera terminante a hacer del paciente que se pone en nuestras manos en busca de auxilio un patrimonio personal, a plasmar por él su destino, a imponerle nuestros ideales y con la arrogancia del creador, a complacernos en nuestra obra luego de haberlo formado a nuestra imagen y semejanza (1992:160).

Ahora bien, la práctica institucional mueve el cuerpo del practicante del psicoanálisis: lo saca del consultorio y lo convoca necesariamente a la interlocución con otros actores institucionales y sociales. Esto supone desprenderse del narcisismo de ser el representante de una teoría o visión del mundo, así como de una cuestión identitaria rígida, para sostener equipos de trabajo con otras disciplinas y/o discursos y lidiar con las diferencias. Tarea incómoda, difícil, en donde convertirse en un “objeto versátil, disponible, multifuncional” (Miller, 1999: s/p) no es simple, si se tiene como premisa dar lugar a lo singular. Francois Ansermet utiliza una expresión preciosa y precisa para referirse a este tipo de práctica: se trata de un psicoanálisis *implicado*, en vez de aplicado (2017:176). Sostiene que poner en juego la causa analítica en una institución médica pasa por un buen uso del semblante y del malentendido. Así, a los pedidos que se nos dirigen no podemos responder simplemente “esto no lo hago porque no es analítico”, o “nosotros no dirigimos al paciente” o, cuando nos convocan como especialistas de la psique decir “disculpe pero de eso no tengo idea”. Posiciones que nos dejan por fuera, parados muchas veces en la infatuación, y sin posibilidad de encontrarnos con el sujeto en cuestión, que solo emerge a partir de una lectura que va en su búsqueda, a partir de aportar una presencia. Esto supone también para nosotros no caer en la “trampa de la causalidad” (Ansermet, 2017:176) que puede constituir nuestra defensa ante lo imposible de soportar. La clínica se vincula con lo contingente, inesperado, sorpresivo, y con la búsqueda de los pequeños detalles que nos permitan leer e intervenir sobre el real en juego, cada vez.

Habitar un dispositivo de salud mental es estar advertido de que la acción analítica no se rige por la prohibición de los excesos, ni por los protocolos válidos para todos, sino por la lógica propia de cada situación. Esto no quiere decir que no contemplemos las normas o marcos institucionales que nos atraviesan en determinado lugar, porque no se tratará tampoco de mostrarnos como quien está por fuera del Otro, de un modo canalla. Más bien tenemos en cuenta al Otro en cuestión, pero no para señalarlo como garante de nuestras fallas o nuestros aciertos. Es desde el vector de la inconsistencia del

Otro, como decía al principio, que nos ayuda a incluir lo incierto y las faltas en el saber que la clínica nos presenta y con lo que hay que vérselas cada vez. Es un modo también de incluir el no-todo en acto, tanto en el trabajo con grupos de pacientes como en los grupos de trabajo.

Otra cuestión importante que nos orienta es en cuanto a los tiempos, en tanto se trata de *hacer uso* de los tiempos lógicos lacanianos. Así como en ocasiones es necesario incluir una ficción del “hay todo el tiempo” cuando lo que se presenta es la urgencia, el borramiento del momento de comprender para rápidamente concluir; también es necesario hacer uso de lo contrario, del “no hay todo el tiempo”, que implica y supone agujerear la dimensión asistencial que predomina en la institución hospitalaria. Esa que a veces se juega en tanto intentos de resolver todas las condiciones de vida de alguien, con la impotencia a la que esto lleva. El psicoanálisis permite introducir la experiencia del límite y de la pérdida, algo que en la época actual estamos lejos de que tenga lugar.

La Ley de Salud Mental hoy

Por último, tomo otro de los ejes que nos habían propuesto para esta presentación: la adecuación a la Ley de Salud Mental y sus dificultades en la práctica cotidiana. El Servicio de Salud Mental en el que me encuentro cuenta con Sala de Internación en Hospital General, con trabajo interdisciplinario y condiciones breves de internación hace 30 años. Es decir, es un dispositivo como el que la ley propone: internación como última medida restrictiva para cuadros clínicos agudos, en hospital general.

Grandes escollos en la actualidad constituyen la carencia de otras salas de internación de esa índole en hospitales generales, y de dispositivos intermedios que propicien el sostén del paciente por fuera de la internación, para que sea efectivamente el último recurso al que se apele. Es ínfima la cantidad de emprendimientos laborales y productivos, centros de formación laboral, centros de día o talleres protegidos para pacientes de salud mental, tal como lo plantea el artículo 11 de la Ley Nacional de Salud Mental. Se cuenta con pocos profesionales de salud mental en centros de salud emplazados en la comunidad, y de hecho no hay en el área de La Plata o alrededores psiquiatras con los cuales contar ahí para tratamientos ambulatorios, y a veces tampoco psicólogos. Esa carencia de sostenes y la grave situación socioeconómica actual generan que cada vez sean más las presentaciones en la urgencia, con intentos de suicidios graves y/o estallidos de violencia hacia

otros o hacia sí mismos. Estos casos abundan y pocas son las respuestas que pueden darse, teniendo solo 10 camas en la sala de internación y dos *boxes* de guardia reservados para salud mental, y sin que, como plantea el artículo 28 de la Ley Nacional de Salud Mental, los hospitales generales cuenten con recursos para internar (edilicios y humanos).

En ese sentido, es necesario seguir insistiendo con la implementación plena de la Ley N° 26657, sin que el acento solo esté puesto en los hospitales monovalentes y su cierre, sino en lo que puede permitir que efectivamente eso suceda. Para que no sea una bandera que se use para desmantelar lo existente y dejar a quienes están siendo expulsados del sistema, más segregados aún. No hacen falta los muros para ello, y de eso también estamos advertidos desde nuestra formación.

Referencias bibliográficas

- Coccoz, V. (comp.). (2017). *La práctica lacaniana en instituciones II. Soluciones, invenciones*. Buenos Aires: Grama.
- Freud, S. (1992). *Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica* (1919 [1918]), *Obras completas*, Volumen XVII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Fridman, P. (2009). "Los principios de la Bioética en Salud mental y Psicoanálisis". En Fantín & Fridman (comps.). *Bioética, Salud Mental y Psicoanálisis*. Buenos Aires: Polemos.
- Lacan, J. (2006). "Psicoanálisis y medicina". En *Intervenciones y textos 1*. Buenos Aires: Manantial.
- Laurent, E. (2000). *Psicoanálisis y salud mental*. Buenos Aires: Paidós.
- Miller, J.A. (1999). "Contraindicaciones del tratamiento analítico". En el *Sumario de la EOL: El Caldero de la Escuela*, 69. Buenos Aires.
- Miller, J. A. (2011). *Sutilezas analíticas*. Buenos Aires: Paidós.
- Rubistein, A. (2009). *Un acercamiento a la experiencia*. Buenos Aires: Grama.

Hospital Subzonal Especializado Dr. José Ingenieros

Melchor Romero, La Plata

Expositora: Lic. Silvia Zamorano
Directora ejecutiva

En esta oportunidad voy a compartir con ustedes la experiencia de refuncionamiento que estamos llevando a cabo en el Hospital Subzonal Especializado Dr. José Ingenieros, ubicado en la localidad de Melchor Romero, en el marco legal que implica la Ley Nacional de Salud Mental.

El Hospital Subzonal Especializado Dr. José Ingenieros: su historia y sus usuarios

Durante sus primeros años funcionó como instituto de menores, llegando a alojar a 300 niños y niñas, hasta el año 1994, momento en que se reconvierte en hospital especializado como dependencia del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, orientado a la internación de varones mayores de edad con discapacidad intelectual.

Actualmente se alojan y viven en el hospital 50 hombres con diverso grado de discapacidad intelectual. Entendemos la *discapacidad intelectual* como la coexistencia de una limitación significativa en la inteligencia y en las habilidades adaptativas que ha sido evidente con anterioridad a los 18 años de edad.

Todas las personas alojadas se encuentran judicializadas y bajo la supervisión de las curadurías y juzgados de familia. Un gran número de ellos se

encuentra institucionalizado desde corta edad, por abandono de su familia o por pertenecer a grupos familiares con alto grado de vulnerabilidad.

Si bien un gran porcentaje de estas personas presenta una discapacidad severa con necesidad de asistencia en las actividades de la vida diaria, tal como vestirse, alimentarse, asearse y con uso de pañales, lo cierto es que la internación sostenida durante tantos años se debe más a su situación social y familiar que a su diagnóstico de base.

Es claro en este sentido que si existiera una red familiar, social y estatal, estas personas podrían transitar sus días en otros ámbitos que no fuera el hospital monovalente; sin embargo su situación de internación es heredera del modelo asilar que sostiene la hospitalización como la mejor modalidad de tratamiento y cuidado para estas personas. Su internación es consecuencia de un modelo jurídico-médico que establecía la condición de insanía como un sello que las condenaba a la segregación social crónica y a la consideración de su estado como irreversible. Todas las personas internadas comparten este estigma médico-legal.

El Hospital ofrece actualmente actividades de taller intra y extramuros, así como talleres integrados con personas de la comunidad que rodea al Hospital. El equipo terapéutico está conformado por psicólogos, médicos, trabajadores sociales, acompañantes terapéuticos, talleristas, abogados, terapistas ocupacionales, enfermeros y asistentes terapéuticos. Recientemente, se incluyó en el plantel una kinesióloga y a una fonoaudióloga. Todos ellos trabajan diariamente en el cuidado y la asistencia y brindan actividades formativas, recreativas y de estimulación a los jóvenes. También se ofrecen espacios de psicoterapias individuales y grupales, asistencia psiquiátrica y atención clínica.

Nuestro hospital presenta una particularidad: cuenta con un área de consultorios externos con atención primaria en salud dirigido a la asistencia de la comunidad cercana. Este hecho constituye una fuente permanente de interrelación entre las personas internadas y las personas del barrio. En este sentido, no se trata de un hospital "cerrado" totalmente, si bien las condiciones de "encierro", tal como se puede entender en las instituciones totales, se encuentran presentes.

Cuando decimos *condiciones de encierro* nos referimos a ciertas prácticas atravesadas por la concepción paternalista de la discapacidad. En nuestro hospital encontramos que el modelo asilar-tutelar con marcado paternalis-

mo se encuentra afianzado en muchos de los trabajadores y también -¿por qué no?-, en las mismas personas internadas.

Paradigmas en torno a la discapacidad. De la enfermedad y el pecado hacia un enfoque de derechos

Desde la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental en 2010 hasta la fecha, se ha iniciado un lento proceso de cambio en los hospitales monovalentes orientado por un enfoque de derechos, que pone el énfasis en la autonomía de la persona y en el reconocimiento de la capacidad para tomar sus propias decisiones.

En ese marco, nuestro desafío como Dirección del Hospital consiste en darle cuerpo a un posible refuncionamiento del mismo, en el contexto jurídico que implica por un lado, la *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*, y por otro, la Ley Nacional de Salud Mental. Sabemos que se trata de un cambio cultural profundo. En materia de discapacidad intelectual y también de salud mental en general, conviven prejuicios arraigados de otras épocas que moldean modos de intervención aún existentes en las instituciones.

A lo largo de la historia de la humanidad se pueden distinguir diferentes modelos para pensar la discapacidad, estos modelos, metodológicamente distinguidos, coexisten muchas veces en el imaginario cultural y en los modos de interactuar con las personas con discapacidad.

Podríamos señalar, siguiendo a Laín Entralgo (s/a), que la discapacidad a lo largo de la historia ha oscilado entre dos extremos, expresados en los términos de *enfermedad* o *pecado*. Los modelos sobre la discapacidad responden cabalmente a estas dos líneas: pensar a la discapacidad en tanto efecto de una voluntad divina o bien como un hecho médico, es decir que ha quedado atrapada en las significaciones del discurso religioso o del discurso médico con todo lo que cada uno de ellos representa en su amplitud.

En la década de los 60, a partir de la participación activa de las personas con discapacidad, surge un nuevo modelo denominado *modelo social de la discapacidad*, que queda formalmente establecido en la *Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad*, sancionada en el año 2006.

La *Convención* es un documento firmado por más de 150 naciones en la sede de Naciones Unidas (ONU) en diciembre de 2006 y que toma carácter cons-

titucional en nuestro país en el año 2008. Se considera el primer acuerdo internacional sobre Derechos Humanos del SXXI. Se trata de un extenso documento que tiene como propósito “promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad y promover el respeto de su dignidad inherente” (Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad, 2006).

Destacaremos dos puntos centrales de la *Convención*. En principio, parte de la idea de la discapacidad como concepto dinámico, es decir, que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que obstaculizan el pleno ejercicio de sus derechos. En este sentido, se conmueve la idea de la discapacidad ligada a un problema meramente del individuo, y también el hecho de tratarse de un estado inamovible, dado que en tanto se den los apoyos y ajustes necesarios, un sujeto puede ser más o menos discapacitado de acuerdo al contexto. Esta premisa fundamental de la *Convención* sustenta nuevos modos de intervención sobre la discapacidad, desplazando la hegemonía médica en este terreno. Toma relevancia el concepto de *apoyo*, definido por la AAMR (Asociación Americana de Retardo Mental) en 2002 como “recursos y estrategias con el objetivo de promover el desarrollo, la educación, los intereses y el bienestar de una persona y mejorar el funcionamiento individual”.

Podemos agregar que incluso la situación misma de discapacidad se evalúa de acuerdo a la mayor o menor necesidad de apoyos, y no ya al “grado” de deficiencia. Es decir, se da lugar a un modelo de la discapacidad centrada en la persona, donde se deben evaluar las habilidades particulares, los ámbitos de intereses, las potencialidades para diseñar la mejor estrategia de apoyos.

Sostener un modelo “centrado en la persona” parece encontrarse en las antípodas del modelo biológico de la discapacidad, que por entenderla como una enfermedad orgánica, crónica e incurable, no dejaría espacio a la singularidad de la persona y al rescate de sus habilidades e intereses.

Subrayamos esta noción de *apoyos* porque la consideramos fundamental a la hora de pensar en una reconversión del hospital especializado.

Otro de los puntos salientes de la *Convención* se enuncia en el artículo 12. Este afirma que las personas con discapacidad tienen derecho al reconocimiento de su capacidad jurídica, lo que podría entenderse como el derecho a tomar sus propias decisiones. Se enuncia:

[...] Las personas con discapacidad tienen capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida, (...). Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para proporcionar acceso a las personas con discapacidad al apoyo que puedan necesitar en el ejercicio de su capacidad jurídica (*Convención de los derechos de las personas con discapacidad, 2006*).

Este artículo conlleva un giro absolutamente radical en cuanto a la concepción antigua de la discapacidad mental, donde la persona con discapacidad era ubicada como objeto de las decisiones de otros. Asistimos a un pasaje de un modelo de la *sustitución* de la capacidad jurídica a uno de *asistencia* en la toma de decisiones.

El Hospital Subzonal Especializado Dr. José Ingenieros: estrategias para su adecuación a la Ley Nacional de Salud Mental

En nuestro hospital asistimos a resabios del modelo médico rehabilitador de la discapacidad, donde el Otro es quien mejor sabe lo que es bueno para la vida del paciente, objetalizando a la persona y borrando su particularidad.

Menciono algunos supuestos básicos que sustentan las prácticas que se llevan adelante y que responden a este modelo:

- Las personas discapacitadas son como niños.
- Las personas discapacitadas tienen conductas agresivas inmotivadas.
- Las personas discapacitadas no saben lo que sería bueno para ellas.
- Es necesario que otro (médico, asistente, juez) decida por ellos.
- El hospital es un lugar seguro y el mejor lugar en que puedan estar.
- Los trabajadores del hospital somos su familia.
- Las personas discapacitadas necesitan disciplina para moldear su conducta.
- El hospital está para cuidarlos, asistirlos y entretenerlos.

Por otra parte, la organización institucional conlleva un “para todos” que borra la singularidad de cada quien: las rutinas de la vida diaria se realizan con todos los jóvenes, las piezas son compartidas y no hay elementos que parti-

cularicen la cama de cada uno, no existe noción de “intimidad” a la hora del baño o de la práctica sexual.

Sin embargo, resulta interesante que al modo de un retorno de lo reprimido, la singularidad del sujeto sale a la luz y aparece el deseo de cada uno, por ejemplo en el intento de tener un lugar propio donde reservar sus pertenencias, en un gusto sexual controvertido, en la resistencia a comer lo que todos comen.

Estas fueron algunas de las manifestaciones que comenzamos a leer como síntomas del modelo asilar en crisis y que nos posibilitaron pensar que otro entramado era posible.

Construimos estrategias tendientes a la transformación posible del Hospital, dirigida a rescatar la particularidad de las personas que viven allí, propiciando la mayor cantidad de actividades fuera del Hospital, generando la revinculación social o laboral de muchas personas e incluso sosteniendo procesos de externación en los casos que se pudiera.

Frente a estos efectos masificantes hemos comenzado a implementar algunas maniobras institucionales que rescaten la particularidad de cada quien:

- Muchos pacientes pueden elegir comprar su propia ropa y sus objetos personales y se construyeron algunos *lockers* que les permiten guardar sus pertenencias
- Se creó un dispositivo grupal de *grupo de convivencia* coordinado por uno de los psicólogos y una médica que resulta un espacio en el cual se ponen a trabajar cuestiones centradas fundamentalmente en el respeto al otro. Apostamos a que sea un recurso que redunde en beneficios para la vida de estas personas y su interrelación. Allí se ha impulsado un trabajo en torno al respeto a la intimidad, a la elección, al refuerzo del cuidado del propio cuerpo (higiene, etc.), elección sexual, fomentar la no violencia, entre otros temas.
- Se comenzó a trabajar fuertemente la cuestión de la intimidad, colocando cortinas en los baños y espejos.
- Se reforzaron y ampliaron espacios de talleres optativos de acuerdo a los intereses de cada uno. En este aspecto, pensamos talleres de estimulación para personas con discapacidad severa así como talleres tendientes al desarrollo de habilidades sociales y autocuidado para personas con posible reinclusión social. También, espacios de talleres

integrados para personas con discapacidad, internadas, y personas de la comunidad.

- Se ampliaron las actividades extramuros. Actualmente se realizan varias actividades fuera del hospital, por ejemplo algunas personas concurren a centros de formación laboral, uno trabaja en un supermercado una vez por semana, a espacios de equinoterapia, al ECAS (programa desarrollado en la Reserva Natural de Parque Pereyra) y a varios centros de día.
- Se sostienen varios procesos de externación. Esto implica un arduo trabajo de acompañamiento interdisciplinario y de seguimiento, así como un compromiso del Estado que brinde los recursos necesarios, por ejemplo alquiler de viviendas, posibilidad de trabajo, inclusión comunitaria de diverso tipo. Todo esfuerzo sería vano si no se contara con estos recursos que constituyen la red necesaria para que una externación se sostenga en el tiempo.

El trabajo en consonancia con el respeto por los derechos de las personas con discapacidad intelectual incluye la idea de una existencia plena por fuera del ámbito institucional. Sin embargo, sabemos que en nuestro caso encontramos personas que han estado institucionalizadas toda su vida, que han perdido todo vínculo familiar, que no han adquirido habilidades básicas de la vida diaria y que un gran número de ellos requieren de apoyos generalizados, es decir que dependen absolutamente de otro para sobrevivir.

Por este motivo, pensamos que la transformación del Hospital debe ordenarse en función de las distintas necesidades de las personas que viven en él, y también extender sus servicios a personas con discapacidad de la comunidad que no encuentran respuesta a sus requerimientos en las cercanías de su lugar de residencia.

Podemos ordenarlo en varios niveles:

- Para aquellas personas que tienen posibilidades de inclusión social, ya sea familiar, laboral o social.
- Para aquellas personas que podrían ser incluídas en hogares de día u otras actividades extramuros.
- Para aquellas personas que no cuentan con la posibilidad de salida de la institución por su alto grado de dependencia y ausencia completa de referencias u otros recursos sociales.

- Para aquellas personas del barrio que tienen discapacidad intelectual y se encuentran sin la asistencia adecuada. Actualmente funciona la Junta Evaluadora para la obtención del Certificado Único de Discapacidad (CUD).

Estos diferentes niveles requieren la oferta de diversos dispositivos que apunten a las necesidades particulares de cada persona y a propiciar al máximo sus potencialidades.

La idea de una reconversión del Hospital se sostiene en poder constituirse en un espacio que pueda responder a esta variedad de situaciones y que no se restrinja a la población internada.

En este sentido, pensaríamos al Hospital como un espacio abierto, con distintas propuestas para personas con o sin discapacidad intelectual.

El trabajo en red con otros sectores es una variable absolutamente ineludible, en tanto habrá que gestionar subsidios para quienes puedan alquilar alguna vivienda, vacantes en hospitales de día, puestos de trabajo adecuados para algunas personas, inclusión de más recursos capacitados en kinesiología, talleres, oficios, etc.

Por lo tanto, sabemos que llevar adelante el cambio en el funcionamiento del Hospital también implica una redistribución y creación de nuevos recursos, así como la generación de nuevos vínculos interinstitucionales. Esto requiere de un esfuerzo del propio Hospital y del Sistema de Salud.

Si la discapacidad intelectual se piensa en el uno por uno de las personas que la padecen, y en la lógica de los apoyos que requeriría cada uno para desarrollarse lo más plenamente posible, debemos comenzar a pensar las intervenciones institucionales desde esa perspectiva, con el objetivo puesto en su posible externación y revinculación social. En ese contexto, se trata de abandonar la idea arraigada de que no existe mejor lugar para estas personas que el hospital.

Compartimos que son las habilidades sociales, y no las intelectuales, las que facilitan una vida plena.

Para modificar realmente las condiciones de vida de las personas con discapacidad intelectual hay que modificar sustancialmente la construcción cultural que a lo largo de los siglos hemos venido amasando.

Javier Tamarit Cuadrado (2005)

Referencias bibliográficas

- Palacios, A. (2008). "El modelo social de la discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las personas con Discapacidad". En *Colección Cermies*, 36. Editorial Cinca.
- Parra-Dussan, C. (2010). "Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad: antecedentes y nuevos enfoques". 16 *International Law*. En *Revista Colombiana de Derecho Internacional*, pp. 347-380.
- Schalock, R. (1999). "Hacia una nueva concepción de la discapacidad". En *Actas de III Jornadas Científicas de Investigación sobre personas con discapacidad*. Universidad de Salamanca. España.
- Tamarit Cuadrado, J. (2005). "Discapacidad intelectual" (pp.663-682). En Milla & Mulas (coords.), *Manual de Atención Temprana*, Valencia: Promolibro.

Marco normativo

- ONU (2006). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*
- (2010). Ley Nacional de Salud Mental 26657. Argentina

Centro de Salud Mental Comunitaria, Casa de Pre Alta

*Dependiente del Servicio de Externación
del Hospital Alejandro Korn*

Expositora: Lic. Karina Sarasola
Jefa de sala del Centro

Durante esta exposición mi intención será, en principio, contarles de qué se trata este dispositivo y cómo está inserto dentro del organigrama institucional del Hospital Alejandro Korn, para luego comentarles la modalidad de trabajo, pero fundamentalmente transmitirles cómo pensamos y abordamos los procesos de externación de los usuarios en la comunidad.

Antecedentes históricos

La Casa de Pre Alta, situada en la calle 56 N° 707 de la ciudad de La Plata, pertenece, junto al Centro Franco Basaglia y al Centro Pichón Riviere, al Servicio de Externación del Hospital Dr. Alejandro Korn, especializado en el abordaje, tratamiento e internación de personas con padecimiento mental. La casa funciona de lunes a viernes de 8 h a 20 h y los sábados de 8 h a 14 h.

La Casa de Pre Alta se creó en el año 1987, gracias a la donación del familiar de un paciente de la Sala Solanet. En sus inicios se proyectó con el fin de alojar a personas con padecimiento mental severo en vías de externación, con el objetivo de su progresiva inclusión en la comunidad. El Centro contaba con 10 camas de internación, y las personas allí alojadas eran incluidas en un Programa de Rehabilitación, Externación y Seguimiento Comunitario, en ple-

no acuerdo con los procesos de reforma en Salud Mental que se estaban desarrollando en otros países. Como se mencionara previamente, la creación de la Casa se inscribe en un contexto particular: procesos de desmanicomialización nacionales e internacionales (Italia, Norteamérica, Francia y Brasil).

En Argentina, en 1985, se inició un proceso reformador en materia de Salud Mental en la provincia de Río Negro, concretándose en el año 1988 con el cierre del neuropsiquiátrico de Allen. Más tarde, en el año 1991, es sancionada la Ley Provincial N° 2440 de Salud Mental. Ese mismo año, Santa Fe dicta una ley similar. A su vez, con la inclusión de las normativas internacionales (entre ellas los Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental) en la reforma constitucional de 1994, empieza a existir un marco legal que favorece el impulso de movimientos de desmanicomialización.

En el año 1989, y con la creación del Servicio de Atención en Crisis, las camas de internación son retiradas y la Casa de Pre Alta comienza a funcionar como centro de día para pacientes internados en salas de crónicos y subagudos. La ubicación en el centro de la ciudad de La Plata favorecía a los usuarios oportunidades ligadas al trabajo así como la posibilidad de implementar actividades recreativas en la ciudad. Se gesta una modalidad de trabajo innovadora con respecto a las prácticas institucionales tradicionales, el trabajo es pensado interdisciplinariamente y con la inclusión de los usuarios en diferentes espacios: se llevan a cabo talleres artísticos y productivos, se desarrollan dispositivos grupales y asambleas. Las actividades fueron cambiando y adecuándose a los recursos humanos y económicos que se desarrollaban y con los que se contaba en Pre Alta. En principio comienzan a funcionar diferentes talleres productivos, tales como zapatería y reparación de artefactos eléctricos, los cuales originalmente se dictaban en el Hospital y fueron trasladados a la Casa con el objetivo de trabajar la reinserción laboral de los usuarios. La variedad de talleres fue cambiando con el transcurrir del tiempo, aunque siempre con el acento en la productividad: se buscaba que los talleres permitieran a sus participantes la generación de algún tipo de ingresos, a partir de la comercialización de los productos. Hasta el 2001 el principal comprador fue el Hospital.

Para dar forma al proceso de transformación del Hospital psiquiátrico, en el año 1999 se crea el Servicio de Externación. La Casa de Pre Alta se incluye en el mismo, dentro de un programa de rehabilitación personalizado, junto al Centro Pichón Riviere, y al Centro Basaglia (este último en el año 2007).

También en 1999, y para resolver las necesidades de alojamiento que hasta el momento se cubrían con el alquiler de pensiones, se incorporan a Pre Alta las casas de convivencia. Desde entonces las mismas fueron destinadas al alojamiento de usuarios que se externaban del Hospital. Se trataba de propiedades alquiladas a través de dinero proveniente del SAMO (Sistema de Atención Médica Organizada), albergando entre 4 y 5 personas por residencia. Por aquel entonces el equipo de profesionales realizaba visitas periódicas a las casas, a su vez que contaban con un enfermero referente para las particularidades o eventualidades que pudieran surgir. Años más tarde el equipo del Centro realizó las gestiones pertinentes y dos propiedades fueron transferidas al Hospital (hasta fines de 2015 Pre Alta contaba con tres propiedades, las dos que eran del Hospital y la otra alquilada).

A comienzos del año 2016 se realiza una reestructuración en el Servicio de Externación, dando lugar a la redistribución de recursos edilicios, por lo cual, en conjunto con los otros centros, se decide la transferencia de un inmueble, de forma tal que cada centro pudiera contar con uno. La Casa de Pre Alta cuenta en la actualidad con la propiedad de la calle de 69 entre 1 y 115, que pertenece al Hospital.

En el marco de Políticas Públicas en Salud Mental, orientadas a reducir los efectos deteriorantes en la subjetividad de la institucionalización prolongada, y la creación de dispositivos comunitarios para la atención en Salud Mental, la Casa de Pre Alta constituye, como dispositivo institucional, un antecedente de relevancia y de referencia obligada en los procesos de desmanicomialización actuales.

Perfil de los usuarios de la Casa de Pre Alta

Actualmente son sesenta y tres (63) los usuarios que se encuentran incluidos en la Casa de Pre Alta, a través de su participación en las diversas instancias que ofrece el Centro. En su mayoría, se trata de usuarios que han atravesado internaciones prolongadas perdiendo sus lazos familiares y afectivos.

De ellos, treinta y ocho (38) son hombres y veinticinco (25) mujeres, en una franja etaria que va desde los 25 a los 60 años. Solo el 30% de ellos mantiene una concurrencia diaria al Centro, el 70% restante circunscribe su asistencia a la Casa para recibir tratamiento psicofarmacológico, de frecuencia semanal o quincenal. Entre los que asisten diariamente, algunos no participan de los espacios de taller, pero hacen uso de la Casa como centro de reunión y encuentro, a la vez que se mantiene un espacio de abordaje psicológico.

Un gran porcentaje de los usuarios de la Casa ha tenido una inserción laboral previa a las internaciones (actividades en relación de dependencia, actividades cuentapropistas). Con estos antecedentes dados, resulta de vital importancia la recuperación de sus capacidades y saberes, tanto para la plena inclusión en la vida comunitaria como para la resolución de cuestiones que tienen lugar en el desenvolvimiento cotidiano. El 81 % de la totalidad de los usuarios es pensionado, en su mayoría, beneficiarios de pensiones gracia- bles no contributivas y, en un mínimo porcentaje, de pensiones derivadas o jubilaciones anticipadas.

Casi la totalidad de los usuarios del Centro se encuentra judicializado, sien- do representado por juzgados de familia, juzgados civiles y comerciales del Departamento Judicial La Plata. Esto conlleva la intervención de distintas cu- radurías y la inclusión en beneficios que las mismas otorgan, tales como sub- sidios por externación, a partir de los cuales se percibe una remuneración mensual, que exige como contraparte el compromiso y adherencia para con los espacios terapéuticos.

La realidad habitacional de los usuarios es compleja: el 70% alquila pensio- nes (las cuales presentan condiciones precarias de infraestructura, servicios, higiene, etc.), abonando mensualmente entre 2.500 y 4.000 pesos aproxi- madamente (montos actualizados a 2018), lo que representa un alto por- centaje de sus ingresos, que no superan los \$5.000. Muy pocos son pro- pietarios o alquilan casas o departamentos. A partir del año 2005 se contó con el recurso *Plan Barrios Bonaerenses (Vuelta a Casa)*, que fue dado de baja y reemplazado por el *SUPEBA (Subprograma de Externación de Salud Mental Bonaerense Asistida)* con un monto mensual de \$2.000. Este programa surge por un convenio interministerial, entre el Ministerio de Desarrollo Social y el Ministerio de Salud, con una partida presupuestaria de Economía. Dentro del Ministerio de Desarrollo Social se realiza la articulación con el Equipo de Atención Inmediata, donde se presenta la documentación requerida para otorgar el beneficio.

Asimismo, otro recurso económico al que se apela para sostener los procesos de externación de los usuarios es el que provee el *Programa Promover* (progra- ma del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social) que tiene por objeto asistir a trabajadoras y trabajadores desocupados/as con discapacidad ocu- pacional, a través de su participación en actividades que les permitan mejorar sus competencias, habilidades y destrezas laborales, insertarse en empleos de calidad y/o desarrollar emprendimientos independientes. Los usuarios de

la Casa se han incluido en actividades tales como armado de currículum y mecánica de motos, recibiendo una remuneración de \$1.050 mensuales.

Estos recursos económicos son insuficientes a la hora de vivir en comunidad; por lo que el equipo comienza a pensar distintas estrategias colectivas, acompañado de la presunción de capacidad de todos los usuarios, como del trabajo por rescatar los intereses individuales.

Pensar los procesos de externación presenta una doble vertiente: por un lado, el trabajo individual con ese sujeto, donde la institución manicomial ha producido efectos arrasadores, y, por el otro, cómo se incluye ese sujeto en una comunidad, porque la realidad es que nadie puede vivir con un monto de 5.000 pesos mensuales. Y es ahí donde nuevamente se juega ese rol asistencial del ámbito hospitalario, donde termina satisfaciendo necesidades básicas.

En el marco de espacios colectivos surge el interés de los usuarios de dar uso a una máquina de coser que quedaba de los primeros tiempos, cuando el Hospital había diseñado los talleres productivos con el objetivo del autoabastecimiento. A partir de ahí se fue dando forma al taller de costura. Se trata de un taller de producción, coordinado por una enfermera. En el marco de este taller, se han confeccionado almohadones, portacosméticos, cartucheras, colitas para el pelo, etc. La producción fue vendida en su totalidad y lo recaudado se dividió entre quienes participaron de la realización. Así también se fue adquiriendo más maquinarias y equipamiento, necesarios para dar respuesta a la demanda de venta.

La Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 (2010) define en su art. 1 al padecimiento mental como “un proceso complejo determinado por múltiples componentes”. En el cap. 2 art. 4 señala que “los servicios de salud deben ser una alternativa de abordaje tendiente a la promoción de la salud mental, prevención del padecimiento, atención temprana, tratamiento, rehabilitación y/o inclusión social, reducción de daños evitables”. Es en este marco donde pensamos nuestro rol como psicólogos pero fundamentalmente como trabajadores de la Salud Mental, en nuestra práctica cotidiana.

Referencias bibliográficas

- Ardila, S. & Galende, E. (2011, diciembre). "El concepto de Comunidad en la Salud Mental Comunitaria". En *Revista Salud Mental y Comunidad*, 1 (1).
- CELS/MDRI (2007). *Vidas Arrasadas. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos*. Buenos Aires. Recuperado de <[http:// www.cels.org.ar](http://www.cels.org.ar)>
- Cohen, H. & Natella, G. (2013). *La desmanicomialización: Crónica de la reforma del sistema de salud mental en Rio Negro*. Buenos Aires: Lugar.
- Fernández, S. (2018). *La Capacidad de las personas en el nuevo Código Civil y Comercial*. Recuperado de <<http://www.nuevocodigocivil.com/wp-content/uploads/2015/04/La-capacidad-de-las-personas-en-el-nuevo-C3%B3digo--Civil-y-Comercial-FERNANDEZ.pdf>>
- Galende, E. (2006). "Para una ética en salud mental". En E. Galende & A. J. Kraut, *El sufrimiento mental. El poder, la ley y los derechos*. Buenos Aires: Paidós.
- Gobacz, L. (2011, diciembre). "Ley 26657: El desmontaje del sistema represivo en salud mental". En *Revista Salud Mental y Comunidad* 1 (1). Universidad Nacional de Lanús.
- Paladino, E., Urios, R., & Angelini, S. (2014). "Análisis de la Ley 26657 de Protección de la Salud Mental". *Ficha de Cátedra Psicología Forense*. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de La Plata.

Marco normativo

- Hospital Dr. Alejandro Korn. Dirección Asociada de Salud Mental. Plan de trabajo de salud mental comunitaria para la readecuación del Hospital Dr. Alejandro Korn.
- Ministerio de Salud de la Nación (2013). Plan Nacional de Salud Mental. Resolución 2177/2013.
- Poder Ejecutivo de la Nación Argentina (2013). Decreto 603/2013. Reglamentación de la Ley 26657. Recuperado el 20 de mayo de 2018 de <<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/15000219999/215485/norma.htm>>

Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina (2009). Ley 26529. Ley de Derechos del paciente en su relación con los profesionales y las instituciones de la salud.

Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina (2010). Ley Nacional de Salud Mental 26657. Recuperado el 20 de mayo de 2018 de <<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000179999/175977/norma.htm>>

Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina (2014). Ley Código Civil y Comercial de la Nación Argentina. Recuperado el 20 de Mayo de 2018 de <<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/235000239999/235975/norma.htm#2>>

Unidades Sanitarias N° 35 y N° 44. Berisso

Expositoras:

Lic. Paula Lagunas y Lic. Fernanda Galland

En primer lugar, queremos agradecer la invitación a la Secretaría de Extensión de la Facultad de Psicología de la UNLP, y a los organizadores de este evento. Intentaremos transmitir cuestiones vinculadas a la práctica en dos Centros de Salud diferentes, apuntando a situar la función del psicólogo en los dispositivos de los que formamos parte.

Un dispositivo, en su definición básica es “un modo de organización para emprender una acción” (RAE, 2018: s/p). Estas jornadas han reunido a profesionales de dispositivos públicos de atención en salud mental. En la primera mesa han escuchado a quienes trabajan en dispositivos hospitalarios. En esta mesa nos encontramos profesionales que desempeñamos nuestra labor como psicólogos en Centros de Salud de La Plata, Berisso y Ensenada. ¿Hay algo en común en este agrupamiento? ¿Hay un rol propio del psicólogo en cada uno de estos ámbitos institucionales? ¿Qué define su rol y su hacer profesional?

El título de la actividad que nos convoca parte de la premisa de que ya tenemos un lugar. Pasó ese tiempo donde se debía argumentar si debíamos tener un lugar en lo concerniente a la salud. Estamos en la mayoría de las Instituciones sanitarias, recibimos derivaciones y consultas desde ámbitos no pertenecientes a áreas de salud como lo son el educativo y judicial, y has-

ta hemos promovido la Ley Nacional de Salud Mental, de la cual formamos parte. Por lo tanto, nos encontramos actualmente en un segundo momento, que es pensar nuestro “qué-hacer” ahí.

Al momento de realizar este escrito nos preguntamos cuál es la diferencia que notamos en la atención en el centro de salud y la atención hospitalaria. ¿Cuáles serían las características que definen el lugar del psicólogo en un centro de salud? ¿Existe una especificidad? Delimitación que realizamos a partir de nuestra experiencia de trabajo en ambos lugares.

Consideramos que una característica fundamental del centro de salud es que estamos en un contacto directo y cercano con la comunidad y sus instituciones, llegando la demanda de modo mucho más inmediato, sin filtros ni mediaciones.

Los psicólogos de Berisso estamos distribuidos en 9 centros de salud y no estamos aunados en un servicio, como suele suceder en los hospitales. Existen reuniones mensuales, grupos de estudio y control que pueden organizarse a nivel disciplinar. Pero nuestra interlocución cotidiana es mucho más interdisciplinaria, compartimos el trabajo con trabajadores sociales, médicos generalistas, obstétricas, odontólogas, enfermeras, nutricionistas, promotoras de salud, pediatras, psicopedagoga, ginecólogo, médicos clínicos. Al respecto, nos resulta interesante la propuesta que hace Alicia Stolkiner, planteando lo siguiente: “La interdisciplina nace de la incontrolable indisciplina de los problemas que se nos presentan. De la dificultad de encasillarlos (...) Los problemas no se presentan como objetos sino como demandas complejas y difusas” (Stolkiner, 1987: 313-315)

En el Centro de Salud, nos encontramos con problemas que convocan a la constante creación de nuevas respuestas y a profesionales que deben mantenerse abiertos a las contingencias y la coyuntura, capaces de leer una demanda sin tomarla en forma literal.

Tres ejes

Cuando nos interrogamos acerca del trabajo que hacemos todos los días, consideramos tres ejes fundamentales: 1.-El sistema de salud; 2.-el lugar que ocupamos en las instituciones en las que trabajamos; y 3.-el marco conceptual y epistémico desde el cual nos posicionamos.

1.-Somos parte de una institución del Estado. Hay que considerar que el modo en que cada gestión plantea su concepción de salud y las políticas que

implementa, lo que va acompañado de recursos económicos, materiales y humanos que influyen directamente sobre los trabajadores y sus actividades. Actualmente, hay un achicamiento del Estado, con una desinversión en salud, lo cual conlleva tanto una precarización laboral como también una reducción del derecho a la salud para la comunidad. Es parte de nuestro rol pedir al gobierno de turno, exigir un Estado democrático donde esté garantizado el acceso a los derechos, tanto para la población usuaria de las instituciones, como para los trabajadores de las mismas.

2.-El segundo eje alrededor del cual gira nuestra práctica se refiere a los lugares que ocupamos dentro de nuestras instituciones. Los centros de salud en los que trabajamos se encuentran caracterizados por su “marginalidad” en el amplio sentido -equivoco- de la palabra, marginal en cuanto a las condiciones económicas y sociales de la población, y en cuanto a la ubicación con respecto a la ciudad de Berisso. Estamos cruzando una calle de distancia de la ciudad de La Plata y a 10 km del centro de Berisso.

Los dos Centros de Salud, N° 35 y N° 44, tienen un funcionamiento similar, más allá de las dinámicas particulares de cada institución y de cada comunidad. Participamos de diversos dispositivos, disciplinares e interdisciplinares:

- Talleres en instituciones barriales y educativas donde las principales temáticas abordadas son: salud sexual integral y violencia.
- Charlas en la sala de espera (Día de la Mujer, Día de la Salud Mental, Vínculos madre-hijo, Consecuencias de la implementación de la CUS).
- Actividades y festejos en/con la comunidad.
- Reunión de equipo semanal.
- Admisión.
- Consultorios externos.
- Interconsulta.
- Consejerías en pre y postaborto.
- Mesa Barrial en la que participan diversas instituciones (Salud, Educación, Justicia, Acción Social, movimientos barriales).
- Grupo de estudio y comentario de situaciones clínicas.
- Además ambos Centros de Salud son sede de la Residencia PRIM (que

reúne a Medicina General, Trabajo Social y Psicología) de Berisso, y lugar rotación de otras residencias. También recibe practicantes de las Facultades de Psicología, Periodismo y Comunicación Social, y Ciencias Médicas.

3.-El tercer eje sobre el cual se sostiene nuestra praxis es nuestro posicionamiento desde una orientación conceptual y epistemológica, que en nuestro caso es el psicoanálisis. Consideramos que no hay diferencia *a priori* entre un psicoanálisis en el ámbito público y un psicoanálisis en el ámbito privado. En ambos lugares son fundamentales los controles, la formación y el propio análisis.

Uno entre otros. El derecho a la diferencia

Tomamos como referencia el concepto de *analista ciudadano* (Laurent, 2000: 114), a partir del cual se plantea abandonar la posición de intelectual crítico, encerrado en su reserva, salir de la posición de exilio de sí mismo para pasar a ser un analista que participa, que toma parte en los debates, y que tiene sus creencias. Estando advertido del peso aplastante de los ideales y la inexistencia de un bien soberano que podría orientarnos.

Nuestro rol, en cada dispositivo, en cada institución, es escuchar la subjetividad que se pone en juego y poder darle su lugar. Eric Laurent plantea que de lo que se trata es de aliarse con todos los que luchan dentro de la Salud Pública para construir estructuras menos crueles. Las estructuras menos crueles son aquellas que en lo universal del deber ser, le hacen un lugar a la particularidad del goce (Laurent, 2000).

Gustavo Dessal, en un artículo publicado recientemente en la Red Zadig España, refiriéndose a lo que está sucediendo en Brasil con Bolsonaro, señala que:

[...] La ética del discurso analítico es incompatible con las prédicas que atacan el corazón mismo de todo aquello que es indisociable de la dignidad del ser hablante: el amor, el respeto a los semblantes, el derecho a la diferencia, al síntoma y a la palabra (2018: s/p).

El psicoanálisis no se propondrá como una cura para todos, sino como un uso posible, uno por uno. Exige del analista versatilidad y docilidad ante la diversidad de demandas, de dispositivos y de roles que se salen del clásico diván. Desde esta perspectiva, se desprende un modo particular de trabajo.

En los talleres de salud sexual estamos claramente a favor de la educación sexual integral. Nuestra intervención no apuntará a transmitir una informa-

ción preestablecida sino a posibilitar un encuentro y una conversación. Partimos de las inquietudes de los destinatarios, en función de esto, llevamos un “buzón de preguntas” donde las escriben y será a partir de allí donde se termine de dar forma a cada taller. Además, en cada encuentro se da lugar a la contingencia, potenciando el valor de la palabra y tomando los emergentes de cada situación.

Otro breve ejemplo podemos darlo con las Consejerías en Pre y Post Aborto. No es suficiente que una mujer concurra y se le comuniquen sus derechos para que se cierre rápidamente con la conclusión de que está informada y decidida, sin escucharla. Se propone una escucha particular que apunta a ir más allá de lo que se dice, dando lugar a lo diverso y particular que está en juego en cada decisión, sin perder de vista que hay ciertos tiempos reales que no concuerdan con los subjetivos. Por esto mismo, las entrevistas son interdisciplinarias, se realizan varios encuentros, con la posibilidad siempre presente de tener un espacio analítico propio.

En las reuniones de equipo, otro dispositivo presente en ambas instituciones, partimos de conocer que, cuando hay tres, la dinámica de grupo se pone en marcha, y se desatan ciertas pasiones imaginarias que también nos incluyen. Ser capaz de silenciarlas, y remitir al grupo a su verdadera tarea es parte de cómo pensamos nuestro trabajo allí.

Para concluir

Cuando hablamos de lo institucional, ponemos el acento en el “no-todo” como un cuestionamiento a la ambición “paratodista” y “universalizante” de las políticas, las reglas, las instituciones y los derechos. No hay reglas sin una práctica viva de interpretación de las mismas, hay allí un lector, un intérprete, un mediador que permite humanizar el dispositivo, restándole un poco a la maquinaria burocrática que no da lugar a la palabra, ni a la excepción.

“La hipótesis freudiana del inconsciente implica que para alcanzar la particularidad hay que dejar hablar al sujeto” (...) No hay que hablarlo o someterlo a la regla, aunque fuera la mejor de las reglas” (Laurent, 2000:86). No alcanza con respetar los derechos de la persona, requisito necesario por el cual también bregamos, se trata de darle dignidad a su palabra, aún en lo que esta tiene de desconocido por el propio sujeto. No es sencillo hacerlo, cada vez. Tampoco es simple poder transmitirlo al equipo con el que trabajamos en cada dispositivo, pero de eso se trata: de intentar transmitir a otros algo de lo

que leemos de la particularidad en juego y de la estrategia que proponemos a partir de allí. No somos los únicos que nos ocupamos de eso. Formamos parte de un equipo. Contar con otros profesionales, y trabajadores en los que uno confía, delega, supone saber, es un gran aporte que posibilita el sostén del espacio. Todavía contamos con un terreno fértil a la escucha de la causalidad inconsciente, a los fracasos y sus soluciones originales. Hay mucho que se puede hacer:

Defender lo público, la salud pública, implica trabajar en contra de las formas actuales de la segregación, y ese es también un deber del psicoanalista, pero no es algo a lograr desde el vacío, el aislamiento. Hay que participar, aliarse, dialogar con otros. Estar.

Referencias bibliográficas

Dessal, G. (2018). *La cosa*. España: Red Zadig. Recuperado el 16 de octubre de 2018 de <https://zadigespana.wordpress.com/2018/10/16/especial-brasil-la-cosa/?fbclid=IwAR0nzL_tBtd_Yb79kuTdkFGYWBwEHQriGBUC-C5qsxYKvx_zgtC-HpF67g6U>

Diccionario de la Real Academia Española. Recuperado de <https://dle.rae.es/?w=diccionario>

Laurent, E. (2000). *Psicoanálisis y salud mental*. Buenos Aires: Tres Haches.

Stolkiner, A. (1987). "De Interdisciplinas e Indisciplinas". En N. Elichiry (comp.) *El Niño y la escuela. Reflexiones sobre lo obvio*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Unidad Sanitaria N° 101 de Villa Tranquila, Ensenada

Expositora: Lic. Laura Ocello

El psicólogo como agente de salud y su trabajo en la comunidad

Soy psicóloga comunitaria, trabajo bajo el Programa Nacional Equipos Comunitarios, ex Médicos Comunitarios (implementado desde 2004), incorporando un equipo interdisciplinario en Atención Primaria de la Salud, en el barrio de Villa Tranquila, Ensenada.

Digo *comunitaria* porque nuestra formación en posgrado es en Salud Social y Comunitaria: una formación en ejercicio, para el fortalecimiento de la estrategia en APS mediante acciones de prevención y promoción de salud. La salud comunitaria es un modelo de atención preventivo, en el que participa la población con el propósito de resolver las necesidades de salud de su comunidad.

Entendemos a la salud como derecho natural (inherente al hombre, que el Estado y la sociedad deben garantizar) y social, es trascender el concepto de cuidado del funcionamiento biológico-individual, para introducirnos en la relación de los individuos entre sí y con el Estado. De esta concepción se deriva que las condiciones básicas para la salud son: trabajo, educación, vivienda, alimentación adecuada, saneamiento ambiental básico (agua segura, destino final de excretas y basura), una vida en condiciones dignas y tiempo para el ocio y la recreación. Además, se requiere poder actuar con autonomía,

tomar decisiones, acceder a servicios de salud de buena calidad y ejercer el derecho a participar.

Desde Salud Mental, a partir de esta concepción, se escucha la palabra de los sujetos, quienes serán protagonistas de su proceso de salud y del de los demás sujetos. Las personas dejan de ser receptores pasivos de actividades pensadas solo desde los profesionales, apuntadas a las enfermedades, para pasar a pensar y planificar conjuntamente a partir de sus propias necesidades.

Nuestro rol desde salud mental, será reflexionar acerca de una salud integral, aportando desde un equipo interdisciplinario, sin perder nuestra especificidad; construir modos de intervención desde APS dirigidos a hacer lugar a la dimensión subjetiva comprometida a las problemáticas que los mismos sujetos demandan; y ubicar el deseo involucrado o la demanda, posibilitando la producción de algo nuevo allí donde parece que ocurre lo mismo.

Implica superar los límites de lo asistencial en consultorio, y también los prejuicios de nuestra práctica, saliendo a la sala de espera y las diferentes instituciones barriales. También se trabaja con el concepto de intersectorialidad, trabajo en red, apuntando a lo colectivo, generando redes de vínculos donde circulan los sujetos, como lo es educación, instituciones deportivas, de contención, religiosas, artísticas, etc.

En tanto toma de palabra de los sujetos, se abordará la participación comunitaria incorporando valores y costumbres de la comunidad, promoviendo la formación de sujetos activos, solidarios y responsables para lograr transformación social. El objetivo máximo del equipo de salud es orientar acciones participativas en Atención Primaria de Salud.

El trabajo en salud mental desde la perspectiva de la APS, se encamina a favorecer la posibilidad de que ocurran cosas nuevas en la realidad en la que a cada quien le toca vivir, de abrir espacios a lo no previsto, a lo singular que hace diferencia en cada sujeto y cada grupo humano, superando la fijeza y la ausencia de creatividad que impiden enriquecer experiencias y por lo cual siempre resultan patológicas.

La praxis del psicólogo en el primer nivel de atención: algunas intervenciones en la Unidad Sanitaria N° 101 de Villa Tranquila

Se relatan a continuación algunas experiencias de trabajo del equipo de la U.S 101 para dar cuenta del rol del psicólogo, su inserción en el equipo y el trabajo intersectorial:

Taller de familiares de niños del Jardín N° 907

Esta intervención surge a partir de la demanda del Jardín, puntualmente de las familias de los niños que allí asisten, respecto de la existencia de “problemas con los límites”. Desde el equipo de salud, se propone reflexionar acerca de los límites desde la perspectiva de la salud integral; asimismo se planifican talleres de reflexión de las conductas adultas acerca de los límites, talleres de salud bucal y talleres de alimentación saludable.

Se piensa en la puesta en marcha de este proyecto para padres y tutores, es decir, trabajo de padres con otros padres, para que circule la palabra entre ellos, en un compartir experiencias entre los diferentes actores. El compartir con otros también enseña, sin caer en la imposición de saber, sino escuchando y retomando la palabra desde la coordinación de los talleres, en este caso orientado a la temática de los límites.

La propuesta de taller implica que los actores familiares tengan una participación activa, vivencial, lejos de los discursos teóricos que remiten a pensar que la verdad la posee el especialista. Se acompaña a los padres y/o tutores a problematizar situaciones, y poder orientarlos hacia una convivencia saludable.

Se trata de generar el espacio y propiciar el armado de un lazo social en un mundo invadido por un creciente individualismo, aislamiento y escasa comunicación.

Es por ello que creemos que el trabajo intersectorial, familia, institución educativa y ámbito de la salud es propicio para poder contribuir a esos lazos comunitarios generando el armado de redes de intervención. En razón de ello se plantea en el *Cuadernillo N°1 del Curso en Salud Social y Comunitaria* (capacitación en servicio) dictado en 2017 para los trabajadores de la salud en el primer nivel de atención que: esta inesperable relación entre la persona y su entorno constituye la base para una concepción socioecológica de la salud, que es a su vez esencial para el concepto de promoción de la salud. Bajo esta perspectiva se subraya la importancia de la interacción entre los individuos y su entorno, así como la necesidad de conseguir un cierto equilibrio dinámico entre ambas partes (Modulo 1, Salud y Sociedad de PMC: 35-36).

Intervenciones en el mes de la Salud Mental

Actividades organizadas por psicólogas de APS de Ensenada en escuelas, jardines y salas de espera de las unidades sanitarias.

Se efectuó en la Unidad Sanitaria 101 de Villa Tranquila una intervención con la ayuda de actores de un taller municipal de Ensenada. Sorpresivamente se llevaron a cabo escenas de violencia de género y de violencia obstétrica en la sala de espera, con las cuales en un segundo momento se reflexionó con la comunidad presente sobre la posibilidad de identificarse o identificar alguna persona con ellas. Fue muy importante el intercambio entre actores, psicólogas, tabajadoras de la salud y los pacientes. Se cierra la actividad con entrevistas y entrega de folletería.

Jornadas “¿Quién corta con la violencia?”

Conjuntamente con psicólogas y trabajadoras sociales, se trabajó en la planificación y ejecución de jornadas de prevención de la violencia, contando con la participación de: la Secretaria de Salud de Ensenada, el área de Cultura del Municipio, el Taller de Actores Municipales, y estudiantes de Psicología y Trabajo Social de la UNLP. Las Jornadas contaron además con la realización de talleres de arte y exposición de fotografías, entre otras actividades. Las Jornadas estuvieron dirigidas a estudiantes de sexto grado de las escuelas públicas de Ensenada y a mujeres pertenecientes a cooperativas del Municipio.

Además de las mencionadas actividades, se han realizado de manera transversal, y como parte del trabajo en comunidad del equipo de salud, una serie de encuestas barriales, en el marco de la estrategia de la Atención Primaria de la Salud (APS), a fin de contar con datos estadísticos.

Referencias bibliográficas

Ministerio de Salud de la Nación Argentina. *Cuadernillo N°1 del Curso en Salud Social y Comunitaria* (2017). *Capacitación en servicio para trabajadores de la salud en el primer nivel de atención*. Recuperado de <<http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001069cnt-modulo-1-curso-salud-sociedad-2017.pdf>>

Centro de Atención Primaria de Salud (CAPS) N° 32 de la localidad de Hernández, La Plata

Expositora: Lic. María Paula Carasatorre

Creación del Programa de Salud Mental en la ciudad de La Plata y del Protocolo de Salud Mental en Atención Primaria de la Salud

En el año 2009, los psicólogos que trabajaban en los Centros de Atención Primaria de la Salud de la Municipalidad de La Plata se encontraban en conflicto con las autoridades de ese entonces porque la intención de las mismas era trasladarlos a la Secretaría de Desarrollo Social.

A partir de la oposición de los compañeros a este traslado, entendiendo que los profesionales de la salud mental debían ejercer su trabajo dentro de un organismo público que dependiera de Salud, se creó en forma conjunta el Protocolo de Salud Mental en Atención Primaria de la Salud, de la ciudad de La Plata. Se firmó un decreto y Salud Mental desde ese entonces hasta la actualidad es un Programa, que tiene sus objetivos generales y específicos.

Los puntos más importantes que se establecieron en el Protocolo, además de los objetivos, fueron:

- Definición del concepto de salud mental: desde el mismo no nos posicionamos en el control de las enfermedades como una entidad nosográfica, sino en la atención de lo que consideramos se enmarca en el área de la salud mental en particular, y por lo tanto, de los sujetos

involucrados en esta.

Entendemos por *salud mental*, aquellas relaciones que permiten pensar al sujeto en su comunidad, como aquello que lo sostiene particularmente en su vida y en el lazo social que sostiene con esta. Partimos de considerar a los sujetos involucrados en este proceso, entendiendo con esto que nuestra tarea apunta a lograr cierta implicación subjetiva en aquello que los aqueja. Esto quiere decir que son ellos quienes podrán, a partir de las herramientas que se les brinden, identificar sus conflictos, necesidades y responsabilidades en aquello que padecen.

Es indicador de una comunidad saludable el no ofrecerse como objeto de asistencia de políticas que sean ofrecidas o negadas, acorde a la lógica clientelar y asistencialista. Sabemos que la carencia de bienes y servicios genera grupos excluidos del entramado social, pero también sabemos que la condición del sufrimiento se ubica en otro nivel, más íntimo, que tiene que ver con la posición subjetiva.

- Estrategias de intervención: se trata de sostener dispositivos que permitan el pensamiento crítico, la generación de demandas y la reflexión por parte de la comunidad con la que se está trabajando. El modelo político actual nos permite significar la salud mental dentro de una comunidad como aquello que la vuelve participativa. En este sentido se piensan estrategias de intervención en diferentes niveles, individuales, institucionales y/o comunitarios.

En la actualidad, en los diferentes centros de salud se llevan a cabo programas propuestos por la política de salud, dónde cada equipo de profesionales trabaja según la modalidad de intervención que considera más adecuada en ésta coyuntura particular, es nuestra apuesta unificar criterios sosteniendo así un abordaje compartido priorizando la atención dentro de los programas vigentes.

Consideramos que este objetivo sólo puede llevarse a cabo articulando los programas nacionales, provinciales y municipales, y optimizando intervenciones/recursos sin perder de vista la especificidad del trabajo del psicólogo en el marco de la atención primaria de la salud mental, formalizando las redes institucionales de atención en salud mental, fortaleciendo la referencia y contrarreferencia y respetando los crecientes niveles de atención según la complejidad pertinente.

Principios generales básicos para la atención de la Salud Mental en los CAPS

- Abordar disciplinaria e interdisciplinariamente el proceso salud-enfermedad- atención, en el ámbito de la salud mental, en el marco de la APS, la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26657, el Plan Nacional de Salud Mental y el Código Civil y Comercial de la Nación, desde una perspectiva histórico social, buscando como impacto cambios en el sistema de salud, de la comunidad en general y en los sujetos en particular.
- Actuación progresiva sobre los factores y el contexto que generan los problemas y no meramente sobre las consecuencias.
- Integración a la acciones del equipo de salud interdisciplinario.

Ámbitos de intervención en el marco de APS

- Efectuar intervenciones psicológicas a nivel clínico (diagnóstico y terapéutico) en los diferentes grupos etarios, a nivel individual, familiar, grupal e institucional.
- Las intervenciones de promoción y prevención de la salud mental tendrán prioridad en el primer nivel de atención, cómo así también el armado de la red singular de cada sujeto en particular, poniendo el acento en los lazos familiares u otros actores sociales, que le permitan a los mismos el entramado necesario para vivir dignamente en su comunidad.
- Intervención que apunta a la condición subjetiva en la atención y la promoción de la salud mental.
- Identificación y localización de riesgos y diagnóstico precoz.

Acciones generales del psicólogo en APS

- Realiza acciones preventivas en trabajo permanente y directo con grupos e instituciones de la comunidad, priorizando el área programática con la cual se pueda contactar en forma periódica a fin de realizar diagnósticos, planificaciones e intervenciones participativas.
- Diseña, ejecuta y evalúa estrategias de acción profesional, disciplina-

res e interdisciplinarias, frente a las problemáticas identificadas como prevalentes en el marco de la APS.

- Implementa estrategias de identificación de las diferentes formas de manifestación del padecimiento subjetivo y la puesta en marcha de acciones singulares, institucionales y comunitarias de promoción, prevención y tratamiento de acuerdo a cada caso en particular.
- Articulación de la red de instituciones y oferta de servicios de salud mental entre el primer, segundo y tercer nivel de atención.
- Investigación en relación a los programas de salud vigentes.
- Participación en la elaboración, desarrollo y ejecución de los programas de salud mental y convenios que se realicen con la Nación, Provincia y con otras áreas municipales.

Acciones específicas del psicólogo en APS

- Atención psicológica a quien lo solicite espontáneamente o por derivación del equipo de salud o de otras instituciones del área programática, dentro del marco de atención primaria de la salud, debiendo garantizar las respectivas derivaciones según los diferentes niveles de complejidad.
- Atención psicológica por el plazo institucional establecido (máximo 6 meses o 24 sesiones) y según los criterios de admisibilidad del profesional psicólogo actuante.
- Atención psicológica a familiares de personas con enfermedades que, por su complejidad, sean asistidas en el segundo o tercer nivel de atención u otra institución (oncológicas, HIV/sida, enfermedades neurológicas, adicciones, psicosis no compensadas y privados de su libertad).
- Entrevistas de orientación psicológica siguiendo criterios de protección y promoción de la salud, respetando las pautas socioculturales de la comunidad.
- Consejería en planificación familiar y sexualidad.
- Viabilizar la derivación mediante la red de urgencias de ambulancias subcontratadas por el Municipio en los casos que así lo requieran. En la actualidad el SAME de nuestra ciudad cumple dicha función.

- Confección de constancias de asistencia a entrevistas a aquellos pacientes que están en tratamiento según las condiciones mencionadas anteriormente. No se realizan evaluaciones psicodiagnósticas en los CAPS (solo se realizan en las delegaciones municipales que se encuentran a cargo de la Subsecretaría de Convivencia y Control Ciudadano) ni certificados de aptitud psicofísica, ni pericias. Los informes psicológicos requeridos por instituciones solo se realizarán en situaciones en las que el caso lo amerite, priorizando el secreto profesional y con el fin de facilitar el trabajo en red con las instituciones barriales en las que los sujetos participan de diferentes formas.

Acciones comunitarias con el equipo de salud

- Elaboración y ejecución de intervenciones comunitarias, es decir, acciones dirigidas a problemas que se manifiesten dentro de los sistemas y lazos sociales de la comunidad.
- Creación de dispositivos que permitan integrar lo fragmentado, para intervenir donde se fracturan las relaciones sociales, abriendo espacios que posibiliten la asunción colectiva de los problemas y el fortalecimiento del tejido social.
- Articular el trabajo con las instituciones barriales, portadoras de la historia de la comunidad, integrándolas a las redes de salud.
- Realización de acciones sectoriales conjuntas, con la corresponsabilidad de otras áreas (Justicia, Derechos Humanos, Educación, Acción Social, etc.).
- Creación de espacios de transferencia e intercambio de conocimientos con otros profesionales e instituciones.
- Participación en proyectos dentro del marco de una planificación estratégica respecto de las problemáticas comunitarias.
- Entrevistas a referentes de la comunidad a fin de relevar datos que permitan conocer, articular, e implementar programas de prevención y promoción de la salud.
- Trabajo en instituciones formales e informales del barrio, (escuelas, jardines comedores, ONG, centros de fomento, etc.). Intervención.
- Diseño e implementación de talleres y charlas sobre problemáticas

prevalentes, tales como sexualidad, procreación responsable, pautas de crianza, adicciones, violencia, etc., planificando acciones conjuntas con el equipo de salud.

- Encuentros con la comunidad donde se priorice el lugar de la palabra y la conversación, posibilitando la creación de nuevos espacios participativos donde, a partir de nuevos lazos sociales que posibiliten la implicación de sus miembros, estos puedan tomar decisiones responsablemente.
- Reuniones y ateneos dentro del equipo de salud de cada centro de salud.
- Participación en reuniones con miembros de los equipos de salud de otros centros de salud del área de influencia, a fin de identificar problemáticas comunes y establecer pautas de acción conjuntas, fortaleciendo los lazos interinstitucionales locales en salud.
- Reuniones y ateneos específicos del área de salud mental.

Adecuación del Protocolo a la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26657

En los criterios de derivación del Protocolo de Salud Mental se escribía este párrafo:

La atención en el primer nivel prioriza la accesibilidad del paciente a la consulta y la menor complejidad de las patologías. Se entiende por patologías de mayor complejidad a las psicosis, perversiones, adicciones, patologías con compromiso neurológico severo, HIV SIDA, etc. que requieran de dispositivos específicos de atención propias del segundo y tercer nivel de atención (Protocolo de Salud Mental 2009:17).

Esta frase, que fue tan contundente y que marcaba un límite en la profesión, sin darnos cuenta estaba pensada y escrita desde un enorme desconocimiento y prejuicio de lo que un profesional debía o no hacer en APS.

Desde el año 2010, a partir de la declaración de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26657, ya no pensamos igual. En el art. 9 de la Ley se menciona que:

El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje

interdisciplinario e intersectorial, basados en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, ordenamiento y restitución de los lazos sociales (Ley Nacional de Salud Mental, 2010:17).

Por tal motivo, considero que es no solamente una decisión política, sino también ética, no desoír lo que la Ley nos indica y entonces, como profesionales de la APS, estar a la altura de las circunstancias. Por supuesto que sigue existiendo un límite, está claro que para todo aquel sujeto cuyo padecimiento mental, sea cual fuere, pone en riesgo su vida o la de terceros, el ámbito hospitalario es el indicado para intervenir en la urgencia. Por lo demás, ¿por qué en un centro de atención primaria de la salud no se podría atender una psicosis o una adicción?

Soy una profesional de la salud mental que practica el psicoanálisis de orientación lacaniana. Y es allí en donde he podido ir profundizando algunos conocimientos que me ayudaron a desterrar por completo el miedo a y el prejuicio acerca de la locura en su forma más real, como lo puede llegar a ser la psicosis. Pero, principalmente, me oriento en la práctica del uno por uno, de la singularidad más absoluta que hay en cada sujeto que consulta, entendiendo que no hay *las* psicosis, *las* adicciones o *las* neurosis. Hay *un* psicótico, hay un sujeto que habla y como tal un sujeto que habla no como otro, es un sujeto tocado por el lenguaje, algo de lo que nos es común a todos.

Eric Laurent en su libro *Psicoanálisis y Salud Mental* nos dice:

La hipótesis freudiana del inconsciente implica que la particularidad no sólo se alcanza respetando los derechos de las personas, lo que es un requisito necesario, sino dejando hablar al sujeto. Primero no hay que hablarlo, o someterlo a la regla, aunque fuera la mejor de las reglas (2000:90).

La Ley Nacional de Salud Mental vino a poner un límite también a los profesionales de la salud mental que, muchos aún hasta ese entonces y hasta en la actualidad, consideran que la regla o el saber está en ellos; por eso miden, evalúan, califican, indican. Considero que son psicoterapeutas, domestican al Yo, con los peligros que esta posición conlleva, porque hay un hilo muy finito entre dar lugar a la construcción de la cadena inconsciente y el pasaje al acto. Por eso, también Laurent dice que se necesitan instituciones particulares para darle lugar al inconsciente: “más allá de las instituciones especializadas ya que muchas veces se prefiere reducir la palabra al mensaje, sin pasar por el código particular que permite descifrarlo” (Laurent, 2000:90).

Posición epistémica y marco teórico referencial

La política del tratamiento del sufrimiento psíquico en APS en la ciudad de La Plata fue modificada, con la revisión de los puntos mencionados anteriormente. En la actualidad, intentamos mantenernos en una orientación en donde se piense al sujeto por su cuerpo, sus límites, por lo que puede perder y lo que puede responder, por la red que puede armar y la que no puede ni quiere; escuchar el uno por uno en su singularidad es dar lugar a la existencia de la cadena inconsciente y no a la identificación común. Es fundamental sostener esta premisa más allá de los avatares que en la clínica diariamente nos toca vivir.

La Ley Nacional de Salud Mental es un “para todos”, necesario y fundamental, sienta precedente en muchas partes del mundo en donde aún la práctica manicomial está vigente y nos invita a pensar: ¿qué es estar loco? A partir del concepto de síntoma, que designa el modo de gozar singular de un sujeto, captado en su funcionamiento positivo, podemos pensar que se borra la distinción neurosis-psicosis. Desde esta lectura, sostenemos que si damos lugar a la singularidad, todo el mundo está loco, lo que significa que tanto la verdad como lo real es mentiroso para todo el mundo.

Por lo tanto, el síntoma también nos permite mantener una distinción entre lo que un psicoterapeuta se propone, ya sea el orden o que todo marche correctamente, promoviendo y erigiendo semblantes a los sujetos para que puedan seguir con su marcha y su vida, y lo que un practicante del psicoanálisis tiene como objetivo. Jaques Alain Miller dice en su libro *Sutilezas analíticas* que “el dispositivo analítico es intrínsecamente un empuje a la verdad, incluso si esta es siempre mentirosa” (Miller, 2010:79).

Un practicante del psicoanálisis debe hacer vacilar los semblantes de un sujeto, apunta a la división subjetiva de cada uno y a los que cada uno puede responder frente a ella. Lo que Lacan intuyó en su última clínica es que hay síntoma, o sea lo singular del goce, en cada uno, y esto está fuera de lo común.

La práctica del psicoanálisis a partir de la última enseñanza de Lacan, está fuertemente basada en una política, que es la de los arreglos sintomáticos que cada sujeto puede hacer, y en una ética, que es la de la escucha de lo singular. La misma se presenta como una lucha precisa contra el ideal, acompañada por un uso y no por un desprecio de la regla. Por lo tanto, defendemos la Ley Nacional de Salud Mental como derecho para todos, pero sabiendo que, como toda ley, apunta a lo universal y que, desde el psicoanálisis, pode-

mos trabajar desde lo singular, sabiendo que esa ley no funciona para todos de la misma forma, no para todos se pueden aplicar las mismas formas de intervenir. Es menester de un profesional de la salud mental, pensar una y otra vez qué dispositivo, qué escucha, qué intervención, podrá funcionar o no, para cada uno.

Referencias bibliográficas

Laurent, E. (2014). *Psicoanálisis y Salud Mental*. Buenos Aires: Tres Haches.

Miller, J.A. (2010). *Sutilezas Analíticas. Los cursos psicoanalíticos de Jaques-Alain Miller*. Buenos Aires: Paidós.

Marco normativo

Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26657 (2010). Buenos Aires. Argentina. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. (2011). Protocolo de Salud Mental en el Primer Nivel de Atención

(2009) Programa de salud mental de la Municipalidad de La Plata. La Plata.

Edición, diseño y diagramación

Departamento de Medios, Comunicación y Publicaciones
Facultad de Psicología UNLP

Noviembre 2019